



FACULTAD DE ENFERMERÍA

LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

A ADHERENCIA TERAPÉUTICA COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA O CUIDADO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

THERAPEUTIC ADHERENCE AS NURSING INTERVENTION FOR THE CARE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Autora: Lucía Núñez Rodríguez

Tutor: Emilio Rubén Pego Pérez

Grado en Enfermería

Curso académico 2024-2025

Trabajo de Fin de Grado en la Facultad de Enfermería en la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Enfermería

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, Rubén, por el tiempo dedicado y la paciencia, por la implicación y el esfuerzo que permitieron la existencia de este trabajo. Al resto de profesorado y enfermeras que me formaron durante estos cuatro años de carrera.

A mamá, papá y Emma, que me acompañaron en esta etapa y seguirán haciéndolo en las que están por venir.

A mis abuelos, por el amor incondicional que solo ellos saben dar, y que tanto agradezco recibir.

Al resto de la familia, por estar siempre presentes en todos los aspectos.

A Lucía, Ana, Saray, Candela, Inés y Noa. Gracias. Sois la familia que elegí, y no pude tener más suerte.

A los casi enfermeros de mi promoción, por hacer de estos cuatro años un trayecto inolvidable, no puedo estar más orgullosa de haber formado parte de esto.

Y a los que se quedaron por el camino, pero permitieron que me convirtiera en la persona que soy.

RESUMEN

Introducción: la esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por alteraciones de la conducta, la percepción, el pensamiento y las emociones. Es un trastorno crónico, que padecen 1 de cada 300 personas, cuya mortalidad es hasta dos o tres veces mayor en comparación con el resto de población. El abandono del tratamiento supone un de las principales causas por las que los pacientes sufren recaídas y peores pronósticos.

Objetivos: determinar los factores que dificultan o empeoran la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia. Describir las consecuencias de la falta del cumplimiento farmacológico a nivel individual y comunitario. Definir las intervenciones y actividades de enfermería que mejoran o aumentan la adherencia farmacológica.

Metodología: en la presente revisión sistemática tipo Prisma, se realizó una búsqueda preliminar para determinar el marco teórico de la esquizofrenia. A continuación, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos y motores de búsqueda PubMed, Dialnet, SciELO y Web of Science. Se aplicaron filtros y criterios de inclusión y exclusión para acotar la búsqueda.

Resultados: se incluyeron 15 artículos. Los factores implicados en la falta de adherencia engloban los relacionados con el paciente, sus ingresos, su calidad de vida, la medicación, la enfermedad y la conducta. Se contemplan consecuencias como recaídas, peores pronósticos, rehospitalizaciones, aumento de gastos y carga de trabajo social y laboral y aumento de los intentos de suicidio. Las enfermeras desarrollan un papel fundamental para prevenir y tratar el problema.

Conclusiones: entre los factores que empeoran la adherencia se incluyeron las características personales, de la enfermedad, el entorno, la calidad de vida y la medicación. Las consecuencias de la falta de adherencia fueron aumento de recaídas, rehospitalizaciones, intentos de suicidio y disminución de la calidad de vida. Las intervenciones de enfermería para la adherencia incluyeron forjar una alianza terapéutica y la psicoeducación.

Palabras clave: esquizofrenia; adherencia al tratamiento; enfermería; educación para la salud; salud mental; factores de riesgo.

RESUMO

Introdución: a esquizofrenia é unha enfermidade mental caracterizada por alteracións da conduta, a percepción, o pensamento e as emocións. É un trastorno crónico, que padecen 1 de cada 300 persoas, cuxa mortalidade é ata dúas ou tres veces maior en comparación co resto de poboación. O abandono do tratamento supón un das principais causas polas que os pacientes sofren recaídas e peores prognósticos.

Obxectivos: determinar os factores que dificultan ou empeoran a adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia. Describir as consecuencias da falta do cumprimento farmacolóxico a nivel individual e comunitario. Definir as intervencións e actividades de enfermería que melloran ou aumentan a adherencia farmacolóxica.

Metodoloxía: na presente revisión sistemática tipo prisma realizouse unha procura preliminar para determinar o marco teórico da esquizofrenia. A continuación, levou a cabo unha procura sistemática nas bases de datos e motores de procura PubMed, Dialnet, SciELO e Web of Science. Aplicáronse filtros e criterios de inclusión e exclusión para acoutar a procura.

Resultados: incluíronse 15 artigos. Os factores implicados na falta de adherencia engloban os relacionados co paciente, os seus ingresos, a súa calidade de vida, a medicación, a enfermidade e a conduta. Contémplanse consecuencias como recaídas, peores prognósticos, rehospitalizacións, aumento de gastos e carga de traballo social e laboral e aumento dos intentos de suicidio. As enfermeiras desenvolven un papel fundamental para previr e tratar o problema.

Conclusiones: entre os factores que empeoran a adherencia incluíronse as características persoais, da enfermidade, a contorna, a calidade de vida e a medicación. As consecuencias da falta de adherencia foron aumento de recaídas, rehospitalizacións, intentos de suicidio e diminución da calidade de vida. As intervencións de enfermería para a adherencia incluíron forxar unha alianza terapéutica e a psicoeducación.

Palabras clave: esquizofrenia; adherencia ao tratamento; enfermaría; educación para a saúde; saúde mental; factores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a mental illness characterized by alterations in behavior, perception, thinking, and emotions. It is a chronic disorder affecting 1 in 300 people, and whose mortality is up to two to three times higher risk of death compared to the rest of the population. Treatment discontinuation is one of the main reasons why patients suffer relapses and worse prognoses.

Objectives: To determine the factors that hinder or worsen therapeutic adherence in patients with schizophrenia. To describe the consequences of non-adherence to medication at the individual and community levels. To define nursing interventions and activities that improve or increase medication adherence.

Methodology: In this PRISMA-type systematic review, a preliminary search was conducted to determine the theoretical framework of schizophrenia. A systematic search was then conducted in the databases and search engines PubMed, Dialnet, SciELO, and Web of Science. Filters and inclusion and exclusion criteria were applied to narrow the search.

Results: Fifteen articles were included. The factors implicated in nonadherence include those related to the patient, their income, their quality of life, medication, disease, and behavior. Consequences considered include relapses, worse prognosis, rehospitalizations, increased social and occupational expenses and workload, and an increase in suicide attempts. Nurses play a fundamental role in preventing and treating problems.

Conclusions: Factors that worsen adherence include personal characteristics, illness, environment, quality of life, and medication. The consequences of lack of adherence include increased relapses, rehospitalizations, suicide attempts, and decreased quality of life. Nursing interventions for adherence included forging a therapeutic alliance and psychoeducation.

Key words: schizophrenia; adherence to treatment; nursing; health education; mental health; risk factors.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 Objetivo general	4
3.2 Objetivos específicos.....	5
3.3 Pregunta de estudio	5
4. METODOLOGÍA	5
4.1 Tipo de estudio	5
4.2 Diseño de estudio	5
4.3 Selección de artículos.....	6
4.4 Fuentes de información	7
4.5 Estrategia de búsqueda	7
5. RESULTADOS.....	8
5.1 Resultados de la estrategia de búsqueda	8
5.2 Resultados por objetivos	10
6. DISCUSIÓN.....	15
7. CONCLUSIÓN	18
8. BIBLIOGRAFÍA.....	20
9. ANEXOS	24

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Bases de datos y motores de búsqueda.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabla 2. Términos DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda</i>	<i>8</i>
<i>Tabla 3. Ecuación general de búsqueda</i>	<i>8</i>
<i>Tabla 4. Descripción de los estudios incluidos por orden de aparición en el texto.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 5- Plan de cuidados de enfermería ante la baja adherencia</i>	<i>27</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Diagrama de flujo de la información. Fuente: elaboración propia siguiendo el modelo PRISMA</i>	<i>9</i>
---	----------

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental caracterizada por un conjunto de alteraciones heterogéneas que afectan tanto a las emociones, pensamiento, percepción y a la conducta del individuo que lo padece. Los síntomas primarios de la esquizofrenia se dividen en positivos, negativos y cognitivos, dentro de los cuales se incluyen manifestaciones como delirios, alucinaciones, habla desorganizada, disminución de las emociones, abulia, alogia, asociabilidad y alteraciones cognitivas, del lenguaje y de la actividad física (1).

