



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Trabajo Fin de Grado

Estrategias para mejorar la
adherencia al tratamiento en
las personas con
esquizofrenia

ALUMNO: Federico Díaz Castro

TUTORA: Marcelina Arrazola Saniger

Jaén, Julio de 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Trabajo Fin de Grado

**ESTRATEGIAS PARA MEJORAR
LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN LAS
PERSONAS CON
ESQUIZOFRENIA**

**STRATEGIES TO IMPROVE
ADHERENCE TO TREATMENTS
IN PEOPLE WITH
SCHIZOPHRENIA**

ALUMNO: Federico Díaz Castro

TUTORA: Marcelina Arrazola Saniger

Jaén. Julio de 2015

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1. Prevalencia	6
2.2. La carga de la esquizofrenia en el paciente	6
2.3. Costes	7
2.4. Consecuencias de la falta de adherencia	7
2.5. Evaluación de la adherencia	8
2.6. Limitaciones metodológicas.....	10
2.7. Factores de riesgo.....	11
3. OBJETIVOS	16
3.1. Objetivo general	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. METODOLOGÍA	16
4.1. Criterios de inclusión	17
5. CONTENIDOS	17
5.1. Estudios a cerca de la adherencia.....	17
5.2. Intervenciones y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento	30
6. CONCLUSIONES	37
7. BIBLIOGRAFÍA.....	38

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La falta de adherencia al tratamiento se produce en todas las enfermedades de carácter crónico, pero en el caso de la esquizofrenia se trata de un desafío mayor ya que este trastorno se relaciona con el aislamiento social, el estigma, el abuso de sustancias. A esto hay que añadir el efecto de los síntomas principales en la adhesión, tanto positivos como negativos, un deficiente insight, la depresión y el deterioro cognitivo. La falta de adherencia suele ser infravalorada, pero más de una tercera parte de los pacientes se ven afectados. Esta falta de adherencia aumenta el riesgo de sufrir una recaída, reingresos hospitalarios, un aumento de los costes y además su calidad de vida sería menor. La causa de la falta de adherencia es multifactorial ya que puede producirse por aspectos relacionados con: el paciente, el personal sanitario, el entorno y el tratamiento. Las estrategias para mejorar la adherencia integran las poblacionales y las individuales. Además incluye estrategias dirigidas al paciente y su entorno, al personal sanitario y al tratamiento con el objetivo de lograr la mejora de la adherencia.

Palabras clave: esquizofrenia, adherencia, estrategias, medicación

Abstract

The scarcity of treatment adhesiveness appears in all the chronic diseases, but schizophrenia presents a bigger challenge due to this disorder is associated to the social isolation, stigma and the substance abuse. These factors added to the effects of the main adhesion symptoms, as positive as negative, a low insight, depression and cognitive impairment. The low adhesiveness is often underrated, but more than the third part of the patients are affected. This low adhesion increase the relapse risk, hospital relapses, a cost rise and also the quality life would be lower. The cause of this problem is multifactorial because it can be caused for different aspects associated to: the patient, sanitary employers, the environment and the treatment. The strategies utilized to improve the adhesion are made up of the community and individuals. Furthermore includes strategies focused to the patient and his environment, the sanitary employers and the treatment with the target of obtain the best adhesiveness.

Key words: schizophrenia, adherence, strategies, medication

2. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se trata de una enfermedad mental grave, que se caracteriza por la psicosis con presencia de alucinaciones, delirios y comportamiento y lenguajes desorganizados. La tasa de mortalidad en pacientes que están diagnosticados de esquizofrenia es de 2 a 4 veces superior que en la población. Además, se produce un aumento de las tasas de comorbilidad, como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión y otros trastornos mentales como la ansiedad o la depresión.¹

Pese a que en las últimas décadas se ha visto y constatado un gran progreso en el tratamiento de la esquizofrenia, sigue siendo habitual el incumplimiento del seguimiento terapéutico por parte de los pacientes que sufren esta enfermedad. Esto implica consecuencias clínicas que pueden ser graves, además de altos costes para el sistema sanitario.

Las tasas de incumplimiento en la esquizofrenia se calcula que son de un 50% y que tan solo la tercera parte de los pacientes son completamente cumplidores.

Por todos estos factores (tasas de incumplimiento, consecuencias clínicas, altos costes sanitarios) y el hecho de que la adherencia al tratamiento sea un factor que es potencialmente prevenible hace que el estudio de la falta de adherencia sea un objetivo a priorizar.

El cumplimiento se ha definido 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”. La adherencia se ha definido 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 recomendaciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo”. A pesar de ello la mayoría de los autores lo utilizan como sinónimos.²

En el caso de los trastornos mentales, la misma enfermedad es capaz de tener un papel significativo, ya que en estos pacientes existe una alta prevalencia de una conciencia deficiente sobre la enfermedad o negación, llegando incluso a la anosognosia.³

El incumplimiento también implica problemas médico-legales, sobre todo en los trastornos psicóticos. Lamentablemente, aunque la toma del tratamiento es voluntaria, hay pacientes que debido a la gravedad de su enfermedad no son capaces de aceptar voluntariamente un tratamiento. En el caso de los pacientes que padecen de trastornos mentales, hay un grupo que no se puede despreciar que se muestran contrarios a cualquier tipo de abordaje, y que por la gravedad de su enfermedad y una conciencia de su enfermedad prácticamente nula, no se les puede pautar un tratamiento de forma voluntaria. Por ello es conveniente tener instrumentos legales con el objetivo de dar respuesta a este problema para poder realizar el seguimiento y la prescripción de los fármacos en aquellos pacientes que expongan su salud y la de los que le rodean a un grave riesgo.²

2.1. Prevalencia

Las tasas de incumplimiento de la esquizofrenia se estiman en un 50%, con un rango que oscila entre un 4% y un 72%. Los posibles factores influyentes en un rango tan amplio son: la definición y criterios para el incumplimiento, sus métodos de evaluación y el periodo de observación. Es probable que el cumplimiento varíe durante la evolución de un paciente.⁴

En un estudio prospectivo (Kamali et al., 2006) sobre pacientes que ingresaban tras su primer episodio psicótico de esquizofrenia, se encontró que a los 6 meses la tercera parte de los pacientes ya eran incumplidores. Algo parecido se pudo ver en otro estudio prospectivo (Linden et al., 2001) de 2 años en pacientes ambulatorios con esquizofrenia en el que un 33,4% abandonaron el tratamiento o dejaron de tomar el tratamiento.²

2.2. La carga de la esquizofrenia en el paciente

A pesar de una mayor investigación a cerca de la esquizofrenia y el aumento de publicaciones que ha tenido lugar con el paso de los años, el trastorno mental no se termina de comprender. La incidencia de este trastorno va de 8 a 40 casos cada 100000 personas, o 1 de cada 10000 adultos, con una tasa muy parecida en todos los continentes. En zonas urbanas, la incidencia de la esquizofrenia parece ser mayor que en las zonas rurales, con un riesgo global de más o menos 0,7% de desarrollar esquizofrenia.

A pesar de que las características cardinales de positivo (realidad alterada) y negativo (pérdida del rango de afecto, el deseo, la voluntad), los síntomas son imprescindibles en la esquizofrenia, se ha hallado también que la fase psicótica de la enfermedad está precedida por la fase premórbida (déficit cognitivo, motor o social) y una fase prodrómica (que implementa los síntomas positivos y ocurre un deterioro funcional). Tras la fase psicótica acompañada de síntomas positivos, el paciente se encuentra en una fase estable en el que se muestran los síntomas negativos, que continúa con un deterioro cognitivo, social y funcional. Tras cada episodio psicótico, hay varios grados de vuelta al estado basal de bienestar del paciente. Por todo esto, controlar la enfermedad en una etapa temprana del tratamiento es fundamental. La esquizofrenia está asociada también a un aumento en la tasa de mortalidad de 1,9, en comparación con las personas que no la padecen, que no se explica solamente por factores específicos de la enfermedad, como por ejemplo el aumento de la tasa de suicidio.

En un estudio que se publicó en 2008 se encontró que la supervivencia de la población general comparada con los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, 30 años después del diagnóstico inicial obtuvieron una tasa de mortalidad mucho menor. La media de supervivencia tras el diagnóstico fue de 35,9 años para los pacientes con esquizofrenia de 29,3 años para los pacientes con trastorno esquizoafectivo. Las causas de muerte de los pacientes se debieron principalmente a:

- Enfermedades cardiovasculares (ECV) 29%
- Enfermedad neoplásica 19%
- Enfermedad pulmonar 15%

Es muy frecuente que se produzca un ECV en los pacientes con esquizofrenia. En comparación en un estudio, los pacientes con esquizofrenia obtuvieron más altas tasas de ECV (27% frente a un 17% y un odds ratio de 1,76; IC del 95% 1,72 -1-81) y la diabetes (varones de 30 a 39 años, OR ajustado 1,57; IC del 95% 1,3 a 1,91; mujeres mayores de 30 a 39 años, OR ajustado 1,72; 95% CI 1,44-2,04), y estos eran propensos a ser de una edad mayor y tener un menor nivel socioeconómico.

La evidencia ha asociado el aumento de peso con la intolerancia a la glucosa, tasas más altas de hipertensión, diabetes y una mayor mortalidad. Un estudio realizado durante 2001 calculó que “una ganancia de peso media de 2,5 kg por persona resultaría en 366 diabéticos adicionales y 1.833 pacientes hipertensos por cada 100.000 personas mayores de 10 años, y de manera similar, un aumento de peso de 12,5 kg por persona resultaría en un hipertensivo adicional de 2505 y 9169 pacientes diabéticos por cada 100.000 personas. Además, el estudio vinculado a 2,5 kg y 12,5 kg de ganancia de peso por persona para un período adicional de 30 y 751 muertes por cada 100.000 personas mayores de 10 años, respectivamente “

Esta comprobado que muchos medicamentos antipsicóticos que se emplean para el tratamiento de la esquizofrenia se relacionan la ganancia de peso como efecto adverso. Para comprobar el impacto de la ganancia de peso provocada por la medicación, Fontanille et al hallaron que: “la clozapina impediría 492 posibles muertes por suicidio por 100.000 pacientes con esquizofrenia, pero la ganancia de peso asociada con el uso de la clozapina también daría lugar a 416 muertes adicionales durante el mismo período de tiempo”.

Todos estos factores muestran la gran carga de enfermedad que se relaciona con las consecuencias de la esquizofrenia no psiquiátrica. ³

2.3. Costes

A parte del coste de la medicación, la elección de los medicamentos correctos es un factor importante debido a que, dependiendo de cada paciente, la selección de los medicamentos probablemente afecte a la adherencia al tratamiento, las recaídas y los reingresos hospitalarios. Los objetivos de la gestión de la medicación son:

- Remisión sintomática
- Remisión funcional (mejora de la productividad)
- Conseguir un buen nivel de bienestar

*Tienen que ser medidos por un instrumento válido

Pese a los avances conseguido en el tratamiento psicosocial y farmacológico en la esquizofrenia, un estudio que se realizó en 2006 encontró que el 90% de los pacientes con este trastorno no llegaron a al punto final de triple combinada (remisión funcional y sintomática, mejoría del bienestar) al cabo de 6 meses de tratamiento al menos.³

2.4. Consecuencias de la falta de adherencia

Los antipsicóticos han demostrado su eficacia en la reducción de las tasas de recaída y rehospitalización. El incumplimiento es una causa habitual de empeoramiento en la psicopatología, recaídas psicóticas, ingresos hospitalarios, incremento en el riesgo de suicidios, pérdida de trabajo y peligrosidad para uno mismo y otras personas.

El riesgo de recaída psicótica en pacientes esquizofrénicos que no cumplen con su tratamiento llega a alcanzar el 81,9% a los 5 años. Los costes anuales de la esquizofrenia suponen unos 400 millones de libras en Reino Unido y más de 10 billones de dólares en EEUU. Además se estima que un 40% de los gastos que genera el tratamiento de la esquizofrenia se podrían atribuir fácilmente al incumplimiento.⁴

2.5. Evaluación de la adherencia

2.5.1. Tipos de Métodos de Evaluación

Están considerados métodos de evaluación directos aquellos que dejan constancia de que el paciente ha tomado la medicación: detección del fármaco o su metabolito en el organismo, detección de un marcador biológico que se da con el fármaco o placebo y por último la observación directa del paciente.

Por otro lado los métodos indirectos incluyen la referencia del propio paciente (interrogatorio directo o escala psicométricas), el recuento de pastillas, la revisión de los registros de las farmacias y el uso de dispositivos de monitorización electrónica.

Desde otro punto de vista, se consideran métodos “objetivos” a los métodos cuantitativos como el recuento de pastillas o los dispositivos de monitorización electrónica y detección del fármaco en el cuerpo humano. Mientras que, los métodos “subjetivos” son los que se refieren a una entrevista hecha al paciente por ejemplo.

Todos los métodos de evaluación que hay tienen ventajas e inconvenientes. Las determinaciones y detecciones de los niveles en sangre y orina te dan la seguridad de que la persona se ha administrado la medicación recientemente, sin embargo se encuentran limitados a una toma reciente además de influidos por las variaciones farmacocinéticas entre los pacientes y en el caso de los nuevos antidepresivos y antipsicóticos, no sirven para saber cuánta medicación se ha administrado. La observación directa difícilmente se pueda llevar a cabo en pacientes ambulatorios. La entrevista directa es fácil de llevar a cabo pero depende de la destreza de la persona que entrevista, la forma en que se hace la pregunta y la fiabilidad del paciente. El recuento de pastillas es sencillo y no tiene costes pero no asegura el cumplimiento y el paciente puede alterar a propósito la parte que queda de medicación. Por último los registros de medicación en las farmacias deben ser completos, esto quiere decir que incluyan todas las prescripciones y todas las farmacias a las que el paciente pueda tener acceso.²

2.5.2. Escalas Psicométricas

Se han desarrollado múltiples escalas psicométricas con el fin de poder evaluar el incumplimiento del paciente psicótico, más concretamente el paciente esquizofrénico. Encontramos escalas que están hechas para el estudio del incumplimiento mismamente, mientras que otras escalas evalúan las actitudes del paciente ante la medicación. Las actitudes son multidimensionales y posiblemente cambiantes en el tiempo. Los dos tipos de escalas son complementarios. Para finalizar, están las escalas que evalúan el insight, y en concreto, la conciencia de la necesidad del tratamiento. Estas escalas son capaces de predecir el grado de cumplimiento, por lo que pueden ofrecer una valoración indirecta del grado de cumplimiento.²

2.5.3. Escalas de evaluación de actitud del paciente ante la medicación

Las escalas que se utilizan para evaluar las actitudes abarcan tres dominios: La respuesta subjetiva a la medicación, insight, e influencias sobre la adherencia a la medicación. Destacan las siguientes escalas: Rating of Medication Influence (ROMI), Drug Attitude Inventory (DAI), Medication Adherence Rating Scale (MARS) y la Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB).

- La escala ROMI se ha hecho basándose en el modelo de creencias sobre la salud. Esta escala se divide a su vez en dos subescalas que evalúan los motivos tanto para el cumplimiento como para el incumplimiento. Se recomienda su uso especialmente cuando se pretenden analizar los factores psicosociales y ambientales. Consta de 20 ítems y la administra el personal clínico.
- La escala DAI evalúa el efecto subjetivo de los antipsicóticos en los pacientes con esquizofrenia. Toma en cuenta creencias, actitudes y sentimientos en relación a la ingesta de medicación. Aunque la primera versión consta de 30 ítems, existe una versión de 10 que se utiliza más frecuentemente. Esta escala es auto-administrada.
- La escala MARS fue desarrollada para su uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Se estructura en tres factores. Uno de ellos evalúa el comportamiento en el cumplimiento y los otros dos las actitudes. Esta escala consta de 10 ítems y es autoadministrada.
- La escala BEMIB se lleva a cabo para su uso en pacientes esquizofrénico y con psicosis. Se trata de una escala que se basa en el modelo de creencias sobre la salud. Evalúa tres factores: Conciencia de enfermedad y de los beneficios del tratamiento, obstáculos externos e interno. Consta de 8 ítems y es autoadministrada.²

2.5.4. Escalas de evaluación de la adherencia

Las escalas que se dedican a evaluar el cumplimiento pueden englobar dos constructos: Uno referido a la actualidad, y el otro es una valoración general sobre la adherencia. Las escalas más utilizadas son la Brief Adherence Rating Scale (BARS) y la Morisky Adherence Scale.

- La escala BARS es la única que se ha llevado cabo comparando su validez con el dispositivo MEMS (Medication Event Monitoring System). Consta de 4 ítems y es administrada por personal clínico.
- La Morisky Adherence Scale se hizo en un principio para usarla en pacientes hipertensos, pero más tarde se ha empleado en otras patologías, además de algunos trastornos mentales. Está formada por 4 ítems y es autoadministrada.²

2.5.5. La Monitorización electrónica: El dispositivo MEMS

Apenas unos pocos estudios más actuales han estudiado el incumplimiento mediante la monitorización electrónica con dispositivo MEMS. Se trata de un recipiente en el que se pone la medicación, que lleva un microprocesador en la tapa que lleva un registro de su apertura y la hora, para permitir su análisis informático. Se ha tomado como el método “estándar de referencia” para la evaluación del cumplimiento. De todos, es el método más eficaz y preciso para la detección de la no adherencia, al detectarse los periodos de falta o carencia de señal. A pesar de ello, se trata de un dispositivo costoso y no asegura la toma del fármaco ya que la simple apertura del dispositivo no proporciona la seguridad absoluta de que el fármaco haya sido administrado o que la dosis haya sido la correcta.²

2.5.6. Impresión subjetiva del personal sanitario e informes de pacientes y/ familiares

La impresión subjetiva de la no adherencia no se ha mostrado suficientemente fiable en un conjunto de estudios llevados a cabo recientemente, que reflejan una sobreestimación de la adherencia. En general, los estudios demuestran una alta sensibilidad para identificar a los pacientes con una buena adhesión, sin embargo no se muestran igual de eficaces para detectar a los pacientes no adherentes.⁴

2.6. Limitaciones metodológicas

2.6.1. Definición de Incumplimiento

El incumplimiento es un fenómeno complicado. Los patrones de incumplimiento son variantes; El paciente puede administrarse el tratamiento con un patrón no indicado, que la dosis sea menor de la indicada o que haya un abandono total del tratamiento. También puede ocurrir que el paciente no acuda a la consulta o que ingrese en un hospital. Además los factores asociados al incumplimiento pueden variar dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentre.

Lamentablemente, a día de hoy no existe consenso en la definición de incumplimiento, los criterios que se deben tomar en cuenta para su evaluación o cuando se debe considerar relevante desde el punto de vista clínico.

En los últimos años algunos autores coinciden en aconsejar la consideración y cuantificación del cumplimiento como una variable continua representada mediante un porcentaje en vez de una consideración dicotómica que se base en puntos de corte. Los motivos que alegan son que, por un lado, no se sabe con exactitud el umbral de cumplimiento necesario para una eficacia antipsicótica y que por otro lado tendríamos un método que se podría comparar fácilmente con diferentes estudios, ya que hasta ahora las definiciones utilizadas en los diferentes estudios son muy numerosas y difieren de manera considerable.²

2.6.2. El Método de Evaluación

En la evaluación para el cumplimiento, la mayor limitación y dificultad dentro de los estudios disponibles ha sido la falta de un método de evaluación válido. Gran parte de los estudios se han llevado a cabo mediante medidas indirectas y subjetiva, como puede ser la información del propio paciente o la familia, además de la revisión de las historias

clínicas. A todo esto debemos añadir las deficiencias metodológicas de muchos estudios como la falta de un grupo control, la mala descripción de la muestra de estudio o los criterios utilizados para la definición de adherencia.² Cabe destacar la escasez de estudios que se han llevado a cabo con el método de referencia para la evaluación, es decir, la vigilancia electrónica mediante el dispositivo MEMS.⁴

2.7. Factores de riesgo

La necesidad de identificar los factores de riesgo que se asocian al incumplimiento es el primer paso para el diseño de estrategias de intervención que consigan reducir el incumplimiento. El incumplimiento tiene causas multifactoriales.

Los principales factores de riesgo identificado para el incumplimiento hasta ahora han sido: el incumplimiento previo, actitud negativa o respuesta subjetiva al tratamiento, dependencia a tóxicos, mala alianza terapéutica, deficiente insight y altas hospitalarias sin un plan de seguimiento y/o un entorno adecuado.

La clasificación de los factores de riesgo usualmente se ha realizado relacionándolos con el paciente, el médico, el entorno y el tratamiento.⁴

2.7.1. Factores relacionados con el paciente

2.7.1.1. Factores sociodemográficos

Se ha visto que los varones incumplen más que las mujeres, aunque no todos los estudios han llegado a esta conclusión, es decir, no han encontrado esta asociación.

Desde el punto de vista de la edad, donde se ha visto un mayor incumplimiento es en los pacientes jóvenes. Es posible que cuando empieza la enfermedad existan más dudas sobre el diagnóstico, la necesidad de tratamiento y la posibilidad de que se soporten mejor los efectos adversos. Por otra parte, los pacientes más longevos pueden tener problemas con el cumplimiento debido a déficit cognitivos (mala memoria de trabajo y mala función ejecutiva). Asimismo, estas personas siguen múltiples tratamientos habitualmente.

Sin embargo el estado civil no se ha encontrado como factor de riesgo. Tampoco existe unanimidad con las dificultades económicas como factor de riesgo, a pesar de que algunos estudios si lo han señalado como tal. El hecho de vivir solo si que ha sido señalado como factor de riesgo. Sin embargo en recientes estudios no se han hallado las variables de edad, sexo y estado civil como factores asociados al incumplimiento.

Por lo tanto, el perfil más identificado como de riesgo es el de una persona varón, joven y con un nivel socioeconómico bajo. De todos modos, el personal sanitario debe evaluar el nivel de adherencia sin tener en cuenta el perfil sociodemográfico que tenga el paciente al que está valorando.^{2,4}

2.7.1.2. Factores clínicos Generales

Los estudios previos han hallado que el consumo de alcohol y drogas es un importante factor de riesgo para el incumplimiento, mientras que en estudios más recientes en los que se ha utilizado el MEMS no se encuentra esta relación.

Por otro lado el factor que si se ha hallado como de riesgo para nuevos incumplimientos y además de forma consistente es el incumplimiento previo.

2.7.1.3. Síntomas psicopatológicos

El insight se ha hallado como un factor importante para el cumplimiento. También, muchos de los estudios basados en métodos subjetivos y la impresión clínica constatan que un insight deficiente es un factor de riesgo para el incumplimiento. Asimismo se ha encontrado esta misma asociación en estudios donde se ha utilizado el dispositivo MEMS, aunque no en todos. También se ha encontrado asociación entre insight, expectativas y actitudes positivas para la toma de antipsicóticos.

Teniendo en cuenta los síntomas psicóticos, los delirios pueden influir en el incumplimiento. Los pacientes que presenten delirios de envenenamiento y persecución se muestran más reticentes a la toma de medicación. También se encuentra dificultad para convencer a los pacientes con delirios de grandeza para mostrarle la necesidad de tomar la medicación.

Los descubrimientos sobre los síntomas negativos son controvertidos, ya que se han mostrado predictores tanto de cumplimiento como de incumplimiento. La sintomatología negativa grave, que afecta a la capacidad de la persona para cubrir sus cuidados básicos también puede afectar al cumplimiento.

En un reciente acuerdo de expertos se consideró que los síntomas psicóticos que perduran pueden intervenir en la capacidad de comprensión de la necesidad de medicación y los síntomas negativos con la capacidad de tomar la medicación de manera que ambos tipos pueden afectar a la adherencia.