La sintomatología positiva incluye los síntomas que se desencadenan durante los brotes psicóticos, alterando por lo tanto la cognición y la conducta del paciente. Formarían parte de este grupo los delirios, las alucinaciones y los trastornos del pensamiento. Dentro de los síntomas negativos se incluyen la pérdida de motivación, la evitación social, la pérdida de capacidad para expresar emociones y la falta de energía. Por último, los síntomas cognitivos incluyen los problemas relacionados con la falta de atención, la dificultad para concentrarse, incapacidad para ser empático o para memorizar y aprender cosas nuevas, entre otras. (2)

La enfermedad comienza con una fase prodrómica de manifestaciones inespecíficas como irritabilidad o disminución del rendimiento académico o laboral, seguida de una fase activa donde predominan los síntomas positivos y continuando con una fase residual que puede ser, o no, irreversible (3). Según la OMS, se estima que al menos una de cada tres personas con esquizofrenia conseguirá la recuperación total haciendo uso de los tratamientos adecuados. (4)

Por lo tanto, se trata de una enfermedad crónica, de desarrollo lento, gradual y progresivo. Los primeros síntomas se manifiestan a temprana edad, debiendo persistir la sintomatología durante al menos seis meses para poder establecer un diagnóstico. En el caso de los hombres, los primeros síntomas suelen experimentarse al final de la adolescencia o al comienzo de los 20 años, mientras que las mujeres comenzarían a desarrollar síntomas entre los 20 y los 30 años, suponiendo esto un diagnóstico más tardío, más un mejor pronóstico. (1)

Además, existe una clasificación de la enfermedad basada en la sintomatología presentada por cada paciente: paranoide (delirios, alucinaciones, ira, ansiedad), simple (sin delirios ni alucinaciones, pérdida de otras capacidades), catatónica (alteraciones psicomotoras), hebefrénica (delirios y alteraciones conductuales) y desorganizada (discurso, lenguaje e ideas delirantes, alteradas e incoherentes). (3)

Atendiendo a la repercusión socio epidemiológica, se trata de una enfermedad que padecen aproximadamente 24 millones de personas en todo el mundo, lo que se corresponde con una razón de 1 de cada 300 personas (4). Además, presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, como la depresión, los Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), la ansiedad, con trastornos adictivos, así como con otras enfermedades médicas cardíacas, respiratorias, metabólicas e infecciosas principalmente (5). Cabe destacar, que el suicidio representa la primera causa de muerte prematura entre personas que padecen esquizofrenia, situándose la tasa entre un 10 y un 13% de los pacientes, aunque un 40% han tenido alguna tentativa suicida o alguna conducta autolítica (6).

Consecuentemente, se trata de una enfermedad que puede aumentar la probabilidad de muerte prematura hasta dos o tres veces con respecto al resto de la población según la Organización Mundial de la Salud (OMS). (4)

A causa de la importancia epidemiológica de la esquizofrenia, los actuales tratamientos frente a la esquizofrenia recogen variadas estrategias enfocadas en mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con el fin de lograr una rehabilitación psiquiátrica (a nivel individual, familiar, social y laboral) lo más completa posible. Las diferentes modalidades de tratamiento van desde la toma diaria o administración pautada de antipsicóticos, que ayudarán a controlar los síntomas positivos de la enfermedad, promoviendo el desarrollo de habilidades sociales y de la inteligencia emocional a nivel individual, hasta terapias de tipo cognitivo, conductual y educación y apoyo familiar para promover la reinserción en el ámbito social, laboral o educativo (2).

El abandono del tratamiento supone una de las principales causas de riesgo en el mal pronóstico de la esquizofrenia; concretamente, la falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes se sitúa en una tasa de entre un 40-50% de individuos. Esto genera efectos negativos directamente sobre los mismos como recaídas o empeoramiento clínico, brotes, aumento de costes sanitarios, rehospitalizaciones o peores pronósticos de la enfermedad entre otros, que agravan y dificultan su estabilización. (7)

Para solventar el anterior problema, resultan fundamentales los cuidados de enfermería, que consisten en sistematizar la atención, evaluando el impacto que produce la enfermedad en el propio individuo, en su familia y en su entorno. Es por tanto esencial realizar una valoración integral incluyendo aspectos como el diagnóstico médico, el historial del paciente, el tratamiento que está siguiendo y el apoyo social y la implicación familiar con los que cuenta, consiguiendo de esta forma el mayor beneficio para el paciente. (8)

Por todo lo anteriormente mencionado el objetivo de este trabajo es analizar la adherencia terapéutica como intervención de enfermería para mejorar el pronóstico de la esquizofrenia, así como los factores que facilitan o dificultan el seguimiento de dicho tratamiento, junto con las principales actividades de enfermería que ayudarán a mejorar la adherencia farmacológica.

2. JUSTIFICACIÓN

La relevancia de este trabajo se fundamenta sobre el hecho de que la adherencia terapéutica es una de las variables más importantes a la hora de predecir posibles remisiones sintomáticas y la aparición de recaídas en pacientes con esquizofrenia. A pesar de la falta de criterios definitorios, es posible establecer un rango que oscila entre un 40% y un 50% de pacientes no cumplidores (7). Para concretar más, se considera que un 25% de los pacientes abandona el tratamiento entre los primeros 7-10 días tras el alta hospitalaria, hasta un 50 % el primer año y hasta un 75% durante el segundo año a tratamiento con antipsicóticos. Tan solo un 30% alcanza un buen manejo de la medicación tras tres años desde el comienzo del tratamiento. A pesar de ello, se trata de un problema que ha ido avanzando, pero la atención que recibe resulta todavía deficitaria para la magnitud de este. (9)

Subsecuentemente, la falta de adherencia es un factor agravado considerablemente por otros que rodean a la enfermedad, como la estigmatización, los prejuicios y la falta de conciencia social y política, así como la cronicidad de las enfermedades mentales. De la misma forma, se observó que esto ejercía un efecto directo sobre los pacientes: recaídas, rehospitalizaciones, mayores tasas de suicidio, peor calidad de vida y, en general, un peor pronóstico de la enfermedad; así como sobre los familiares del paciente (Burnout, desestructuración familiar, ...). Las principales causas a las que se atribuye la falta de adherencia incluyen: tratamientos muy prolongados en el tiempo, la mala relación paciente-profesional, los efectos secundarios de la medicación, pautas de complejo seguimiento, abuso de alcohol y otras drogas, vergüenza o negación y falta de conciencia de la enfermedad. Debido a las múltiples causas subyacentes, el problema ha de abordarse de manera integral, transdisciplinar e individualizada. (10)

Los principales factores implicados en la falta de adherencia terapéutica pueden clasificarse en varios grupos: factores relacionados con el paciente, con la medicación, con el entorno y con el clínico. Atendiendo a los factores relacionados con el paciente, incluimos aquellos que construyen la visión que tiene el enfermo acerca de su patología. En cuanto a los factores relacionados con la medicación, se recogen los que evalúan las posibles variables relacionadas con los tratamientos

pautados. Con respecto al entorno incluye tanto los factores que se encuentran en el medio que rodea al paciente, como las barreras físicas que condicionan la adherencia al tratamiento. Finalmente, el sistema sanitario o clínico se centra en las interferencias en la relación paciente-profesional. (11)

Los factores mencionados anteriormente son los que desencadenan las principales consecuencias de la falta de adherencia terapéutica que se hacen evidentes tanto a nivel individual como comunitario. Por una parte, a nivel individual, se ve directamente afectada la evolución de su enfermedad en todas las esferas, aumentando las recaídas y las rehospitalizaciones, Por otra parte, empeora el pronóstico, incrementando la sintomatología positiva, las conductas agresivas, las tasas de suicidio y suponiendo un mayor deterioro cognitivo, conduciendo a un empeoramiento general de la calidad de vida. A nivel comunitario la no adherencia provoca un aumento de costes sanitarios, ya que al pausar el tratamiento el paciente hace un mayor uso de los servicios sanitarios, incrementando el gasto y la carga de trabajo en los servicios de urgencias, en el momento del brote, y en Atención Primaria posteriormente dada la necesidad de realizar un seguimiento. Cabe destacar, que las familias y cuidadores también se verán afectados de manera similar a los centros sanitarios, pues tendrán que lidiar con una mayor carga de trabajo asociada directamente al aumento de la sintomatología característica de la esquizofrenia. (12)

Existe una amplia evidencia acerca de las deficientes tasas de adherencia terapéutica en los pacientes con esquizofrenia y sus enormes repercusiones a nivel individual, familiar y comunitario; sin embargo, las intervenciones que se llevan a cabo para mediar con el problema resultan deficitarias. Consecuente, la calidad de vida del paciente se ve disminuida, a la vez que la carga asistencial tanto de los cuidadores principales como en los centros sanitarios incrementa. (12)

Los equipos de enfermería representan un pilar fundamental para lograr cambios en la actitud del paciente frente a su enfermedad. Así, en este trabajo se analizarán los factores que dificultan la adherencia farmacológica junto con las intervenciones de enfermería que ayudarán a mejorarla.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar los factores que dificultan o empeoran la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las consecuencias de la falta del cumplimiento farmacológico a nivel individual y comunitario.
- Definir las intervenciones y actividades de enfermería que mejoran o aumentan la adherencia farmacológica

3.3 Pregunta de estudio

Con el objetivo de abordar el presente trabajo, se formuló la pregunta "¿La educación sanitaria y la psicoterapia como intervenciones de enfermería son efectivas para la prevención de los factores desencadenantes y consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento?" siguiendo el acrónimo PICO.