El déficit cognitivo en la esquizofrenia incorpora déficit en atención y en memoria, que son funciones que hacen falta para un buen cumplimiento. Por lo tanto es probable que los déficits neurocognitivos influyan en que el cumplimiento sea peor porque se puedan producir olvidos, dificultades de comprensión o la organización que hace falta para un buen cumplimiento.

Un reciente estudio que se ha llevado cabo con MEMS encontró la gravedad de la psicopatología, puntuación de la PANSS (Escala de síndromes positivos y negativos) total, como una de las variables asociadas al incumplimiento.²

2.7.1.4. Los factores psicológicos: actitudes, creencias y otros factores subjetivos

La actitud y creencias sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento se consideran un factor asociado con el cumplimiento. Las actitudes pueden ser desde muy positivas a muy negativas, que además pueden variar conforme va avanzando la enfermedad. Desde el punto de vista de la concepción de la enfermedad, los pacientes que tratan la esquizofrenia como un trastorno leve están más predispuestos al incumplimiento. También se ha visto la relación entre una actitud negativa frente al tratamiento con un peor cumplimiento y la mala actitud se ha asociado con la presencia de síntomas psicóticos y efectos adversos. La respuesta subjetiva negativa a la medicación se ha considerado también como factor de riesgo. Además tanto la vergüenza como el estigma asociado a la necesidad de tomar un tratamiento se han considerado como factores de riesgo para el incumplimiento. Por el contrario, se ha visto que el bienestar subjetivo se trata de un factor asociado a un mejor cumplimiento.

El modelo de “creencias sobre la salud” incluye estos aspectos subjetivos, y nos propone que los pacientes tomarán el tratamiento en función de si los beneficios superan a los inconvenientes y siempre y cuando las barreras para un buen cumplimiento no rebasen al paciente. Las “barreras” pueden surgir derivadas de la propia enfermedad (síntomas psicóticos, déficit cognitivo y desorganización) y por factores del entorno (dificultades económicas, aislamiento social, etc). Las creencia acerca de los beneficios del tratamiento integran aspectos que se relacionan con el tratamiento en sí mismo (las creencias sobre la enfermedad, el impacto que tendrá el tratamiento sobre los síntomas, etc), y con otros aspectos (complacer a la familia o al médico, evitar un ingreso). Por otro lado los inconvenientes integran los efectos adversos, los aspectos subjetivos (como saber que se padece un trastorno psiquiátrico y lo incómodo que puede ser sentirte observado por ello) y el coste del tratamiento.

Con este modelo como base, se encontró en un estudio prospectivo que los pacientes que a su juicio menos necesitaban el tratamiento, y aquellos que creyeron que su beneficio sería menor, obtuvieron un incumplimiento mayor. ²

2.7.1.5. Tipos de pacientes no adherentes en la esquizofrenia

Algunos autores hacen una distinción en dos grupos de incumplidores: el intencional, que integra a los pacientes que rechazan la medicación y el no intencional que incluye a los pacientes que está relacionado con déficit neurocognitivo. Por un lado el incumplimiento intencional se relaciona más con un insight deficiente. Por otro lado el incumplimiento no intencional se relaciona con déficit cognitivos, que pueden determinar olvidos y una función ejecutiva deficiente. Lo importante de esta hipótesis es que en un futuro se podría determinar un estudio y un abordaje terapéutico distinto para cada subtipo.

Teniendo en cuenta esto, el objetivo en el grupo de incumplimiento intencional sería la mejora del insight mientras que en el subtipo del incumplimiento no intencional, habría que abordar los déficits cognitivos. Otros autores han sugerido la distinción entre los que no aceptan la medicación y los que tienen un cumplimiento irregular. ⁴

2.7.2. Factores relacionados con el entorno

Se ha visto que vivir solo y en un entorno con cuidados deficientes está relacionado con el incumplimiento. También en un reciente estudio se ha encontrado que un apoyo social y familiar deficiente son factores de importancia para el incumplimiento en pacientes que ya han padecido un primer episodio psicótico.

A pesar de que el vivir con otras personas en general actúa como un factor protector, también puede actuar como un factor de riesgo para el incumplimiento si las relaciones interpersonales son estresantes. Las dificultades para tener acceso al servicio sanitario es otro factor de riesgo señalado.

Además si la percepción social de la enfermedad es percibida por el paciente como negativa, el paciente tiende a evitar todo lo que está relacionado con la enfermedad, empezando por su tratamiento. Aunque lo que mayor estigma social causa son los ingresos hospitalarios, por lo que para los pacientes incumplidores esta estigmatización será mayor. ^{2,4}

2.7.3. Factores relacionados con el personal sanitario

La relación con el terapeuta es un factor indispensable para que se cumpla el tratamiento. Se ha hallado claramente que una relación terapéutica deficiente es un factor de riesgo para el incumplimiento. Tanto el interés que pueda mostrar el personal sanitario como el que pueda mostrar el paciente además de la psicoeducación y la información que se le brinde al paciente y los familiares sobre la enfermedad y el tratamiento son importantes.

Se ha comprobado que la mala relación del personal sanitario con el paciente, la coerción que experimenta durante el ingreso hospitalario y un insight deficiente son factores que predisponen a una mala actitud hacia la toma de medicación y por tanto, incumplimiento. Por el contrario, una evaluación realizada sobre los aspectos subjetivos que se asocian al cumplimiento en una muestra en la que se seleccionan a pacientes esquizofrénicos, la buena relación terapéutica fue el segundo factor más importante, solamente detrás de la eficacia percibida del tratamiento.

En los equipos multiprofesionales terapéuticos, es ideal que todo el equipo muestre una actitud igual con respecto a la medicación.

Un contacto menor del terapeuta con el paciente y una planificación inadecuada para el periodo después del alta hospitalaria se relacionan con un mayor incumplimiento.^{2,4}

2.7.4. Factores relacionados con el tratamiento

Se ha hallado que la ineficacia a síntomas psicóticos y síntomas negativos pueden ser un factor de riesgo para el incumplimiento.

Se ha señalado que los efectos adversos se relacionan con un mayor incumplimiento. La existencia de efectos adversos durante el tratamiento, se asocia con una actitud peor en el tratamiento antipsicótico y también a una peor adherencia. En un estudio prospectivo realizado en pacientes esquizofrénicos ambulatorios, el principal motivo para el incumplimiento según los pacientes ha sido la aflicción provocada por los efectos adversos. El personal clínico debe evaluar con frecuencia si los pacientes encuentran o no efectos adversos durante el tratamiento para tenerlos en cuenta en el momento de decidir el tratamiento que cada paciente debe seguir.

El siguiente problema que se relaciona con el tratamiento es que los antipsicóticos tienen un inicio para el efecto terapéutico retrasado, que se produce después del inicio de los efectos adversos. Además las recaídas después de un abandono se producen a las semanas o incluso meses y no inmediatamente. También existen muchos pacientes en remisión que no relacionan el efecto de la medicación con el estado en que se encuentran.

La complejidad a la hora de decidir la pauta de medicación también podría constituir un factor. En estudios realizados con MEMS como método de evaluación recientemente, se ha encontrado asociación de la complejidad de la pauta de medicación con el incumplimiento sin embargo no en otros.

A pesar de que algunos estudios han hallado un cumplimiento mayor con los antipsicóticos atípicos frente a los clásicos, no se ha visto uniformidad en el conjunto de los estudios, es más, la diferencia ha sido minúscula y los atípicos pueden tener además

un impacto negativo en la adherencia con sus efectos adversos, como el aumento de peso y los metabólicos.

El tipo de tratamiento dependiendo de la vía de administración se trata seguramente también de un factor importante. Asombrosamente, hay pocos estudios que hayan evaluado el cumplimiento con los tratamientos depot (inyecciones de preparados de acción o liberación prolongada) e inyectable de larga duración. A pesar de que no todos los estudios han hallado los mismos resultados, gran parte de ellos han señalado que existe un mayor cumplimiento en pacientes con tratamiento intramuscular, inyectables de larga duración o depot, con respecto al cumplimiento encontrado en los pacientes con tratamiento oral y menores tasas de recaídas y reingresos hospitalarios.^{2,4}

En la tabla 1 se señalan los factores de riesgo más importantes que han sido asociados de manera más consistente al incumplimiento en los trastornos psicóticos.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO	FACTORES RELACIONADOS CON EL PERSONAL SANITARIO	FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO
Factores sociodemográficos -Pacientes jóvenes y ancianos -Género Masculino Factores clínicos generales -Consumo de drogas y alcohol -Incumplimiento con anterioridad Síntomas psicopatológicos -Deficiente insight -Déficit cognitivos -Síntomas psicóticos -Síntomas negativos -Delirios (persecución, envenenamiento, grandeza) Factores psicológicos -Actitud negativa ante el tratamiento -Respuesta subjetiva negativa frente al tratamiento -Consideración de la enfermedad como leve y/o que el beneficio del tratamiento sea insuficiente -Vergüenza y estigma relacionada con la toma de la medicación y la enfermedad	Deficiente apoyo social y familiar Percepción social de la enfermedad negativa Estigma Dificultades para acceder al sistema sanitario	Deficiente relación terapéutica Insuficiente información al paciente y familiares Deficiente psicoeducación Menor contacto terapéutico Planificación inadecuada para el período post alta hospitalaria	Falta de eficacia frente a síntomas persistentes (síntomas psicóticos y negativos) Aflicción relacionada con los efectos adversos Complejidad de la pauta de medicación Cumplimiento inferior en el tratamiento oral que el intramuscular

Fuente: Elaboración propia

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Identificar las estrategias e intervenciones más adecuadas para conseguir la mejora de la adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia

3.2. Objetivos específicos

- Conocer los factores que provocan la no adherencia al tratamiento
- Valorar la problemática que puede suponer la no adherencia
- Conocer la relación de la falta de adherencia con distintos factores

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el objetivo de sintetizar la información que recogen los estudios originales sobre el tema que tratamos. Para ello se han seguido los siguientes pasos:

1. Formulación del tema
2. Búsqueda y localización de estudios
3. Selección de estudios
4. Recogida de la información
5. Análisis de la información

Se ha llevado a cabo una búsqueda en distintas bases de datos (PubMed, Cochrane Plus, Cuiden). Los artículos no obtenidos de estas bases de datos han sido hallados en Google Scholar. Las palabras claves que se han utilizado para realizar la búsqueda han sido: medication, adherence, schizophrenia, strategies, esquizofrenia, adherencia y estrategias.

Bases de datos	PubMed	Cochrane Plus	Cuiden
Esquizofrenia and estrategias	-	9	14
Esquizofrenia and adherencia	-	2	15
Medication and adherence and schizophrenia and strategies	117		

Fuente: Elaboración propia

4.1. Criterios de inclusión

Se han establecido algunos criterios con el fin de escoger los artículos más adecuados para nuestra revisión y rechazar los que no cumplan con los criterios impuestos. Los criterios de inclusión, por orden de prioridad, fueron los siguientes:

- 1º: Artículos que tengan relevancia sobre el tema
- 2º: Artículos originales, a texto completo tanto en inglés como español
- 3º: Artículos cuyo acceso a ellos sea gratuito
- 4º: Artículos posteriores al año 2005

Una vez que hemos llevado a cabo la búsqueda en las bases de datos, obtenemos un total de 157 artículos, de los cuales hay que eliminar los duplicados y los que no cumplan con los criterios de inclusión. Después del cribado nos quedamos con un total de 13 artículos.

Al final se han utilizado 13 artículos con un claro predominio del inglés en el idioma de los artículos utilizados, además del español.

5. CONTENIDOS

5.1. Estudios a cerca de la adherencia

5.1.1. Adherencia a los antipsicóticos, utilización de servicios y costes

El estudio de Markowitz y colaboradores¹ evalúa las tendencias de la adherencia a los antipsicóticos, la utilización de los servicios de salud y los costes originados en períodos posteriores alta en pacientes que experimentan un ingreso hospitalario asociado a la esquizofrenia. Se halló una disminución de la tasa de adherencia a la medicación psicótica de un 63% (en el período de admisión que va de los 182 a los 121 días) a 46% (en el período de pre-admisión de los 60 a los 0 días) antes de la primera observación en el hospital asociada a la esquizofrenia. Después del alta hospitalaria, el riesgo de rehospitalización fue superior en el período de 0-60 días, que en el período de 61-120 días, mientras que en los períodos posteriores el riesgo de reingreso no difirió de forma importante. De la misma manera, el coste de la atención sanitaria media asociada con la esquizofrenia en períodos posteriores al alta fue de 12836 dólares en 12 meses. Más del 21% se gastó en período de 0-60 días y más o menos un 16% durante los periodos restantes después del alta.

En este estudio sobre la evaluación de la adherencia, al medirse en intervalos pequeños y no de un año como otros estudios, halló que la adherencia a la medicación antipsicótica fue inferior en el período de los 60 a los 0 días antes de la hospitalización, y esta menor adhesión puede tratarse de uno de los factores relacionados con el ingreso

hospitalario. La ventaja de medir la adherencia durante intervalos cortos es que no enmascara los periodos durante el cual un paciente puede no ser adherente a la medicación y este puede acabar siendo hospitalizado. Además con la creciente importancia de la identificación de pacientes de alto riesgo para llevar a cabo en ellos intervenciones farmacéuticas específicas, la medición de la adherencia en periodos más cortos puede ser de utilidad para la identificación de este tipo de pacientes.

Un segundo hallazgo de este estudio fue la identificación de un periodo (60 días tras el alta) en el que el paciente tiene un riesgo superior de rehospitalización y también provoca mayores gastos en la atención sanitaria. Este hallazgo permite al equipo sanitario diseñar estrategias de tratamiento para este periodo, que al mismo tiempo pueden ayudar a reducir el riesgo de reingreso hospitalario y los gastos que conlleva. El porcentaje de pacientes que fueron hospitalizados en el periodo de 0 a 60 días fue de 13,9%, superior a cualquier otro periodo después del alta en el que los porcentajes variaron de un 6,2% a un 8,3%.

Este estudio también proporciona pruebas para el empleo de la adherencia corto plazo con el objetivo de identificar a los pacientes con un alto riesgo de reingreso hospitalario. Intervenciones como la orientación habitual y la simplificación de las pautas de tratamiento (por ejemplo la administración de inyectables de acción prolongada) son capaces de ayudar para una mejoría de la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes.

Limitaciones

Primeramente se utilizaron los códigos de diagnóstico ICD-9 (Clasificación Internacional de enfermedades) para la selección de los pacientes con esquizofrenia, ya que inexactitudes o posibles errores de clasificación de otros trastornos de salud mental pueden llevar a errores en la identificación de pacientes con esquizofrenia. Pero para disminuir esta probabilidad de error se llevaron a cabo varias medidas como:

- Que el paciente tenga al menos dos reclamos médicos con diagnóstico de esquizofrenia
- Que el paciente tenga al menos una reivindicación con diagnóstico primario de esquizofrenia y dos reclamos de prescripción de medicación antipsicótica
- La exclusión de pacientes que tuviesen condiciones de salud parecidas, como los trastornos esquizoafectivo, bipolares y unipolares.

Segundo, este análisis se hizo solo sobre los pacientes inscritos en Medicaid, por lo que los resultados no pueden ser generalizados. En tercer lugar solo se midieron los costos directos, aunque sin tener en cuenta los gastos del paciente en coaseguros o copago. Por otro lado tampoco se tuvieron en cuenta los costes indirectos, como por ejemplo la pérdida de productividad. En cuarto lugar, la medición de la adherencia al tratamiento utilizando una base de datos basada en “el suministro por días” solamente asegura que el paciente ha recogido el medicamento pero no que lo haya tomado. Por último la base de datos MarketScan Medicaid Multistate no integró ciertos aspectos clínicos y demográficos, como las reacciones adversas asociadas a la medicación, la situación laboral, el nivel educativo, los ingresos. Además de la recepción por parte de los pacientes de intervenciones tales como la psicoeducación, la rehabilitación psicosocial

que puede tener un efecto positivo sobre el acceso al sistema sanitario, la adherencia al tratamiento y la utilización de recursos y herramientas. ¹

5.1.2. Percepción por parte de los psiquiatras

En una encuesta de la EMEA (Europa, Oriente Medio y África) realizada por Olivares et al.⁵ sobre la esquizofrenia que muestra una idea de la percepción de un gran número de psiquiatras de una amplia zona geográfica acerca de las causas, tratamientos, evaluación y falta de adherencia a los medicamentos en pacientes con esquizofrenia. La tasa de contestaciones fue de un 12% aproximadamente. Los psiquiatras están de acuerdo en que pedir a los pacientes la información sobre la cantidad de medicamentos que toman es el método de elección preferido para medir la adherencia. Existen también pruebas de que los psiquiatras suelen sobrestimar el nivel de adherencia.

La alta frecuencia con la que los psiquiatras afirman que evaluar la adherencia se considere un aspecto importante en la gestión para la enfermedad del paciente. A pesar de ello los que contestaron a la encuesta a favor de los métodos subjetivos antes que otros métodos más fiables, como el recuento de pastillas o la monitorización de niveles de plasma, ya que todos los métodos de evaluación pueden subestimar la magnitud de la baja adherencia, aunque en mayor medida si se utilizan los métodos subjetivos. También es importante que a la hora de preguntar sobre la adherencia se haga sin prejuicios ya que esto hace que los pacientes dialoguen abiertamente sobre la adherencia.

Los resultados obtenidos en el estudio ponen de manifiesto que los pacientes dependen de la familia o cuidadores, con el objetivo de recordarle la toma de su medicación, que muestra la carga adicional que el paciente coloca a la familia debido a la falta de adherencia al tratamiento.

El impacto de la falta de conocimiento acerca de la adherencia se pone en relieve en esta encuesta, puesto que los psiquiatras consideran que este fue el factor de más peso para los pacientes que dejaron la medicación. Además, el 23% de los encuestados se dio cuenta de que la mayoría de sus pacientes mostraron un deficiente insight durante el mes anterior. La poca o falta de conciencia es una característica habitual en la esquizofrenia y mantiene una relación compleja con otros síntomas de esta. Los pacientes con un insight insuficiente no reconocen su enfermedad, y aquellos con un insight parcial demuestran poca conciencia sobre la enfermedad y la poca necesidad de tomar la medicación. Una evaluación propone que entre el 50% y el 80% de los pacientes esquizofrénicos no creen padecer esta enfermedad.

Estudios actuales han hallado que existe un impacto entre la poca conciencia y la falta de regularidad en sus hábitos diarios y la falta del cumplimiento del tratamiento. Por lo que un deficiente insight puede provocar que se interrumpa el tratamiento, que se desestabilice el paciente y un peor pronóstico.

Entre los que respondieron a la encuesta consideraron que sus pacientes se sentían mejor y no veían la necesidad de tomar el tratamiento fue un factor importante para los pacientes que dejaron la medicación. Además, unos hábitos de vida irregulares también se muestran como una razón importante para la no adherencia en gran parte de los pacientes, por parte de los psiquiatras. El aislamiento social y el desempleo también han mostrado relación con la falta de adherencia.

La aparición de efectos adversos fue otra de las razones de índole para que los pacientes abandonaran la medicación. Al tener en cuenta el impacto de los efectos adversos sobre la falta de adherencia, las actitudes de los médicos frente a la tolerabilidad de los antipsicóticos se deben de considerar.

Antes de tomar una decisión a cerca de la elección del tratamiento más adecuado, se precisa la comprensión de las probables razones de la falta de adherencia mediante el diálogo con el paciente, ya que los problemas de adherencia de cada paciente pueden estar influenciados por múltiples factores, individualizando de esta manera el tratamiento.

Limitaciones

Los resultados que se muestran aquí se basan en opiniones de los médicos encuestados. Gran parte de estos psiquiatras trabajó en un hospital por lo que puede haber tratado sobre todo a pacientes gravemente enfermos o con una adherencia baja. Sin embargo aquí los datos demográficos y estado del paciente no se conocen en esta encuesta. Los psiquiatras que contestaron probablemente tengan un mayor conciencia sobre los problemas de adherencia y la extensión del incumplimiento en los pacientes con esquizofrenia, que todos los psiquiatras de la región EMEA (Europa , Oriente Medio y África). La medida con la que los datos demográficos de los encuestados puede ser diferente de la de todos los psiquiatras de la región EMEA, no se conocen.⁵

5.1.3. Adherencia relacionada con efectos adversos y baja autoeficacia

En este análisis de Magura et al.⁶ la baja adherencia a la medicación se asoció con la aparición de más efectos adversos, una baja autoeficacia para no tomar drogas y un menor apoyo para la recuperación. Esta variedad de factores sugiere que hace falta algo más que ayudas técnicas para ayudar a la memoria (alarma en dispensador) para mejorar la adherencia. Este hecho también se pone de manifiesto porque la cantidad de pacientes que asociaron la falta de adherencia a olvidar la toma de medicación fue mínima.

En referencia a los efectos secundarios, la tercera parte de los pacientes comentaron que el equipo sanitario no dedica el tiempo suficiente para explicar los efectos adversos. Para la mejora de la adhesión también se debe integrar una mejora de la información acerca de los efectos secundarios y la importancia de la adhesión al tratamiento para mantener los beneficios de la medicación. El equipo sanitario también debe ser motivado llevar a cabo estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes con el objetivo de prevenir recaídas, que el paciente deje el tratamiento y reingresos hospitalarios.

Los pacientes con una adherencia más baja también mostraron una autoeficacia más baja para no tomar drogas. Varios estudios han concluido que los grupos de autoayuda que proporcionan apoyo social para recuperar a personas con trastornos mentales y por abuso de sustancias pueden mejorar la adherencia. Estos grupos pueden ayudar a sus miembros a evitar situaciones en las que los pacientes puedan exponerse al uso de drogas ilícitas. Aunque no se halló relación entre la participación en grupos de autoayuda y la adherencia a la medicación, no se debe hablar de la medicación en este tipo de grupos.

La baja autoeficacia para no tomar fármacos se puede relacionar con conductas de automedicación, que no sería raro en este tipo de población. En concreto, la baja autoeficacia para no tomar drogas puede provocar la automedicación de los síntomas psiquiátricos con alcohol y otras drogas de abuso, y cuanto mayor sea esta automedicación, menor será la adherencia a la medicación prescrita.

Resulta sorprendente que la intensidad en el uso de sustancias no se relacionó con la adherencia, aunque por lo general se han hallado diferencias en la adherencia entre personas con consumo y sin consumo de sustancias, en vez de los que varían en función de grado de utilización. Por lo que puede ser que el grado de consumo no afecte al cumplimiento de estos pacientes.

Limitaciones

El estudio está basado en un análisis transversal que precisa precaución al hacer inferencias causales a cerca de los factores de la adherencia. El tamaño de la muestra estudiada no permite saber si los resultados obtenidos se aplican a todos los diagnósticos psiquiátricos individuales o a distintas categorías de usuarios de sustancias como alcohólicos o drogadictos. El estudio se llevó a cabo a partir de pacientes pertenecientes a un programa y por lo tanto la generalización a todos los pacientes tanto con problemas de salud mentales como con abuso de sustancias puede verse limitada.⁶

5.1.4. Influencia de la neurocognición y el insight sobre la falta de adherencia

En el estudio de Boyer et al.⁷ se investigó la influencia de la neurocognición y el conocimiento sobre la falta de adherencia, mediante los modelos de ecuaciones estructurales, entre los pacientes que padecen esquizofrenia. Los resultados muestran las relaciones no directas entre la neurocognición, el insight y la falta de adherencia. Evaluaciones multidimensionales de la neurocognición y la falta de adherencia han hecho que podamos desarrollar modelos que muestren la complejidad de la relación y que puedan explicar resultados contradictorios de otros estudios llevados a cabo con anterioridad. En concreto, el análisis del insight muestra relación con la percepción, neurocognición y la no adherencia, que apoya lo encontrado en anteriores estudios.