- P (participantes): pacientes que padecen esquizofrenia.
- I (intervenciones): desarrollo de sesiones de psicoterapia y educación sanitaria.
- C (comparación de intervención): no procede.
- O (resultados): prevención de los factores desencadenantes y consecuencias de la falta de cumplimiento farmacológico.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se trata de una revisión sistemática tipo PRISMA, 2020.

4.2 Diseño de estudio

Inicialmente se llevó a cabo una búsqueda preliminar que permitió establecer el marco social, epidemiológico y sanitario del tema a tratar (referencias bibliográficas del 1 al 12). Posteriormente se realizó una búsqueda sistemática en la que se seleccionaron los artículos que componen la presente revisión, recopilando información de la literatura científica más actual relacionada con los posibles factores que dificultan el seguimiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia, así como las intervenciones de enfermería que mejoran la adherencia al tratamiento

La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2024 y febrero de 2025.

A continuación, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de acotar la búsqueda y seleccionar únicamente los textos que se adecuaban a los objetivos del trabajo:

Criterios de inclusión

- Publicaciones relacionadas con la adherencia o el incumplimiento terapéutico en pacientes con esquizofrenia.
- Textos que hayan sido publicados en los últimos 5 años.
- Estudios publicados en inglés y español.
- Artículos con acceso a texto completo o acceso a través de la Biblioteca de la Universidad de Santiago de Compostela (BUSC).
- Para esta revisión sistemática se incluyeron artículos cuyo tipo de estudio fue uno de los siguientes: estudios transversales, análisis a nivel nacional, ensayos aleatorios controlados, estudios retrospectivos, revisiones sistemáticas, investigación observacional, revistas sanitarias y artículos de investigación.

Criterios de exclusión

- Artículos que analizan la adherencia en la población pediátrica
- Artículos que analicen pacientes con esquizofrenia y comorbilidad con otros trastornos mentales.

4.3 Selección de artículos

Para la selección de los artículos que componen el presente trabajo, se llevó a cabo una búsqueda sistemática en tres fases siguiendo el esquema de trabajo PRISMA 2022. En la primera fase, fueron seleccionados aquellos artículos cuyo título podría adecuarse a los objetivos del trabajo. En la segunda fase, se llevó a cabo una lectura del resumen de los artículos, descartando aquellos que no respondían a los objetivos o no se ceñían a los criterios de inclusión y exclusión marcados. Finalmente, en la última fase, se llevó a cabo una lectura completa de los documentos, teniendo de nuevo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y los objetivos del trabajo, para seleccionar los artículos incluidos para esta revisión.

4.4 Fuentes de información

Tabla 1. Bases de datos y motores de búsqueda

BASES DE DATOS	ORGANISMO	DOMINIO	FILTROS
Pubmed	National Institute of Health's National Library of Medicine	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	- 5 años - inglés, español - adultos: 19 + años - texto completo gratuito
Dialnet	Universidad de la Rioja	https://dialnet.unirioja.es/	- 2020-2029 - textos completos
Scielo	FAPESP	https://scielo.org/es/	- 2020, 2021, 2022, 2023, 2024
WOS	Clarivate	https://www.webofscience.com/	- 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 - English, Spanish -All open Access -Psychiatry - Schizophrenia, Mental Health

Fuente: elaboración propia

4.5 Estrategia de búsqueda

Para obtener la información analizada en la presente revisión se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos electrónicas y motores de búsqueda: *PubMed*, *SciELO*, *Dialnet* y *Web of Science (WOS)* (Tabla 1).

Una vez terminada la exploración inicial, se llevó a cabo una segunda búsqueda sistemática mediante el uso de las palabras clave, que se fundamentó en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para términos en español y en los Medical Subject Headings (MeSH) para términos en inglés (Tabla 2).

Tabla 2. Términos DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda

Palabras clave	DeCS	MeSH
Esquizofrenia	Esquizofrenia	Schizophrenia
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento	Treatment Adherence and Compliance
Enfermería	Enfermería	Nursing
Educación para la salud	Educación en salud	Health education
Salud mental	Salud Mental	Mental Health
Factores de riesgo	Factores de riesgo	Risk factors

Fuente: elaboración propia

Estos términos se combinaron en las diferentes bases de datos a través del operador booleano AND para llevar a cabo la búsqueda (Tabla 3).

Tabla 3. Ecuación general de búsqueda

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA GENERAL
(schizophrenia) AND (treatment adherence and compliance)

Fuente: elaboración propia

5. RESULTADOS

5.1 Resultados de la estrategia de búsqueda

Tras la recopilación de artículos siguiendo la ecuación de búsqueda, se obtuvieron un total de 640 resultados, de los cuales 41 fueron eliminados tras encontrarse duplicados en una o varias de las bases de datos utilizadas a través del gestor bibliográfico RefWorks.

Tras la lectura del título y resumen de los 599 artículos restantes, se seleccionaron para revisar a texto completo: 12 artículos en Pubmed, 8 artículos en Dialnet, 3 artículos en Scielo y 11 en WOS.

Tal y como se refleja en la figura 1, 14 de los artículos fueron descartados por considerar que no aportaban información suficiente o relevante para el trabajo, 3 de ellos por tratar las enfermedades mentales en general y no concretamente en la esquizofrenia, y 2 por no ajustarse a los objetivos propuestos para el trabajo, pues a pesar de que hablaban sobre la esquizofrenia, el contenido de los textos no se encontraba relacionado con los factores o las consecuencias de la no adherencia medicamentosa ni con posibles intervenciones de enfermería para paliar el problema.

Finalmente, 15 artículos fueron incluidos en la presente revisión. De estos, 5 pertenecían a la base de datos PubMed, 3 a Dialnet, 1 a SciELO y 6 a WOS.

En el apartado de anexos, se muestran las características descriptivas de cada uno de los estudios incluidos (tabla 4).

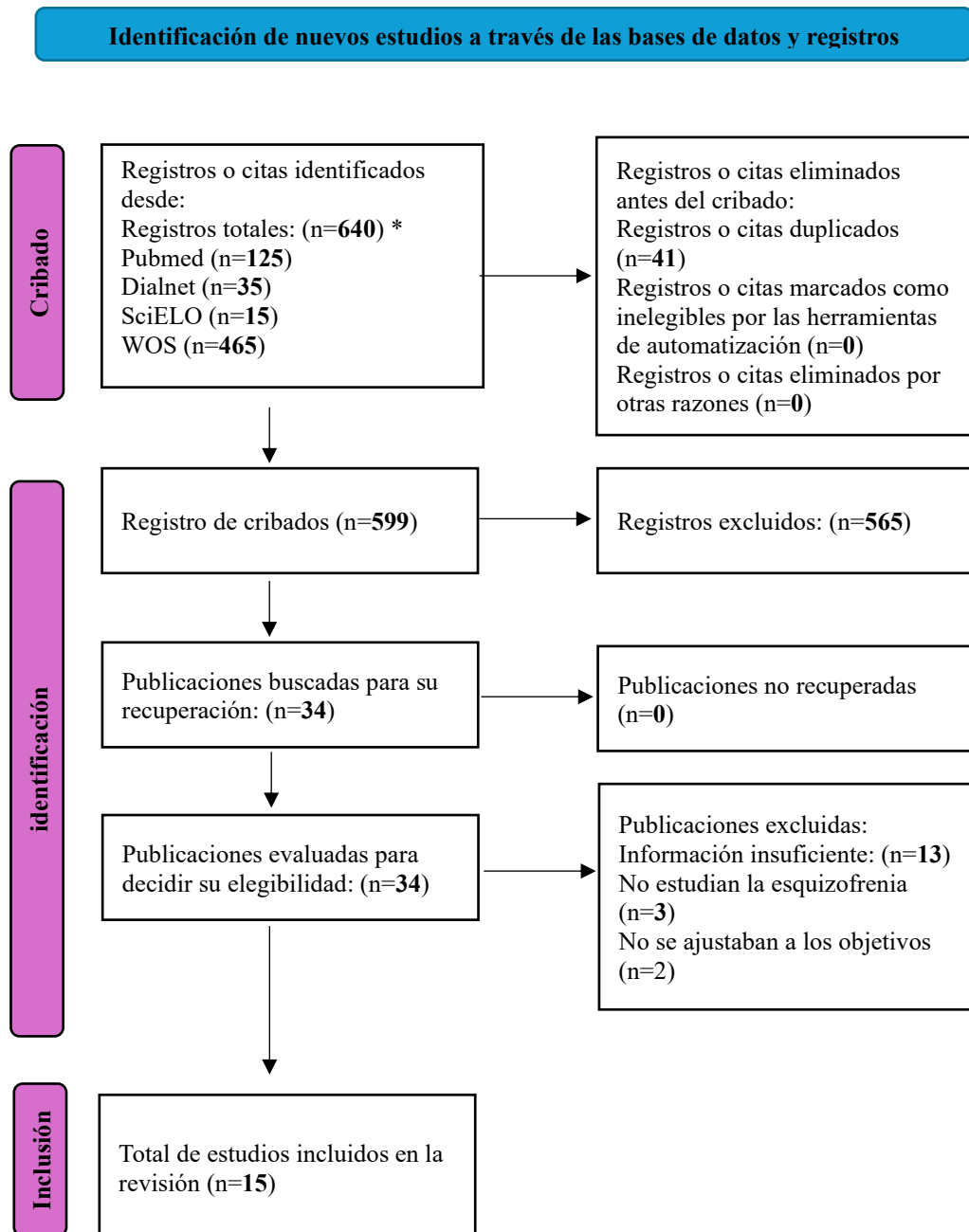


Figura 1. Diagrama de flujo de la información. Fuente: elaboración propia siguiendo el modelo PRISMA

5.2 Resultados por objetivos

Para el objetivo principal, "determinar los factores que dificultan o empeoran la adherencia terapéutica" se constata que son numerosas las variables que podrían influir en la no adherencia, tanto sociodemográficas como clínicas (12,13).

Concretamente, en el metaanálisis de Guo et al (12), en el que se recopilaban las recetas y dispensaciones de 29956 pacientes finlandeses, se analizan 5 posibles categorías de factores influyentes en la falta de adherencia a la medicación entre pacientes con esquizofrenia: los factores de la propia enfermedad y farmacológicos, las características personales del paciente, la conducta problemática y los ingresos y la calidad de vida de los que goza el paciente. (12)

Por un lado, los factores asociados a la farmacología demostraron ejercer un gran impacto negativo sobre la adherencia a la medicación, llegando incluso a considerarse la principal variable agravante del problema a tratar como refieren Guo et al. (12). Se contempla que factores como los efectos terapéuticos de los fármacos, las altas dosis, los tratamientos prolongados que conllevan a olvidos, descuidos o la exposición a los efectos secundarios ya mencionados, junto con la gravedad de estos, en especial los extrapiramidales que pueden terminar siendo incapacitantes, sean los causantes que estarían conduciendo a los pacientes a abandonar los tratamientos. Además, el uso prolongado, y concomitante al tratamiento de la esquizofrenia, de otros medicamentos como las benzodiacepinas, podría perjudicar la adherencia al aumentar la frecuencia de dosificación. Por último, se comprobó también cómo la vía de medicación podía afectar al grado de adherencia, constatándose que los inyectables conseguían un mayor nivel de adherencia que los medicamentos orales, por presentar una forma de administración más espaciada en el tiempo (12-14). Según el estudio transversal de Salihi et al. (15), en el que se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de 320 participantes, se estableció que los pacientes que siguen más de una terapia medicamentosa a la vez presentan tasas más altas de falta de adherencia debido posiblemente a la mayor dificultad de la pauta, los olvidos y los efectos secundarios.

En cuanto a los factores relacionados con la propia enfermedad, se concluyó que resultan perjudiciales a la hora de predecir los niveles de adherencia, especialmente las comorbilidades tanto somáticas (cardiovasculares, asma, EPOC, diabetes, ...) como las relacionadas con el consumo de sustancias (el alcohol, tabaco y cannabis o las tentativas suicidas) (13). En relación con el consumo de tóxicos, según el estudio transversal de Tamene et al. (14), que estudió la falta de adherencia entre 387 pacientes ingresados en hospitales seleccionados del noroeste de Etiopía, se confirmó que la relación entre la adherencia y el consumo de sustancias aumentan el riesgo de

presentar sintomatología extrapiramidal a causa de los efectos de las propias drogas, lo que implicó un cambio de actitud en el paciente que suele culpabilizar a la medicación como factor causando, generando un comportamiento negativo hacia ella. Además, resultó importante tanto la duración como la gravedad de la enfermedad, la sintomatología positiva y la falta de conciencia o insight que el propio paciente tiene acerca de la misma. (7,12,14,15).

Atendiendo a las características personales de los pacientes que tienden a mostrar una baja adherencia, entran en juego variables como el sexo, la edad o el nivel educativo, considerándose que el sexo femenino, ser menor de 25 años o mayor de 50 y el bajo nivel de estudios son condiciones que disminuirían la adherencia a la medicación (12). Concretamente, los individuos más jóvenes y recientemente diagnosticados se relacionan con niveles más bajos de adherencia (13). Se pueden incluir en este grupo de factores, otras circunstancias como la residencia en el medio urbano o la convivencia con los padres, además del alto número de hospitalizaciones previas y el escaso seguimiento clínico, circunstancias que según el estudio de Salihi et al (15) afectarían negativamente a la adhesión farmacológica. Cabe destacar que en el estudio de Benelmokhtar et al. (16), donde se examinan factores clínicos y sociodemográficos asociados al abandono del tratamiento, se afirmó que aquellos pacientes con un inicio más tardío y que habían manifestado más síntomas positivos al comienzo de la enfermedad, habrían presentado mayores tasas de abandono del tratamiento. Por último, el estigma internalizado que sufren los pacientes esquizofrénicos se relaciona con bajos niveles de adherencia, pudiendo estar asociado a una mayor sintomatología psicótica, disminuyendo la esperanza y la autoestima del paciente (17).

En la línea de los factores del párrafo anterior la conducta problemática, los bajos ingresos y la calidad de vida del paciente fueron consideradas características personales emergentes, pues se encuentran estrechamente relacionadas. El apoyo principal en estos casos suele ser aportado por la familia y el entorno social del paciente, pudiéndose demostrar que la carencia de los vínculos reduce significativamente la adherencia. De igual importancia resultan los comportamientos negativos del paciente hacia el tratamiento o el equipo encargado de su recuperación (12). En cuanto a los ingresos bajos y su relación con la falta de adherencia, se concluyó que motivos como las barreras económicas, la dificultad para llegar a los centros de salud o el difícil acceso a los antipsicóticos más actuales condicionarían el manejo terapéutico (7).