Este estudio ha realizado hallazgos para explicar mejor la no adherencia en pacientes que padecen esquizofrenia. No todos los aspectos del insight se relacionaron con la neurocognición y la no adherencia, lo que aconseja que un enfoque de múltiples pasos con el objetivo de lograr un adecuado insight es imprescindible para mejorar la no adherencia. La influencia directa de la neurocognición en el reconocimiento de los síntomas de la enfermedad, pone de manifiesto que el insight puede considerarse como un fallo de competencias para reconocer los síntomas y la enfermedad (modelo neurocognitivo). El desconocimiento de los síntomas positivos parecía menos relacionado con la neurocognición que los síntomas negativos, lo que da a entender un mecanismo distinto de déficit cognitivo.

A pesar de ello ni la neurocognición ni la conciencia de los síntomas influyeron por sí solos en la no adherencia a la medicación, lo que muestra que la conciencia de los síntomas debe incluirse en un nivel mayor de trastorno mental para repercutir en la no adherencia. El modelo metacognitivo propuso un aspecto mas social del insight que se fundamenta en la capacidad de la persona enferma para aceptar e integrar la opinión de profesionales, familia y amigos sobre el trastorno en su propio insight. Por lo tanto la hipótesis de que las concepciones neurocognitivas y metacognitivas de insight

representan un proceso continuo es indispensable para poder afectar a la falta de adherencia, en el que los pacientes esquizofrénicos integran conocimientos sobre la enfermedad y luego seguir con el conocimiento de los síntomas a través de la aceptación de otras perspectivas en un contexto de situaciones sociales.

La asociación entre la neucognición, el insight y la no adherencia deben tenerse en cuenta para llevar a cabo una estrategia para mejorar la adherencia a la medicación. Lo hallado por este estudio apoya que se hagan enfoques terapéuticos complementarios, como por ejemplo “ a remediación cognitiva combinada con la rehabilitación psicosocial. La remediación cognitiva se muestra capaz de mejorar las deficiencias en el funcionamiento cognitivo, que al mismo tiempo puede limitar los beneficios clínicos llegados a través de la psicoeducación. Un meta-análisis halló que la psicoeducación por sí sola no obtuvo resultados sobre la adherencia. A pesar de ello se tienen que llevar a cabo una rehabilitación psicosocial para capacitar al paciente funcionalmente. La intervención cognitiva social focalizada, conlleva mejoras en la cognición social, lo que puede provocar la mejoría entre el paciente y su cuidador y también de la alianza terapéutica, ambos aspectos son determinantes para lograr una buena adherencia.

Para finalizar, una vez que la asociación entre el conocimiento y las actitudes ha quedado probada por estudios anteriores, este estudio sugiere que el personal sanitario debe detectar las actitudes problemáticas con el tratamiento farmacológico de manera individual. El cambio en las actitudes tiene que ser un objetivo primordial para los profesionales. También se pueden emplear los programas de psicoeducación como una manera de mejorar la adherencia al tratamiento.

La importancia de ser consciente de la enfermedad mental en la no adherencia sigue siendo moderada. La explicación más plausible para la falta de adherencia es que los motivos para que esta se de son multifactoriales, por lo tanto hacen falta múltiples enfoques, además del insight, para tratar el complicado problema de la falta de adherencia.

Limitaciones

Hay algunas limitaciones en este estudio.

Los comportamientos de adherencia no son fácilmente detectables ni cuantificables, y todos los métodos de medición presentan algún inconveniente. Por ello, el uso de la MARS probablemente sea criticado

Este estudio también está limitado porque se trata de un estudio transversal en lugar de sr prospectivo. Además con respecto a la muestra, la mayoría de los sujetos eran hombres con una severidad leve y una duración de la enfermedad de más de 5 años. Pero para la confirmación se requiere de grupos más diversos y grandes de pacientes.

Para último, los resultados de este estudio deben de ser confirmados en futuros estudios, evaluando de forma específica las capacidades metacognitivas y demostrar la relación la neurocognición, el insight y la no adherencia. ⁷

5.1.5. Consecuencias de la interrupción del tratamiento

Samtani y colaboradores⁸ han descrito tres supuestos en estas simulaciones fundamentadas en modelos farmacocinéticos se acerca a lo que se podría observar en la práctica clínica (un paciente que olvida tomar su medicación antipsicótica o que no vuelva para administrarse la inyección de antipsicótico de acción prolongada). Las simulaciones fundamentadas en modelos muestran visualmente lo que posiblemente se produzca tras la interrupción del tratamiento. La gran cantidad de tiempo que tardan en semidesintegrarse los medicamentos inyectables de acción prolongada pueden dar lugar a la recurrencia en síntomas farmacodinámicamente relacionados. Como se suponía, el palmitato de paliperidona, un antipsicótico inyectable de acción prolongada que goza de una de las vidas medias más largas que se conocen, mostró como las concentraciones plasmáticas disminuían de forma más lenta.

Los perfiles farmacocinéticos de los antipsicóticos son generalmente reportados de estudios unidos y multidosis controladas con mucho cuidado. Las situaciones de la no adherencia no son fáciles de estudiar en un ensayo clínico por cuestiones éticas, pero los niveles en plasma obtenidos pueden ser simulados usando herramientas basadas en modelos. Este análisis muestra perfiles matemáticamente predichos de los niveles plasmáticos de los fármacos antipsicóticos en situaciones clínicas con el objetivo de ayudar a los pacientes y cuidadores. Esto le ayuda a tomar las decisiones informadas en relación a la falta de cumplimiento del tratamiento y es singularmente importante para las nuevas inyecciones de acción prolongada porque su modo de administración y su farmacocinética están diseñados para diferir de los fármacos orales y mayores formulaciones de depósito intramuscular. Los tres escenarios que se han evaluado han sido la interrupción completa, la interrupción a corto plazo y la interrupción a largo plazo. Cada una de estas situaciones nos brinda información sobre las consecuencias de la falta de adherencia, es decir, las situaciones de la interrupción de tratamiento ayuda con la evaluación acerca del tiempo que los pacientes pueden estar sin una dosis, hasta que las concentraciones plasmáticas de este lleguen a un umbral en el que podrían no producir la respuesta en el paciente.

Las evaluaciones de discontinuación muestran que tras la interrupción del tratamiento, la inyección de acción prolongada de palmitato de paliperidona, se necesitan más de 4 meses para llegar al umbral situado en 2 ng/ml, mientras que esta condición se alcanzó en menos de una semana tanto con la paliperidona como con la risperidona oral, y al mes más o menos de la interrupción de la risperidona inyectable de acción prolongada. Las evaluaciones de interrupción de corto y largo plazo aconsejan el abordaje de los efectos de la no adherencia con risperidona inyectable de acción prolongada puede resultar difícil, puesto que el efecto de una dosis puede no mostrarse claramente durante 4 o 5 semanas provocado por su compleja cinética de absorción. Debido a estos retrasos en el cambio en los niveles de droga es posible que se afecte la eficacia del fármaco. Los cuidadores tienen que ser conscientes del lapso de 3 semanas que hay entre la administración del fármaco y su liberación en el organismo para las inyecciones de acción prolongada de risperidona. Este tiempo que transcurre hasta la liberación del fármaco hace que sea difícil de predecir el perfil farmacocinético de la inyección de risperidona de acción prolongada en las situaciones de no adherencia y las representaciones gráficas que se dan en este análisis pueden ser de ayuda visualmente. Para finalizar, las interrupciones a largo plazo necesitan métodos de reiniciación que son específicos de cada fármaco, y la inyección de palmitato de

paliperidona permite que con una estrategia de reinicio de dos dosis no sea necesaria la suplementación oral.

El reinicio del tratamiento antipsicótico en las situaciones que simulaban un lapso de una semana o 4 semanas en adherencia al tratamiento, especialmente en los casos de inyecciones de acción prolongada, plantea desafíos. El reinicio de agentes orales es sencillo porque es parecido a empezar de nuevo el tratamiento, pero alcanzar los niveles terapéuticos requiere incluso una semana. En el caso de que los agentes se traten de inyecciones de acción prolongada, que necesitan de suplementación oral durante las 3 primeras semanas, resultan ciertamente más complejas. La interrupción de la inyección de risperidona inyectable de acción prolongada se relaciona con un retraso en el tiempo para las concentraciones plasmáticas. Estos retrasos pueden servirle al personal sanitario para intervenir en caso de falta de adherencia para tratar el retraso en la disminución de la concentración plasmática con medicación oral como suplemento. Vale la pena destacar que la suplementación oral en el reinicio no se ha llevado a cabo en ensayos clínicos.

Como han señalado algunos autores, el largo periodo de recurrencia de los síntomas en pacientes a los que se le administró palmitato de paliperidona que luego se sustituyó por placebo en los estudios de prevención de recaída propone que la larga vida media de este medicamento puede permitir más tiempo para el seguimiento si se retrasa en una dosis. Por otro lado, las concentraciones de paliperidona se puede restablecer con rapidez en esta situación con el empleo de la estrategia de reinicio anteriormente comentada (administración de dos dosis de inyección de paliperidona, dejando una semana de separación, en las semanas 4 y 5).

Limitaciones

Las limitaciones de estas simulaciones de estas probables situaciones clínicas es que se han llevado a cabo a base de modelos y que los cambios en las concentraciones plasmáticas de la fracción activa no tienen porque relacionarse con los cambios farmacodinámicos en la eficacia o la seguridad de un medicamento antipsicótico. Pero, estas simulaciones basadas en modelos farmacocinéticos recomiendan que las formulaciones inyectables de acción prolongada de fármacos antipsicóticos ofrecen por lo menos un beneficio de farmacocinética en pacientes de los que se sospecha o han mostrado comportamientos de adherencia a la medicación incompleto. La mayor duración de las concentraciones plasmáticas en las inyecciones de acción prolongada pueden ofrecer más oportunidades de restaurar el tratamiento sin recurrencia de los síntomas o recaídas en comparación con la duración de las concentraciones plasmáticas de los antipsicóticos orales. Entre las inyecciones de acción prolongada, el palmitato de paliperidona posee una de las vidas medias más largas, por lo que puede proporcionar una ventana de dosificación de más tiempo para el seguimiento si hay retraso en alguna dosis. Además el reinicio del tratamiento es fácil, y que basta con una dosis en los casos de una semana tras la interrupción del tratamiento o dos dosis administradas con una semana de distancia en los casos en los que hayan transcurrido 4 semanas de la interrupción del tratamiento. ⁸

5.1.6. Relación de la adherencia con las estrategias de afrontamiento

El tratamiento de la esquizofrenia se basa principalmente en la adherencia a los medicamentos. El estudio de Aldebot et al.⁹ evaluó si las estrategias de afrontamiento de aceptación y de negación se relacionaron con la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. La hipótesis consiste en que los individuos con un afrontamiento más positivo serán más tendrán más adherencia al tratamiento y que las personas que usaron estrategias de afrontamiento negativas serían menos adherentes al tratamiento.

Los datos del estudio apoyan la hipótesis. Tras controlar la gravedad de los síntomas, los individuos que se ocuparon de su enfermedad simulando no estar enfermos o que ignoraron la magnitud de sus síntomas, mostraron menos adherencia a la medicación. En ocasiones los pacientes no aceptan la enfermedad y pueden no creer que sus síntomas se puedan controlar, razón por la que su motivación puede ser menos para llevar a cabo medidas como la toma de medicamentos. Además, si las personas no creen que estén enfermas, es improbable que piensen que sus episodios psicóticos son síntomas de la esquizofrenia, y que sus extrañas experiencias se puedan tratar con medicación o intervenciones psicológicas.

La mejora de la capacidad del paciente esquizofrénico para hacer frente al estrés es una herramienta capaz de ayudar a prevenir las recaídas y mejorar la capacidad funcional de estos individuos. Los tratamientos que se lleven a cabo en el futuro que tengan que ver con las estrategias de afrontamiento de negación y la de animar a los pacientes a hacer frente a su enfermedad puede llevar a una mejoría en la adherencia a la medicación.

Las intervenciones como Coping Strategy Enhancement (CSE), Coping-Skills Training and Adherence-Coping Education (ACE) son métodos rentables y que se pueden realizar en grupo. Este tipo de terapias cognitivo-conductuales animan a que los pacientes tomen conciencia y hagan frente a su enfermedad. En estas terapias se le muestran habilidades para ayudar a controlar los factores de estrés ambientales, modificar las percepciones e interpretaciones equivocadas y disminuir su excitación psicológica frente al estrés. Entre todas, estas intervenciones permite que aumenten las herramientas de afrontamiento de los pacientes, que es un aspecto en el que se han hallado déficits por parte los pacientes esquizofrénicos. Si las personas que suelen emplear estrategias de afrontamiento de negación se le enseñan nuevas estrategias más saludables de afrontamiento, ellos pueden ser menos propensos a confiar en la negación para hacer frente al estrés asociado con su enfermedad. De acuerdo con esto, los pacientes se podrían adherir con mayor facilidad a la medicación. Este estudio da apoyo adicional al hecho de que aceptación y negación son dos constructos distintos, puesto que no se encontró una asociación determinante entre ellos. Por ello, es imprescindible ser consciente de que el hecho de poseer información acerca del empleo de una estrategia de afrontamiento de un paciente no nos ofrece datos sobre las prácticas que lleva a cabo que forman parte de la estrategia de afrontamiento. Por lo que los tratamientos deben intentar de dirigirse a ambas técnicas de manera independiente. Si el objetivo principal es el de mejorar la adherencia a la medicación, los resultados de este estudio aconsejan hacer mayor hincapié en la negación que en la aceptación.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones. El diseño del estudio es transversal. Debido a esto aunque obtenemos que una estrategia de afrontamiento de negación se relaciona con una peor adherencia al tratamiento, no se sabe si esta relación continuaría con el tiempo. Otra limitación es el tamaño de la muestra ya que es relativamente pequeño. A parte este estudio también se encuentra limitado por no tener la capacidad de medir el insight y el estigma internalizado, que según otros estudios pueden estar asociados con las variables de este estudio.

Para finalizar, este estudio se encuentra limitado por la dependencia de las medidas auto-informe de afrontamiento y de adherencia a la medicación. Los pacientes esquizofrénicos no suelen tener la capacidad de informar con precisión a cerca de sus estilos de afrontamiento. También hay algunos datos que comentan que los pacientes suelen sobreestimar o evaluar sin exactitud su cumplimiento. Por lo tanto, hace falta más estudios en el futuro que confirmen los informes de los pacientes sobre su cumplimiento con métodos como los niveles de plasma sanguíneo o la vigilancia electrónica y del personal sanitario, cuidadores o miembros de familia.⁹

5.1.7. Adherencia al tratamiento de personas mayores de 40 años

El hallazgo más importante del estudio de Mittal et al.¹⁰ es que demuestra que los veteranos de más edad esquizofrénicos son capaces de participar y aceptar la AAI (Intervención de adherencia al antipsicótico). El grupo de AAI comento la intención de tomar la medicación, y la mayor parte mostró su satisfacción con la intervención. Las posibilidades de que un individuo adherente a la medicación, evaluado por el cuidador, fueron superiores para el grupo de la AAI que para el grupo de la universidad de California, aunque en las diferencias no fueron estadísticamente importantes. De todas formas, el estudio aporta una estimación para planificar un estudio más grande y demostrar la eficacia.

El estudio aporta información a cerca de las preferencias de los veteranos en este tipo de intervenciones. La aplicación de esta intervención en un futuro debe incluir la entrega de la intervención para proporcionar habilidades de educación en un pequeño periodo de tiempo seguido por un sostenido, contacto telefónico y reuniones cara a cara para cerciorarse del mantenimiento de las habilidades.

Las intervenciones han sido defendidas con el argumento de que todos los pacientes podrían obtener beneficios de aprender habilidades para mejorar la adherencia a la medicación, ya que hay altas tasas de no adherencia. Además, los manuales dan información uniforme a los pacientes. Se ha visto que algunos pacientes estaban bien informados y tenían habilidades sobre el manejo de su enfermedad y la medicación, pero otros ni si quiera tenían la información básica. Uno de los retos más importantes fue como individualizar la intervención de manual. Se ha intentado individualizar la intervención de utilizar menos tiempo para el material conocido y más tiempo con el material desconocido o entrenamiento. Se aconseja que el manual debería dejar a los pacientes elegir los módulos que más relevantes le parezcan para orientar sus necesidades. A modo de ejemplo una persona con déficit cognitivo podría necesitar ayuda para organizar su caja de pastillas mientras que una persona con efectos secundarios sexuales pueden necesitar educación orientada a ello. La inclusión de la

entrevista motivacional y la toma de decisiones compartidas, son capaces de conseguir una mejora en la efectividad de la intervención. En resumen el manual de permitir llevar a cabo el empleo de técnicas y contenidos específicos para abordar el déficit en habilidades específicas.

Limitaciones

Se hallaron algunas limitaciones en este estudio:

- El pequeño tamaño de la muestra no es suficiente para poder hallar diferencias significativas
- Un periodo de observación insuficiente para hallar cambios en la adherencia de los sujetos
- Como el estudio se realiza solo sobre pacientes de más de 40 años no se pueden extrapolar los resultados a otras poblaciones

En general, se halló que los pacientes mayores de 40 años con esquizofrenia estaban predispuestos a aprender estrategias que le ayuden a manejar sus medicamentos. Mostraron una pequeña mejoría en las evaluaciones de resultado de la adherencia.¹⁰

5.1.8. Prevalencia de los síntomas significativos y efectos secundarios

Durante los últimos 10 años, la gran difusión de los medicamentos antipsicóticos de segunda generación ha provocado cambios significativos en el tratamiento de la esquizofrenia. Este estudio estima la prevalencia de síntomas importantes, los efectos secundarios y la prevalencia de la gestión de la medicación adecuada en tres clínicas. Con respecto a los efectos secundarios, hace 10 años, la acatisia y el parkinsonismo estaban presentes en casi un cuarto de los pacientes pero estos problemas son raros. La disquinesia tardía (DT) es menos común ahora pero aún lo presentan el 11% de los pacientes. Los antipsicóticos de segunda generación provocan mucho menos DT que los de primera generación y el actual DT puede ser un gran parte debido a la exposición anterior a los antipsicóticos de primera generación. Sin embargo, la obesidad es ahora un problema muy común (46%). La mayor parte de los pacientes percibieron que la medicación causaba aumento de peso y estaban recibiendo la administración de medicamentos que no cambió su problema de peso. Entre los síntomas psicóticos, se halló que la psicosis era más habitual hace una década.

Los resultados apoyan la preocupación de que el peso es el efecto secundario de más índole de los fármacos antipsicóticos. Los médicos son conscientes de todo ello, pero a pesar de ello esto no se ha visto transformado en un seguimiento de los efectos secundarios metabólicos. Este estudio también encontró que el médico no suele cambiar la medicación como respuesta al cambio de peso. La obesidad aumenta las posibilidades de padecer diabetes, enfermedades cardiovasculares y de la muerte. Otras enfermedades que se podrían producir son la hipertensión, cálculos biliares, osteoartritis, accidentes cerebrovasculares, etc. Debido a los problemas relacionados con la obesidad, se ha aconsejado llevar a cabo cambios en el tratamiento para los pacientes esquizofrénicos con un IMC superior a 25 y con tamaños de cintura mayor de 88.9cm para las mujeres y 101.6 cm para los hombres. Además, los programas de peso que hacen énfasis en la

nutrición y el ejercicio pueden ayudar a la reducción de peso de los pacientes esquizofrénicos.

Se trata de un estudio longitudinal en la adecuación del tratamiento para los pacientes esquizofrénicos. Se halló que la gestión de los efectos secundarios mejoró en los pacientes con el paso del tiempo. Sin embargo, la gestión de los síntomas psicóticos no lo obtuvo mejoría, por lo que se deberían de llevar a cabo nuevas estrategias para este problema. A pesar de que la clozapina es el mejor tratamiento posible para los pacientes con psicosis persistente y sin respuesta, está infrautilizada. Solo el 6,5% de los pacientes de este estudio se le prescribió clozapina durante el año de evaluación. La prescripción de clozapina puede ser un reto para los médicos que no tienen la suficiente información acerca de esta medicación, y la atención con frecuencia no está organizada de forma que haga que la clozapina sea sencilla de usar.

Este estudio es de los primeros en tener en cuenta la prevalencia de la depresión severa y lo conveniente de su abordaje en la esquizofrenia. El 11% de los sujetos presentó depresión. La mayoría de estos pacientes presentaba psicosis grave. Debido a la eficacia de la clozapina sobre la psicosis refractaria y los síntomas de estado de ánimo asociados, en empleo más habitual de este medicamento puede resultar una buena estrategia para mejorar la depresión en este tipo de pacientes.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. La prescripción de medicación y la idoneidad de tratamiento en la esquizofrenia puede verse afectado por una variedad de factores organizacionales, clínicos y del paciente. Por ejemplo, los médicos podrían ser más conscientes del problema de sobrepeso o pueden haber logrado que los pacientes acepten cambios en la medicación. Además, a pesar de que las directrices de tratamiento definen tratamientos que ofrecen los mejores resultados para el individuo, hay pacientes en los que el cambio no está clínicamente aconsejado. El hecho de establecer puntos de referencia para las mejoras prácticas dejaría claro que es lo que tiene que ser mejorado. También el desarrollo de intervenciones con el objetivo de mejorar la atención se beneficiaría de mayores investigaciones para dejar claro las barreras del paciente, el médico y las organizativas para conseguir una mejoría en el tratamiento.

Este estudio halló problemas de índole con la calidad del tratamiento en la esquizofrenia. Además los problemas ya no son los mismo que en el pasado. Los esfuerzos para mejorar la atención tendrán que incluir el aumento de peso y las complicaciones relacionadas con él, a parte de la gestión de la EPS y los efectos secundarios neurológicos. Con respecto a los síntomas, los esfuerzos para lograr una mejora en la gestión de la psicosis deben aumentarse considerablemente. La esquizofrenia puede tratarse de un trastorno difícil tanto de evaluar como de tratar. En estas clínicas los pacientes adquirieron la mejoría con el tiempo, pero falta mucho para mejorar la atención. Para esto se necesita prestar atención a factores de organización, del médico y del paciente que no permiten la prescripción de un medicamento adecuado. Aún no se sabe cómo conseguir la mejoría de la calidad en la atención de la esquizofrenia ni que indicadores indican que se están llevando a cabo mejores prácticas clínicas.¹¹

5.1.9. Relación entre la adherencia al tratamiento y su respuesta a los síntomas

La interrupción del tratamiento precoz es muy habitual en estos ensayos sobre la esquizofrenia. La razón principal para dejar el tratamiento fue la baja respuesta a los síntomas y el empeoramiento de los síntomas psiquiátricos, por encima del abandono por intolerancia al medicamento. Los pacientes que abandonaron el tratamiento precozmente debido a la falta de respuesta o el empeoro de los síntomas experimentaron una mejoría inferior a la de los pacientes que completaron el tratamiento. Por otro lado, los pacientes que lo dejaron por intolerancia a la medicación presentaron síntomas de mejora hasta la interrupción del tratamiento. La interrupción del tratamiento debido a la mala percepción del paciente acerca de la respuesta del tratamiento suele ocurrir sobre todo al principio del tratamiento.

La tasa de la interrupción precoz de estos estudios posiblemente muestra el gran reto de la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia. La interrupción del tratamiento por parte de más de la mitad del tratamiento está dentro del rango de estudios anteriores (25%-75%). Tanto este estudio como otros posiblemente subestimen la incidencia de la falta de adherencia en el proceso a largo plazo del tratamiento, puesto que los estudios tienen una duración limitada. Los estudios de los antipsicóticos típicos hallaron que el 75% de los pacientes suspenderán su tratamiento pasados 2 años.