Según la tesis de Vega et al (7), que evaluó la evolución de 110 pacientes al ingreso y seis meses después, son varios los motivos por los cuales estos se muestran reacios a iniciar o continuar con un tratamiento. La gran mayoría de los pacientes manifiesta creer no necesitar el tratamiento,

pensamiento que mantienen tanto al ingreso como a los seis meses de seguimiento, aunque también abundan aquellos que, con la deja de las tomas, pretenden minimizar los efectos adversos y aquellos que olvidan tomarla. Este hecho coincide con lo relatado en otros estudios, en los que también se afirma que los principales motivos de la baja adherencia se deben principalmente a los efectos terapéuticos o las pautas y dosificaciones complejas o numerosas en cortos espacios de tiempo. (7,12)

Cabe destacar que, a la hora de evaluar los niveles de adherencia de un paciente, se debe diferenciar entre los subtipos existentes: falta de adherencia intencional y no intencional. En la primera, el propio paciente limita sus recursos y capacidades para acceder a la medicación, por lo que se basa en las creencias, expectativas y actitudes que motivan al sujeto a iniciar y continuar un tratamiento. Se corresponde por lo tanto con una decisión deliberada. En la falta de adherencia no intencional, adquieren relevancia diferentes factores como la pobreza, los olvidos de las tomas o las barreras en su medio físico o social, facilitando un abandono de los tratamientos no intencionado. Estas modalidades de adherencia han de tenerse en cuenta a la hora de prescribir o planificar tratamientos efectivos. (7)

Entre los factores protectores de la adherencia se puede incluir el apoyo que recibe el paciente, proporcionado principalmente por su familia y entorno social. Según el estudio de Vega et al (7), se ha hallado una mejor adherencia entre pacientes que conviven con sus familiares que entre los que viven solos. Aunque se destaca que esta situación depende de la relación del paciente con sus familiares, pues podría suponer un factor de riesgo en caso de conflictos familiares. Dicha relación podría resultar negativa en caso de que existiera una percepción negativa de la enfermedad por parte del entorno. Finalmente, la propia actitud del paciente hacia la enfermedad, en caso de ser positiva, resultaría beneficiosa a la hora de cumplir con el tratamiento. El hecho de que el paciente perciba el tratamiento como algo beneficioso ha resultado ser uno de los mejores predictores del nivel de adherencia, pues se trata de sujetos que perciben el efecto positivo en su vida diaria y que depositan su confianza en el tratamiento. (7, 12)

Para el objetivo secundario "describir las consecuencias de no cumplir con el tratamiento farmacológico a nivel individual y comunitario" se constató que la falta de adherencia se ha situado entre uno de los problemas de salud más importantes del mundo, llegando incluso a considerarse la "epidemia invisible" que puede provocar recaídas, aumentos de la hospitalización o de los costes de atención médica (18). De la misma manera, se consideró que la correcta

adherencia a los tratamientos supuso para el paciente la remisión de los síntomas, mejoras en el bienestar psicológico, en la funcionalidad y la calidad de vida (17).

El pronóstico de la enfermedad se encuentra desde el principio muy ligado a los niveles de adherencia. En caso de que estos sean bajos, los pacientes corren el riesgo de enfrentarse a consecuencias como recaídas, pronósticos negativos, aumento de la sintomatología psicótica y de las tasas de suicidio, deterioro cognitivo, peor calidad de vida, periodos de remisión más largos o aumento de gastos en los servicios sanitarios. (10,19)

Una de las principales consecuencias de la falta de adherencia farmacológica es el elevado número de ingresos hospitalarios. Según la tesis de Díaz et al (19), donde el objetivo principal fue conocer la adherencia y resultados del tratamiento de 344 pacientes con esquizofrenia, estaría directamente relacionado con descompensaciones clínicas severas, recaídas y futuros ingresos involuntarios, aunque cabe destacar que, a lo largo de los años, ha aumentado el número de hospitalizaciones de carácter voluntario. Al igual que para las rehospitalizaciones, la baja adherencia es el principal indicador de recaídas en pacientes con esquizofrenia, considerándose que el riesgo se multiplica hasta cinco veces en pacientes no adherentes. (19)

El riesgo de suicidio supone otra consecuencia fatal que se desencadena con mayor frecuencia en pacientes no adherentes en comparación con el resto de población tanto enferma como sana. Las causas principales podrían ser tratamientos inadecuados, incompletos o interrumpidos, mientras que entre los principales factores de riesgo podemos incluir las tentativas previas y la gravedad de la enfermedad, aunque también han de tenerse en cuenta otros como las hospitalizaciones frecuentes y las reagudizaciones sintomáticas. (19)

En cuanto a los costes generados por la baja adherencia, en la tesis de Vega et al. (7) se manifestó un aumento marcado del gasto sanitario, sin embargo, destacaron que, estos costes serían inferiores en pacientes no adherentes, mientras que este gasto superior en hospitalización podría estar compensado con el déficit en la adquisición y dispendio de los fármacos.

Consecuente a la baja adherencia, los pacientes se aíslan socialmente, fomentando dificultades a la hora de entablar relaciones. En relación con el entorno, se considera que las familias ejercen tanto de factor de riesgo como protector cuando se implican en el cuidado del paciente, pues en caso de suponer una fuente de estrés, solo estarían fomentando la aparición de más consecuencias negativas para el paciente. (7, 20)

Para el objetivo secundario "definir las intervenciones y actividades de enfermería que mejoran o aumentan la adherencia farmacológica" la revisión de la literatura ha aportado varios resultados.

En primer lugar, resulta de vital importancia establecer una buena alianza terapéutica para favorecer la adherencia a través de actividades como la colaboración, conexión emocional y establecer unos objetivos comunes entre las enfermeras y el paciente. En ocasiones se ve dificultado por el carácter involuntario de la mayor parte de los ingresos que se producen en las unidades de psiquiatría. Las enfermeras deben realizar educación sanitaria y psicoterapia para lograr que los pacientes comprendan su enfermedad, el por qué y los beneficios de tomar el tratamiento. La modalidad psicoterapéutica más relevante es la terapia cognitivo-conductual a través de entrevistas y de la educación sanitaria para aumentar la motivación hacia la toma de los medicamentos al actuar sobre las actitudes de los pacientes, mejorando sus conocimientos y la confianza en los mismos. (21)

Según la revisión sistemática de Inwanna et al. (22), donde se extraen y analizan datos sobre la eficacia de las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación antipsicótica, el proceso para conseguir una mejoría notoria sigue cinco pasos definidos: construir la relación enfermera-paciente, identificar sus creencias sobre el tratamiento, reestructurar sus capacidades, proporcionar práctica en el manejo y toma de la medicación por parte del paciente y conseguir que la familia haga lo mismo y se sienta capaz de expresar sus sentimientos acerca de la situación. En el mismo estudio se destacan intervenciones como evaluar las posibles comorbilidades médicas, psicoeducación, terapia de grupo y el fomento del apoyo familiar.

A continuación, se reflejan intervenciones y estrategias que, según el análisis realizado en el estudio de Lin et al. (21), resultaron beneficiosas a la hora de promover la adherencia farmacológica.

Para comenzar, establecer una conversación acerca de la vida cotidiana del paciente se consideró fundamental para demostrar acompañamiento profesional, permitiéndole expresarse y logrando manejar su carácter interviniendo cuando se considera oportuno. Así se genera seguridad y confianza permitiendo asentar unas bases que facilitarán la toma de medicación. En esta línea realizar una evaluación sobre el nivel de adherencia de cada paciente, valorando sus creencias, evaluando tanto su capacidad para tomar la medicación, como la intención de su familia de colaborar con el proceso y resolviendo las dudas que se le puedan plantear al paciente. Es sabido que uno de los principales motivos que afectan a la adherencia son los efectos secundarios que

genera la medicación, por lo que la enfermera debe ser capaz de aclarar las dudas que surjan al respecto y gestionar los posibles escenarios que acontezcan. (21)

En segundo lugar, se debe conseguir que el paciente perciba los beneficios de tomar la medicación. A tal efecto puede resultar de ayuda hablar con el paciente acerca de otros casos conocidos y generar afirmaciones positivas sobre esta cuestión, con el objetivo de mejorar la motivación de los pacientes. (21)

La enfermera debe servir como punto de apoyo para conseguir que el paciente complete el tratamiento. La toma de decisiones compartidas, animando a los pacientes a comunicarse con sus médicos expresando dudas y miedos, y recurrir e instruir a la familia a cerca de síntomas de alerta, son factores que podrían fomentar la adherencia. Los familiares desempeñan un apoyo fundamental al que las enfermeras pueden contribuir, enseñándoles a monitorear síntomas y controlar la medicación. (21)

Por otro lado, se observó además que la entrevista motivacional ejerció mejoras en un amplio rango de pacientes, en los que aumentó el nivel de insight, mejoró el funcionamiento psicológico y la severidad de los síntomas y disminuyó el número de rehospitalizaciones. Dichas entrevistas centraron su objetivo principal en motivar a los pacientes e involucrarlos en el tratamiento, suponiendo una gran oportunidad para promover la salud entre aquellos pacientes menos interesados en su recuperación. (23)

En el apartado de anexos se recoge un plan de cuidados de enfermería ante la baja adherencia terapéutica (Tabla 5)

6. DISCUSIÓN

La falta de adherencia farmacológica es uno de los principales problemas que se oponen a evolución y mejora significativa de la clínica de enfermedades como la esquizofrenia. El término adherencia implica la colaboración paciente-enfermera, pues se espera que la actitud con respecto a la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de ciertos hábitos de vida coincida con las instrucciones pautadas por el personal sanitario, y que sea aceptado en base a un acuerdo mutuo. (7)

Las altas tasas de abandono preocupan considerablemente a los profesionales sanitarios encargados del cuidado de estos pacientes, pues los porcentajes pueden llegar a situarse en el 50% durante el primer año de tratamiento, llegando a alcanzar hasta el 75% durante el segundo. A pesar de estos datos alarmantes, la escaseza de profesionales en salud mental es un motivo contribuyente

a que el abordaje de estos trastornos no se realice de manera integral y especializada, concluyendo con resultados que no cumplen con las expectativas esperadas, tal y como muestran las altas tasas de abandono de los pacientes que sufren esquizofrenia. (9)

La adherencia a la medicación se encuentra estrechamente relacionada con la calidad de vida a la que aspiran los pacientes. En la presente revisión se han analizado los principales factores que dificultan el seguimiento de los tratamientos prescritos, considerándose que pueden agruparse en cinco grupos de factores: (1) relacionados con la medicación, (2) con la propia enfermedad, (3) con las características del paciente, (4) con las conductas problemáticas y (5) los bajos ingresos y calidad de vida. Sin embargo, otras circunstancias como los intentos previos de suicidio, el consumo de sustancias, las hospitalizaciones continuas, la conciencia de la enfermedad y la actitud del paciente hacia la misma, ciertas relaciones personales, los olvidos e incluso ciertas variables sociodemográficas podrían afectar a la misma. Comprender estos factores de riesgo resulta esencial para minimizar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes. De igual importancia es la detección temprana tanto de la esquizofrenia como de otras comorbilidades que puedan afectar el transcurso de la toma de la medicación. (7,12,24)

Al igual que los factores de riesgo, los protectores resultan igualmente esenciales para realizar un abordaje integral, considerando que los principales objetivos del tratamiento son: reducir los síntomas, mejorar la calidad de vida y promover la recuperación de los efectos debilitantes. Se consideran los principales factores protectores el apoyo social que recibe el paciente, su entorno familiar (siempre y cuando no suponga una fuente de estrés), la convivencia con dicho entorno y la actitud del paciente hacia la enfermedad (insight) y la toma de medicación. (7,25)

La necesidad de llevar a cabo un abordaje integral del problema de la falta de adherencia se fundamenta sobre el hecho de que existen dos tipos: intencional y no intencional. En la no intencional, los pacientes no son capaces de cumplir con lo prescrito debido a deterioros cognitivos o pautas complejas no adaptadas a sus capacidades, mientras que, en la intencional, los principales motivos de la interrupción del tratamiento se consideran el bajo insight y el miedo a los posibles efectos secundarios. Se considera de relevancia realizar la distinción entre estos dos tipos de adherencia, ya que el manejo de una u otra puede requerir intervenciones diferentes. (26)

Así mismo, las consecuencias de la no adherencia pueden resultar fatales en todos los aspectos de la vida del paciente. Entre las más destacables se encuentran el empeoramiento clínico, las recaídas, con una tasa hasta tres veces superior a la esperada, las hospitalizaciones frecuentes y, por lo general, de carácter involuntario, junto con un aumento de la estancia media, aumento del

consumo de tóxicos y agresividad, peor funcionamiento cognitivo, aumentando en general el nivel de discapacidad, peor pronóstico de enfermedad, menor calidad de vida y aumento del riesgo de suicidio. (7,11)

Estas consecuencias no se limitan únicamente al paciente, pues también se hacen ver en el ámbito económico. El gasto sanitario general aumentó considerablemente derivado del aumento de las hospitalizaciones y las estancias en los mismos, sin embargo, el gasto en farmacéuticas se vio disminuido, pues en muchas ocasiones, los pacientes no adherentes no acudieron a por su medicación. (7,11)

En cuanto a las tentativas de suicidio, en el caso de los pacientes con esquizofrenia se consideró que el riesgo es hasta 8,5 veces superior al resto de la población, constatándose que se trata de una de las consecuencias más predictoras de la ausencia de adhesión medicamentosa y más perjudiciales para el paciente. (19)

Las enfermeras deberán establecer cuidados efectivos y de calidad para lograr mejoras notorias. Se debe priorizar la optimización del contacto-paciente profesional en ambas direcciones: concienciando al personal de la importancia de realizar los cuidados de manera adecuada, y ayudando al paciente a desarrollar sus habilidades sociales, para llegar a entendimientos con el equipo y asegurar que el paciente se encuentra informado a lo largo de todo el proceso, tanto a cerca de su enfermedad, como de los beneficios y posibles inconvenientes que puedan surgir a lo largo de su recuperación. Para abordar esta cuestión, se dispone de intervenciones de enfermería como la educación sanitaria, técnicas de apoyo familiar y psicoterapia. (11,21)

Otra medida es la alianza terapéutica fundamentada en tres pilares: (1) establecer una conexión emocional, (2) establecer objetivos comunes y (3) un plan de cooperación que requiera de ambas partes para alcanzar el éxito. Las enfermeras especialistas en salud mental son las responsables de favorecer los conocimientos acerca de la enfermedad, pudiendo motivar un cambio en las actitudes hacia la misma utilizando intervenciones como la terapia cognitivo-conductual o la entrevista motivacional. (11,21)

Se considera que el principio de cualquier intervención de enfermería debe fundamentarse en una relación conversacional, con la que indagar acerca de la vida cotidiana del paciente, descubriendo su carácter y ofreciendo disponibilidad. A continuación, deben valorarse las creencias del paciente sobre el uso de medicamentos, informar de los efectos secundarios y valorar el nivel de apoyo familiar. Consecuentemente, deben exponerse las ventajas y desventajas de la medicación, y transmitir al paciente que se realizarán reevaluaciones y reajustes para disminuir los

efectos secundarios si fuese necesario. Progresivamente deben introducirse afirmaciones positivas de los efectos derivados de la medicación, siendo posible relatar experiencias de otros pacientes. Por último, se movilizarán recursos de apoyo, mediante los que se tratará de fomentar la toma compartida de decisiones, invitando a la familia a participar en el proceso para situar al paciente en el centro de la atención. El objetivo principal es crear un ambiente de seguridad en el que el paciente pueda sentirse libre para expresar sus dudas, fomentando la confianza para facilitar la aceptación de la información que reciben... (11,21)

La psicoeducación basada en programas que ayudan tanto al paciente como a sus familiares a reconocer las características de su enfermedad y el tratamiento ha ganado relevancia en las últimas décadas debido a que fomenta el afrontamiento de la enfermedad de una manera más efectiva. Se trata de un aprendizaje progresivo que implica cambios en la conducta y actitudes del paciente. Se puede llevar a cabo de manera individual o en grupo según requieran las circunstancias. Los objetivos principales se basan en prevenir la hospitalización o controlar la clínica de la enfermedad para alcanzar un grado óptimo de salud. (20)

Las estrategias mencionadas se dividen en subgrupos en función del ámbito de actuación. Las estrategias relacionadas con el paciente recogen aquellas enfocadas en la comprensión de la enfermedad, el control de los síntomas y las intervenciones cognitivas. Las estrategias educativas y psicosociales abarcan aquellas que informan sobre los tratamientos, el por qué son necesarios, así como las instrucciones para su dosificación. Las estrategias relacionadas con el equipo multidisciplinar evalúan la adherencia del paciente durante el seguimiento, se valora la coordinación entre los miembros del equipo y la atención que se le brinda al paciente, considerando el abordaje multidisciplinar el más adecuado. Por último, las intervenciones basadas en el tratamiento farmacológico recogen las posibilidades de reevaluación y ajuste en caso de ineficacia o aumento de los efectos secundarios. (7)

7. CONCLUSIÓN

La adherencia terapéutica en el tratamiento primario de la esquizofrenia resulta fundamental para un correcto desarrollo y buen pronóstico de la enfermedad.