Probablemente el resultado de más índole de este análisis es que el abandono del tratamiento debido a un mal control de los síntomas psiquiátricos se da 3 veces más que el abandono por intolerancia. Otros estudios destacan que la actitud del paciente con respecto al cumplimiento del tratamiento, aconsejan que los efectos secundarios pueden resultar importantes a la hora de decidir la actitud del paciente con la adherencia al tratamiento. El cambio del tratamiento de fármacos típicos a fármacos atípicos, en pacientes esquizofrénicos, en los últimos 10 o 15 años posiblemente sea la causa de la disminución en la incidencia del abandono del tratamiento debido a una disminución también de los efectos adversos.

Las altas tasas de interrupción del tratamiento de este estudio se muestran consistentes con respecto a otro estudio de mayor tamaño, de 18 meses, en el que el 74% de los pacientes interrumpieron su tratamiento antipsicótico.

Empleando una escala de clasificación objetiva (PANSS), los pacientes que interrumpieron el tratamiento obtuvieron una menor mejoría que los pacientes que terminaron el tratamiento, lo que sugiere que los pacientes que suspendieron tienen un déficit real en respuesta a la medicación. A pesar de ello, incluso los pacientes que interrumpieron el tratamiento lograron alguna respuesta. Los pacientes suelen tener predisposición a abandonar tratamientos que no proporcionan una respuesta terapéutica rápida. Aunque es habitual un retraso en la respuesta antipsicótica, un reciente estudio sugiere que la respuesta antipsicótica empieza a la primera semana de comienzo del tratamiento y se acumula con el tiempo. Además, se ha informado de la respuesta antipsicótica en la primera semana para poder predecir la respuesta a las 6 semanas, por lo menos para el haloperidol. Este estudio concluye que la respuesta precoz también es capaz de predecir el hecho de seguir con el tratamiento. Por lo tanto, la percepción del paciente acerca de la eficacia del tratamiento al principio puede tratarse de un factor importante para la participación y la adhesión al tratamiento, por parte del paciente.

Una hipótesis sobre una incorrecta respuesta al tratamiento de los pacientes que dejaron el tratamiento debido a una mala respuesta o un empeoramiento de los síntomas puede deberse a que son intrínsecamente menos sensibles para que le afecte el tratamiento.

Cabe citar que los pacientes que abandonaron el tratamiento por intolerancia a la medicación estaban presentando síntomas de mejora antes de su interrupción.

El aumento de peso es un efecto secundario potencial del tratamiento antipsicótico atípico que ha sido comentado con preocupación por parte de los pacientes y se ha propuesto como factor para la falta de adherencia. Pero, esta relación ha sido estudiada en muy pocas ocasiones.

Limitaciones

Una limitación de este análisis es que los motivos del abandono en las lista de control empleados para categorizar el abandono en los 4 ensayos pueden no tener capturado de forma óptima la razón principal del abandono en todos los casos.

Otra limitación de este estudio se trata de que los ensayos clínicos no sean capaces de reflejar el tratamiento de pacientes en ambientes más ambulatorios o naturalistas. Los pacientes de este estudio eran más homogéneos que la población en general debido a las barreras para la inscripción de pacientes. A modo de ejemplo, los pacientes con dependencia al alcohol no tenían permitido inscribirse. En definitiva, las tasas y motivos por lo que se interrumpe el tratamiento pueden no se extrapolables debido a las características propias de la consulta externa.

Además, los ensayos clínicos necesitan que los pacientes sean motivados para participar en sus propias decisiones.¹²

5.2. Intervenciones y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento

5.2.1. *Estrategias de intervención*

Las estrategias de intervención son de dos tipos: poblacional o individual, dependiendo del objeto de su intervención. Para el personal sanitario las estrategias que más interés tienen son las individuales.

Lamentablemente la calidad del total de la literatura es baja en relación al estudio de la efectividad de las intervenciones en problemas médicos (incluyendo los trastornos mentales). Ha existido heterogeneidad en el diseño de los estudios, las medidas de adherencia, la población estudiada, las medidas clínicas de resultado y el seguimiento.

En un meta análisis llevado a cabo a cerca de la efectividad de las intervenciones clínica en los servicios psiquiátricos comunitarios con el objetivo de disminuir el incumplimiento de los pacientes que padecen un trastorno psicótico, se halló que estas intervenciones resultan útiles. Las intervenciones llevadas a cabo fueron:

- Programas psicoeducativos dirigido a pacientes y/o familiares, en gran parte.
- Intervenciones psicoterapéuticas
- Llamadas telefónicas
- Otros programas

5.2.2. Estrategias poblacionales

Son las estrategias que se llevan a cabo desde la autoridad (sanitaria, docente, profesional) cuyo objetivo son los grupos poblacionales de mayor o menor tamaño. Sus objetivos pueden integrar bien a los paciente o bien al personal sanitario. Aunque este tipo de intervenciones puede lograr algún cierto beneficio en su inicio, tiene que complementarse con estrategias individuales como refuerzo.

En 2009 encontraron que existe un beneficio después de la intervención sobre la población mediante programas poblacionales, cuya intervención fue mediada por farmacéuticos en Australia, para la adherencia. En otros países no se han llevado a cabo programas mediados por farmacéuticos, sin embargo lo ven como una necesidad y un proyecto que tienen que realizar próximamente, como por ejemplo Suecia.

5.2.3. Estrategias individuales

Puesto que las causas para el incumplimiento son multifactoriales es necesario identificar los factores de riesgo asociados al incumplimiento con el objetivo de prevenirlo.

En la práctica clínica diaria las estrategias de intervención van a estar relacionadas con la anterior evaluación de los factores de riesgo para que se produzca un incumplimiento potencial o los factores de riesgo que se asocian a un incumplimiento constatado o sospechado. Este proceso tiene que ser continuo durante el tiempo que dure el proceso tanto diagnóstico como terapéutico. Si tiene lugar un incumplimiento hay que evaluar los problemas que han dado lugar a éste, pero si existe una adherencia correcta, de todos modos será conveniente llevar a cabo un refuerzo positivo, mediante la asociación del estado o datos clínicos del paciente con su propio esfuerzo. Además se felicitará y animará al paciente a continuar por la misma senda.

De la misma forma que se clasifican los factores de riesgo se pueden clasificar las estrategias de intervención para mejorar la adherencia. Así tendremos las intervenciones relacionadas con el paciente, con el entorno, con el médico y con el tratamiento. Pese a que las vamos a describir por separado, lo idóneo es emplear los distintos tipos de estrategia de manera combinada. Gran parte de las estrategias que han surtido efecto, han empleado combinaciones de intervenciones conductuales, aumento de cuidados, psicoeducación, refuerzos y supervisión. A pesar de esto, la técnica de simplificación de tratamiento ha resultado ser eficaz para mejorar la adherencia por sí misma.

5.2.4. Estrategias dirigidas al paciente

Las estrategias que se dirijan al paciente tienen que ser individualizadas y no hay ninguna que se pueda emplear sobre todos los pacientes. Por un lado, una estrategia fundamental es la identificación de los factores de riesgo para que se produzca incumplimiento en cada paciente y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a modificar esos factores de riesgo.

Continuando en esta línea, uno de los pasos más elementales para lograr una mejora de la adherencia es el tratamiento de los factores de riesgo que más tengan que ver con el trastorno. Estos factores de riesgo varían dependiendo del trastorno mental. En la esquizofrenia se recomienda mejorar el insight de aquellos pacientes que tengan un insight deficiente y abandonos de la pauta de tratamiento o la negación del paciente a tomar el tratamiento que esté relacionado con este trastorno.

En el camino de la evaluación de los factores que se asocian al incumplimiento se encuentra la evaluación del tipo de cumplimiento que presenta el paciente. Si el incumplimiento es intencional debido a las creencias del paciente acerca de su enfermedad o el tratamiento. Si el cumplimiento no es intencional, es decir, está relacionado con déficits cognitivos que integran alteraciones en la memoria, dificultades de comprensión, función ejecutiva. También se puede producir este tipo de incumplimiento debido a carencia de recursos económicos o la dificultad en la accesibilidad al tratamiento.

En general, se recomienda valorar de forma periódica las preocupaciones y creencias del paciente acerca del tratamiento, así como la motivación de éste para tomar la medicación e intentar aumentarla si es insuficiente. Para rebatir las creencias erróneas acerca del tratamiento, se tiene que dar información de manera correcta y repetir ésta en el caso de que sea necesario. La psicoeducación tanto individual como grupal es una de las intervenciones más llevadas a cabo en las enfermedades mentales. Aún así, en los trastornos psicóticos no da la sensación de que mejore la adherencia por sí misma.

El abordaje terapéutico tendría que llevarse a cabo desde un marco psicoterapéutico y no desde un contexto limitado a lo impersonal y psicofarmacológico. A pesar de que se trata de un aspecto elemental para todos los pacientes, en algunos casos como por ejemplo los pacientes con trastornos de personalidad ven dificultada el vínculo y la transferencia por lo que es especialmente importante este abordaje psicoterapéutico. En otros pacientes el problema se produce debido a una ausencia de demanda o a una actitud pasiva y de resistencia al cambio. Trabajar con los pacientes que no están dispuestos a hacerlo puede resultar difícil y para ello hay que prestar atención a los momentos en los que pueda articularse una demanda. Va a ser en el momento que se produzca una crisis, con frecuencia depresiva, cuando el paciente se vincula a otra persona; momento ideal para que se inicie una relación terapéutica.

La terapia cognitivo-conductual se puede emplear para identificar y cambiar los pensamientos automáticos distorsionados que se relacionan con la medicación. También puede utilizarse para ayudar al paciente a entender la relación entre la mejoría global y la adherencia al tratamiento. Otras aproximaciones integran además la terapia del cumplimiento y la entrevista motivacional.

En los pacientes que presentan déficit de memoria y otros déficits cognitivos lo primero que tiene que explicar el personal sanitario son los aspectos más importantes de tratamiento haciendo énfasis en ellos, presentándolos de manera esquemática y utilizando enunciados concretos y por último indagar sobre si el paciente ha comprendido su tratamiento e instarle a que lo repita. También es necesario enseñar a emplear estrategias de recuerdo externas y hacer que coincida la toma de lo que se le ha prescrito al paciente con las actividades de la vida diaria. Los dispositivos que disponen de varios compartimentos para poner la medicación del día o de la semana pueden resultar de utilidad. Hay múltiples estrategias de recuerdo como las llamadas de teléfono, envío de SMS, emails y las visitas domiciliarias.

5.2.5. Estrategias dirigidas al entorno del paciente

Se han determinado que las personas que no viven con nadie tienen un cumplimiento pero que las personas que viven con gente. La familia y los cuidadores pueden resultar

indispensables para mejorar la adherencia. Se ha sugerido alentar tanto a familiares como a cuidadores a implicarse en los tratamientos de sus enfermos, conociendo tanto los nombres de los fármacos como sus dosis y efectos adversos. Este aspecto parece ser importante de manera especial en los pacientes con trastornos mentales. Esto se debe a la alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas que hacen más difícil la adherencia como un insight deficiente, la apatía, los déficits cognitivos y/o la desesperanza. Sin embargo los familiares que tengan una actitud negativa frente al tratamiento y/ creencias erróneas a cerca de la naturaleza del trastorno mental de la persona a su cargo, pueden llegar a convertirse en una barrera para la adherencia.

Por otro lado, tanto cuidadores como familiares pueden resultar imprescindibles para una rápida detección del incumplimiento.

En los trastornos psicóticos las intervenciones psicosociales (entrenamiento de habilidades, intervenciones psicoeducativas, tratamientos cognitivos, terapias de grupo y técnicas de modificación de conducta y combinaciones de las mismas) han resultado generalmente ineficaces cuando se han enfocado solamente en el paciente. Sin embargo cuando han sido complejas e intensivas o se ha incluido a familiares sí que se han encontrado beneficios, sobre todo cuando se han prolongado en el tiempo y se han utilizado combinaciones de estrategias. Asimismo se han determinado que el efecto beneficioso ha perdurado hasta dos años.

El entorno asistencial también influye, de manera que un entorno agradable, sin barreras que puedan dificultar la asistencia (poco tiempo de espera, cercanía, sin saturación, etc) y un médico que se muestre accesible y empático con el paciente son aspectos capaces de favorecer la adherencia.