Los principales factores implicados en la falta de adherencia fueron: el bajo insight, las características personales y sociodemográficas del paciente, sus ingresos y calidad de vida, el tipo de medicación y/o terapia utilizada para tratar la esquizofrenia, el consumo de drogas o las

características del propio trastorno. Así mismo, el apoyo del entorno del paciente y la percepción de este hacia la enfermedad ejercieron como factores protectores.

Se definieron las siguientes como las principales consecuencias de la baja adherencia: por un lado, a nivel individual, aumentaron las recaídas, las hospitalizaciones y las tentativas de suicidio y disminuyó la calidad de vida del paciente a la vez que se fue estableciendo un peor pronóstico en general. Por otro lado, a nivel comunitario se vieron incrementados los gastos sanitarios y la carga de trabajo de los familiares de los individuos.

Las intervenciones de enfermería que resultaron beneficiosas a la hora de aumentar las tasas de adherencia se basaron en fortalecer la relación sanitario-paciente, explicar e insistir en los beneficios de la toma de medicación, evaluar las creencias y la capacidad para tomar el tratamiento que tiene el paciente, controlar los efectos secundarios y educar a la familia, invitándoles a colaborar en el proceso.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Torres F. What is schizophrenia? [Internet]. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association; 2024 [Consultado 18 Feb. 2025]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
2. National Institute of Mental Health. La esquizofrenia [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; [fecha de publicación desconocida] [consultado el 24 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
3. Insuasti López MD, Castillo Rivera MJ. Esquizofrenia. Fases, etiología, factores de riesgo y diagnóstico [Internet]. 2023 Feb. [consultado 18 feb. 2025]; Revista E-IDEA 4.0 Revista Multidisciplinar, 5 (14), 12-21. doi: 10.53734/mj.vol5.id257
4. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Datos y cifras [Internet]. OMS, cop. 2022 [consultado 18 feb. 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
5. Martín García-Sancho JC, Aznar Moya JA, Balanza Martínez P, Castillo Bueno MD, Tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental [Internet]. 2009 jun. [Consultado 18 feb. 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
6. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Afrontando la realidad del suicidio [Internet]; 2006. [Consultado 18 ene. 2025]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Afrontandorealidadsuicidio.pdf>
7. Vega Dávila C. No adherencia en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. [Tesis doctoral]. Islas Canarias. 2021. Disponible en: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/106585/1/No_adherencia_pacientes.pdf
8. Franco Coffré JA, Vintimilla López EF, Yugcha Andino GE, Román JN. El proceso de atención de enfermería aplicado en pacientes diagnosticados con Esquizofrenia. Dominio Las Cienc [Internet]. 2022 [consultado 18 feb. 2025];8(3):2305–16. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3002>
9. Consejo general de la Psicología en España. HASTA EL 75% DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ABANDONAN EL TRATAMIENTO TRASNCURRIDOS DOS AÑOS [Internet]. [Consultado 18 ene. 2025]. Disponible en: <https://www.infocop.es/hasta->

el-75-de-los-pacientes-con-esquizofrenia-abandonan-el-tratamiento-trasncurridos-dos-anos/?cn-reloaded=1

10. Gratacos Torras M, Pousa Tomás T. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA [Internet]. Redalyc.org. 2008 [citado el 18 feb. 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/778/77854690004/77854690004.pdf>[PR4]
11. Cirici Amell R. The Therapeutic Adherence in Psychotic patients. Revista de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona [Internet]. 2002 [Consultado: 25 Mar. 2025] sep 1; 29(4): 232-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288395258_The_therapeutic_adherence_in_psychotic_patients/link/5757264f08ae05c1ec16cfc1/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpbnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn9
12. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis [Internet]. Schizophrenia (Heidelb). 2023 [Consultado: 25 Mar. 2025] May 15;9(1):31. doi: 10.1038/s41537-023-00356-x.
13. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Tanskanen A, Taipale H. Primary Nonadherence to Antipsychotic Treatment Among Persons with Schizophrenia [Internet]. Schizophr Bull. 2022 [Consultado: 25 Mar. 2025] May 7;48(3):655-663. doi: 10.1093/schbul/sbac014.
14. Bayafers Tamene F., Aschale Mihiretie E., Mulugeta, A, Kassaye A., Gubae K., Agegneu Wondm S. Medication non-adherence and associated factors among peoples with schizophrenia: multicenter cross-sectional study in Northwest Ethiopia [Internet]. *BMC Psychiatry*. 2024 [Consultado: 25 Mar. 2025]; 24(567). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06004-7>
15. Salihi I, Attouche N, Tsoumbou Bakana G, Nani S, Agoub M, Mchichi Alami K. Schizophrenia and medication adherence among the population in Morocco: a cross-sectional study at the University Psychiatric Center of Casablanca [Internet]. *Pan Afr Med J*. 2024 [Consultado:25 Mar. 2025] Jul 22; 48:123. doi: 10.11604/pamj.2024.48.123.39645.
16. Benelmokhtar JM, Chilizia B, Phahladira L, Emsley R, Asmal L. Factors associated with dropout at 2 years post-initiation of treatment in the first episode of schizophrenia. *South African journal of Psychiatry* [Internet]. 2021 [Consultado: 25 Mar. 2025] Marz. Vol 27. Disponible en: <https://sajp.org.za/index.php/sajp/article/view/1657/2018>

17. Sanz Domingo AI, Ferrer Aguilo L, Lorente Fernández D, Garrido Carrera A, Larraz Giganto S, Lario Marín NE. Estigmatización y adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática. Revista sanitaria de investigación [Internet]. 2023. 4(1). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estigmatizacion-y-adherencia-al-tratamiento-psicofarmacologico-en-pacientes-con-esquizofrenia-revision-sistematica/>
18. Caqueo-Úrizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Bravo de la Fuente J. Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. Healthcare (Basel) [Internet]. 2021 [Consultado: 25 Mar. 2025] Sep 18;9(9):1230. doi: 10.3390/healthcare9091230.
19. Díaz Fernández S. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA GRAVE EN UN PROGRAMA COMUNITARIO MULTICOMPONENTE CON GESTIÓN DE CASOS [Tesis doctoral]. Madrid. Universidad Camilo José Cela. 2022. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=UC%2FLPFgqXzM%3D>
20. Raso Ruiz Y, Sanz Beltrán A, Santander Jorge M, Badescu Pirvulescu EL. Programa psicoeducativo en pacientes con esquizofrenia para mejorar su adherencia al tratamiento [Internet]. Revista sanitaria de Investigación. 2021[Consultado: 30 Mar. 2025] ;2(12) Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/programa-psicoeducativo-en-pacientes-con-esquizofrenia-para-mejorar-su-adherencia-al-tratamiento/>
21. Lin Y-Y, Yen W-J, Hou W-L, Liao W-C, Lin M-L. Mental Health Nurses' Tacit Knowledge of Strategies for Improving Medication Adherence for Schizophrenia: A Qualitative Study [Internet]. Healthcare (Basel). 2022 [Consultado: 30 Mar. 2025] Mar 7;10(3):492. doi: 10.3390/healthcare10030492.
22. Inwanna S, Duangchan C, Matthews AK. Effectiveness of Interventions to Promote Medication Adherence in Schizophrenic Populations in Thailand: A Systematic Review [Internet]. Int J Environ Res Public Health. 2022 [Consultado: 30 Mar. 2025] Mar 2;19(5):2887. doi: 10.3390/ijerph19052887.