5.2.6. Estrategias dirigidas al personal sanitario

Desde el punto de vista de que no se puede dar solución a un problema si éste no se concibe como tal, se ha determinado que lo primero que hay que hacer para reducir el incumplimiento es que el personal sanitario reconozca que es un problema que afecta a gran parte de los pacientes.

Se aconseja una cooperación de carácter multidisciplinar entre los diversos colectivos para llevar a cabo el abordaje terapéutico en el paciente. Enfermeras, psiquiatras, psicólogos e incluso personal no sanitario pero que esté entrenado para ello, como los cuidadores, tienen que hacerse partícipes para conseguir un consenso terapéutico de un programa multidisciplinar.

Se han propuesto un conjunto de recomendaciones para su uso en la práctica clínica:

- Establecimiento de una alianza terapéutica buena
- Dedicar tiempo en las entrevistas a valorar exclusivamente la adherencia, pero nunca de manera crítica.
- Llevar a cabo una comunicación efectiva, usando los recursos necesarios para que el paciente comprenda la información acerca del trastorno y sus posibles tratamientos.
- Dejar que el paciente se tome partido en las decisiones que tengan que ver con su tratamiento, y aceptar que tiene derecho a no administrarse la medicación, siempre que esté capacitado para ello y se le haya dado la suficiente información.

La *alianza terapéutica* puede que se trate del factor más señalado en las publicaciones a cerca del tratamiento del incumplimiento. Esta se ha definido como la capacidad que muestra un paciente para colaborar de manera productiva con el terapeuta, ya que el paciente lo ve como un profesional que le ayuda y que tiene buenas intenciones.

Si no existe alianza terapéutica entre el personal sanitario y el paciente es muy difícil que haya una adherencia correcta. Como se ha dicho, es posible que se trate del elemento de más importancia para lograr la adherencia. A pesar de ello, en la investigación se ha infravalorado. La alianza terapéutica no debe tener en cuenta solamente al clínico y al paciente sino que también debe contar con el resto del equipo terapéutico, sanitario y no sanitario (cuidadores) y con la familia.

Algunos aspectos elementales para lograr una buena alianza terapéutica son:

- No culpabilizar. El paciente no es responsable de su enfermedad, y el incumplimiento puede estar causado por un síntoma o una manifestación de la enfermedad. También es conveniente recordar que habitualmente los clínicos no se acogen a protocolos diagnósticos o terapéuticos que han sido establecidos por instituciones o expertos.
- Individualizar cada intervención. Cada paciente presenta sus propias características individuales, que incluyen:
 - Factores que se asocian al incumplimiento
 - Su historia personal
 - Aspectos psicológicos y rasgos de personalidad

Por lo que las estrategias que no cuenten con estas características, tendrán un riesgo de fracaso mayor que las estrategias que si tengan en cuenta estas particularidades.

- El acuerdo con el paciente. Establecer una estrategia terapéutica de manera individual en la que el paciente se sienta partícipe, hace que éste la vea como suya y disminuyan las tasas de abandono. En el momento en el que los pacientes reconocen los problemas que padecen para continuar el tratamiento, presentan una actitud mas positiva ante las medidas que se lleven a cabo para solucionarlo.

Aunque cada relación terapeuta-paciente es distinta, se ha determinado que si tras 6 meses no se ha logrado establecer una buena alianza terapéutica, sería conveniente volver a evaluar el abordaje terapéutico. La alianza terapéutica puede llevar más tiempo en los pacientes que padezcan esquizofrenia.

La empatía se considera un aspecto bastante importante para lograr una buena alianza terapéutica. La escucha activa (incluye la postura, el contacto visual y no hacer interrupciones verbales) y una gran habilidad para realizar las preguntas son aspectos básicos para la consecución de una buena empatía. También se necesita motivación y capacidad intrínseca para prestar atención a la experiencia emocional de otras personas.

El tiempo que se dedica al cumplimiento terapéutico en las entrevistas puede resultar favorable para establecer el vínculo terapéutico, la alianza terapéutica y como resultado una adecuada adhesión al tratamiento. Al indagar a cerca de un probable

incumplimiento, es aconsejable no hacer preguntas concretas del tipo: ¿Toma o no toma el tratamiento”. Por ejemplo: “¿Durante la última semana ha olvidado tomar el tratamiento alguna vez?”.

Se debe intentar que el paciente esté cómodo durante la entrevista con el objetivo de que aumente la fiabilidad de sus contestaciones y favorecer que sea capaz de reconocer el incumplimiento. Es recomendable explicar el motivo por el que hacemos las cuestiones y recordar los beneficios del tratamiento farmacológico y los inconvenientes que produce el no tomarla.

Para lograr una comunicación efectiva la información tiene que ser tanto oral como escrita y también la debemos recordar con frecuencia.

Debe dejársele claro y recordarle al paciente que la medicación no se prescribe con motivo solamente sintomático, sino que esta derivado de un trastorno que necesita un tratamiento, por lo que se requiere que exista un cumplimiento con continuidad para conseguir la respuesta, la remisión, que esta se mantenga y la prevención de recaídas.

Por otro lado hay que dejar claro que puede y que no puede hacer la medicación, puesto que muchos pacientes tienen expectativas que no son reales sobre el tratamiento farmacológico y tienden a abandonar el tratamiento por no producirse los efectos que ellos esperan.

La información que se le da el paciente a cerca de su pauta de tratamiento tiene que ser clara, objetiva, veraz y con un lenguaje que pueda entender cualquier persona que no sepa de medicina. La información tendrá que estar adecuada a la capacidad, deseos y reacciones emocionales de cada paciente.

En esta línea, sería aconsejable que los prospectos de la medicación fueran fáciles de entender, con letra legible, diciendo cual es el fármaco y haciendo énfasis en los efectos terapéuticos deseados y el motivo por el cual hay que tomarlo, poniendo los efectos secundarios ordenados por gravedad y frecuencia, de forma clara pero sin crear alarma. También vendría bien que la información se diera en varios idiomas.

Que el médico y/ enfermera deje implicarse al paciente demuestra ser un aspecto elemental para la mejora de la adherencia, puesto que las posturas autoritarias provocan con más facilidad los abandonos. Algunas estrategias que se recomiendan para lograr la implicación de un paciente son las siguientes:

- Consensuar con el paciente los fármacos, la pauta y la dosis.
- Corroborar que el paciente ha entendido las instrucciones de su tratamiento
- Adaptar el tratamiento a los hábitos del paciente
- Tratar los problemas sociales y la comorbilidad
- Demostrar disponibilidad a la hora de la consulta a cerca de problemas asociados con los efectos adversos tanto en la consulta como telefónicamente.
- No dar el tratamiento mientras no se halle un consenso y se obtenga el compromiso del paciente, siempre que la enfermedad lo permita.

5.2.7. Estrategias dirigidas al tratamiento

La prescripción de medicamentos y la sugerencia de que cambien algunos hábitos y el estilo de vida, provoca un proceso largo y dinámico, sobre todo en las enfermedades mentales, que tiene que ser revisado de manera periódica y con continuidad.

Es recomendable que los tratamientos sean los más fáciles que sean posible. La monoterapia tiene que ser la preferida frente a la politerapia puesto que además de facilitar el cumplimiento también muestra ventajas a nivel farmacocinético, disminuye las interacciones medicamentosas y por supuesto mayor facilidad para evaluar cómo responde el paciente al tratamiento.

La prescripción de medicamentos tiene que ir siempre acompañada de una información suficiente a cerca de estos,, integrando el motivo de la indicación, los efectos adversos que se pueden producir y el tiempo que pasa hasta que se inicia el efecto terapéutico y cuanto es el tiempo previsto durante el que se tiene que mantener para que el paciente no incurra en una recaída y/o recurrencias.

La vía de administración del medicamento también se puede modificar para lograr una mejora del cumplimiento. Se ha encontrado un alto cumplimiento cuando se han administrado antipsicóticos inyectables de larga duración y depot. Para este tipo de medicamento, es recomendable establecer mecanismos de recuerdo de forma periódica al paciente, estos mecanismos pueden llevarlos a cabo los profesionales sanitarios mediante llamadas telefónicas de recuerdo.

Otro aspecto fundamental es controlar los efectos adversos. Se recomienda la elección de fármacos que tengan menos potencial para producir estos. Si se dan problemas de efectos adversos, debe confirmarse que son efectos adversos y no síntomas de la enfermedad. De confirmarse que se trata de efectos adversos, éstos tendrán que abordarse, hablando con el paciente a cerca de los beneficios y riesgos que se producen largo plazo, modificando la dosis, con tratamientos específicos o cambiando el fármaco.¹³

6. CONCLUSIONES

El incumplimiento es un problema es un problema predominante, y con unas consecuencias clínicas que pueden llegar a ser graves e importantes. Hay diversas estrategias, que previenen y abordan el incumplimiento terapéutico confirmado. Las diferentes estrategias han demostrado distintos grados de efectividad. El tratamiento del incumplimiento tiene que ser individualizado puesto que no hay ninguna intervención ni estrategia que sea válida para todos los pacientes. Las medidas elementales y generales para conseguir la mejoría del cumplimiento integran:

- la identificación de factores de riesgo asociados al cumplimiento y el abordaje de estos.
- Establecer una buena alianza terapéutica
- Proporcionar la información adecuada
- Mantener una comunicación efectiva
- Establecer técnicas de recuerdo y hacer coincidir las tomas con los hábitos.
- Contar con la implicación de los familiares y/o cuidadores
- Elegir los fármacos con menos potencial para producir efectos adversos
- Abordar los efectos adversos que se puedan producir.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Markowitz M, Karve S, Panish J, Candrilli SD, Alphas L. Antipsychotic adherence patterns and health care utilization and costs among patients discharged after a schizophrenia-related hospitalization. *BMC Psychiatry* 2013 Oct 5;13:246-244X-13-246
2. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J. La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol 9, N°1; 2009; Páginas 29-46
3. Liu J. Balancing therapeutic safety and efficacy to improve clinical and economic outcomes in schizophrenia: a managed care perspective. *Am J Manag Care* 2014 Jun;20(8 Suppl):S174-83.
4. Acosta FJ, Hernandez JL, Pereira J, Herrera J, Rodriguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry* 2012 Oct 22;2(5):74-82.
5. Olivares JM, Alptekin K, Azorin JM, Canas F, Dubois V, Emsley R, et al. Psychiatrists' awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East, and Africa. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:121-132.
6. Magura S, Rosenblum A, Fong C. Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *Open Addict J* 2011 Nov 11;4:58-64.
7. Boyer L, Cermolacce M, Dassa D, Fernandez J, Boucekine M, Richieri R, et al. Neurocognition, insight and medication nonadherence in schizophrenia: a structural equation modeling approach. *PLoS One* 2012;7(10):e47655.
8. Samtani MN, Sheehan JJ, Fu DJ, Remmerie B, Sliwa JK, Alphas L. Management of antipsychotic treatment discontinuation and interruptions using model-based simulations. *Clin Pharmacol* 2012;4:25-40.
9. Aldebot S, de Mamani AG. Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2009 Aug;197(8):580-584
10. Mittal D, Owen RR, Lacro JP, D P, Landes RD, Edlund M, et al. Antipsychotic Adherence Intervention for Veterans over 40 with Schizophrenia: Results of a Pilot Study. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2009 Jan 1;24(Suppl 1):S1171.
11. Young AS, Niv N, Cohen AN, Kessler C, McNaghy K. The appropriateness of routine medication treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010 Jul;36(4):732-739.
12. Liu-Seifert H, Adams DH, Kinon BJ. Discontinuation of treatment of schizophrenic patients is driven by poor symptom response: a pooled post-hoc analysis of four atypical antipsychotic drugs. *BMC Med* 2005 Dec 23;3:21.
13. Hernández E, Acosta FJ, Hernández JL. Estrategias para mejorar la adherencia. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, Vol 9, N°1; 2009; Páginas 95-105