23. Cahaya N, Ari Kristina S, Wahyuni Widayan A, Green J. Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. Indonesia [Internet]. Universitas Gadjah Mada. 2022 [Consultado:30 Mar. 2025] ,16:2431-2449. Disponible en: <https://www.dovepress.com/article/download/77889>
24. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with current substance use, medication non-adherence and clinical factors of people with schizophrenia in Southwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study [Internet]. Health Qual Life Outcomes. 2020 [Consultado: 30 Mar. 2025] Mar 30;18(1):82. doi: 10.1186/s12955-020-01340-0.
25. Poletto Viveiros C, Rodrigues Tatar C, Vianna Dantas Dos Santos D, Stefanello S, Nisihara R. Evaluation of nonadherence to treatment among patients with schizophrenia attending psychosocial care centers in the south region of Brazil [Internet]. Trends Psychiatry Psychother. 2020 [Consultado: 30 Mar. 2025] Jul-Sep;42(3):223-229. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0072.
26. Yaegashi H, Haga M, Misawa F, Mizuno Y, Suzuki T, Takeuchi H. Intentional non-adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia [Internet]. Schizophr Res. 2024. [Consultado 30 Mar. 2025] Dec; 274:427-432. doi: 10.1016/j.schres.2024.10.018

9. ANEXOS

ANEXO I- Tabla 4. Descripción de los estudios incluidos por orden de aparición en el texto

Autor y año^{cita}	Tipo y muestra	Metodología	Resultados	Relación con objetivos
Guo J et al., 2023 ¹²	Revisión sistemática y metaanálisis. 20 artículos incluidos	Revisión sistemática de las bases de datos PubMed, Embase y librería Cochrane para evaluar los factores influyentes en la adherencia a la medicación.	Se consideran factores de riesgo los relacionados con la enfermedad, los problemas de conducta, el consumo de medicamentos, la propia enfermedad, los bajos ingresos, la mala calidad de vida y las características personales del paciente. Mientras que el apoyo, la actitud y los comportamientos positivos ejercen de factores protectores.	1
Lieslehto J et al., 2022 ¹³	Estudio de regresión logística. 29956 participantes	Se llevó a cabo un análisis de varios factores sociodemográficos y clínicos que se relacionaron con la no adherencia.	Se demostró que el 31.7% de los pacientes presentaban falta de adherencia primaria algún antipsicótico. Se constata que ser joven, las benzodiacepinas y estabilizadores del ánimo, el consumo de drogas, los intentos de suicidio, el asma, la diabetes, el EPOC, las ECV y la medicación oral fomentan la no adherencia. Por lo tanto, la vía de administración, la medicación concomitante y las comorbilidades desempeñan un papel fundamental	1
Tamene F.B et al., 2024 ¹⁴	Estudio transversal multicéntrico. 387 participantes	Los participantes se reclutaron a través de un muestreo aleatorio sistemático, y los hospitales incluidos se seleccionaron de manera aleatoria. Se entrevistó al paciente para recoger datos sociodemográficos y relacionados con el abuso de sustancias y la adherencia a la medicación, además se llevó a cabo un examen físico para medir los efectos secundarios extrapiramidales	La prevalencia de incumplimiento fue del 51,2% de los participantes. Los principales motivos: tratamientos prolongados en el tiempo por más de diez años, el consumo de sustancias, la polifarmacia y los efectos secundarios extrapiramidales.	1
Salihi I et al., 2024 ¹⁵	Estudio transversal. 320 participantes	A través de un cuestionario hetero aplicado se recogieron datos epidemiológicos y clínicos. La adherencia a la medicación por otro lado se midió a través de la escala de Calificación de Adherencia a la Medicación (MARS) y, además, se utilizó la Escala de síntomas positivos y negativos PANSS para evaluar la gravedad de los síntomas.	82 pacientes fueron clasificados como adherentes, mientras que 238 no lo fueron. De este último grupo, el 72% eran hombres. Además, una proporción significativa era joven, tenía baja formación académica, vivía solo, residía en zonas urbanas, no llevaba a cabo seguimiento clínico y presentaba un inicio temprano de la enfermedad. Presentaban sintomatología grave, desconocimiento de su enfermedad y referían sentimiento de sedación tras el tratamiento. La hospitalización frecuente se asoció con mayores niveles de no adherencia.	1
Benelmokhtar J.M et al., 2021 ¹⁶	Análisis secundario de datos recopilados	Se utilizaron datos pertenecientes a un estudio longitudinal prospectivo que se centró en el seguimiento de pacientes a tratamiento con decanoato	El 62% de los pacientes completaron el tratamiento. Los pacientes con mayor tendencia al abandono presentaban trastornos por consumo de	1

	durante un estudio longitudinal prospectivo no comparativo. 126 participantes	de flupentixol, examinando la posible relación entre la adherencia y los factores sociodemográficos al inicio del tratamiento y dos años después.	sustancias, patología dual, una edad de inicio más avanzada y mayor sintomatología positiva.	
Sanz A.I et al., 2023 ¹⁷	Revisión sistemática. 16 artículos incluidos	Búsqueda sistemática de artículos científicos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión en las bases de datos PubMed, Dialnet, SciELO y Cuiden, además de en las plataformas Science Direct, Google académico y la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza.	Se establece que el estigma hacia la esquizofrenia es un factor que dificulta y debilita la adherencia al tratamiento, siendo las mujeres las que han presentado mayor nivel de auto estigma en este estudio. Se considera que la causa más agravante de la no adherencia a la medicación reside en la falta de conocimiento y aceptación propia.	2
Caqueo-Urizar A et al., 2021 ¹⁸	Estudio transversal. 151 participantes.	Se empleó el Inventario de Actitud hacia los Medicamentos, una escala de autoinforme que permitió valorar actitudes, experiencias y creencias sobre la medicación de los pacientes. Además, se utilizó la escala de Evaluación de la Recuperación (RAS-24) para valorar la mejora subjetiva de la enfermedad. También se empleó la escala PANSS para evaluar síntomas psicóticos y se incluyeron datos clínicos y demográficos.	Se asoció significativamente la adherencia a la medicación con la capacidad para pedir ayuda, la confianza personal y la esperanza, la orientación al objetivo y al éxito. A mayor adherencia, mayor remisión clínica y, por lo tanto, mayor probabilidad de recuperación.	2
Díaz S et al., 2022 ¹⁹	Estudio observacional, longitudinal en espejo. 344 participantes.	La primera parte del estudio consiste en un análisis prospectivo observacional durante 10 años desde el comienzo del tratamiento, mientras que la segunda parte se basa en un análisis retrospectivo 10 años previo al tratamiento. Se estudiaron variables sociodemográficas, abandono, ingresos hospitalarios, intentos de suicidio y tipo de antipsicótico.	La adherencia al tipo de tratamiento analizada fue muy alta y considerablemente superior al tratamiento estándar, Los antipsicóticos orales mostraron peor adherencia frente a los inyectables. Los ingresos por descompensaciones se redujeron con el tratamiento estudiado frente al estándar, así como las tentativas de suicidio que se produjeron durante el estudio.	2,3
Raso Y et al., 2021 ²⁰	Programa psicoeducativo.	Se incluirán en el presente programa pacientes ingresados con previsión de alta próxima, que muestren un mínimo interés y que no se encuentren en proceso de agudización de enfermedad. Constará de siete sesiones con una periodicidad semanal, y será conducido por un terapeuta y una enfermera. Cada una de las sesiones abarcará diferente temática siempre en relación con la esquizofrenia.	Tras la finalización del programa, se llevarán a cabo sesiones cada seis meses para recordar y garantizar la continuidad de todo lo aprendido.	3
Lin Y et al., 2022 ²¹	Estudio cualitativo. 25 participantes	Se analizó a través de entrevistas las experiencias y las estrategias de las enfermeras en salud mental para mejorar la adherencia. Cada participante fue entrevistada una o dos veces, mientras se grababa en audio para posteriormente transcribir textualmente la	Se considera que el establecimiento de una relación conversacional es el punto de partida para que las enfermeras evalúen las posibles causas del incumplimiento y las actitudes hacia la enfermedad. La conexión paciente-enfermera resultará vital para comprender y mejorar sus síntomas, lograr el cumplimiento y estabilizarlos reduciendo a la vez la	3

		información. Se eliminó información identificatoria y se utilizaron códigos para mantener anónimos los datos de los pacientes y los participantes.	carga para los familiares. Las enfermas resultan una pieza incondicional a la hora de reducir los efectos secundarios, que se considera un factor que afecta a la determinación de los pacientes de tomar o no la medicación	
Inwanna S et al., 2022 ²²	Revisión sistemática. 11 artículos incluidos.	Se trata de una revisión sistemática tipo PRISMA que sintetiza la investigación sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación antipsicótica. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, PsycINFO, CINAHL, WOS, Scopus, ThaiJO y Google Scholar.	Se reveló que la terapia individual en conjunto con la terapia cognitivo-conductual y la entrevista emocional mejoró la toma de medicación, indicando que incluir dichas técnicas en práctica clínica puede favorecer la adherencia.	3
Cahaya N et al., 2022 ²³	Revisión sistemática. 16 artículos incluidos.	Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed y Science Direct siguiendo la guía PRISMA.	Se constata la efectividad y la relación entre la entrevista motivacional y la mejor adherencia a la mediación	3
Desalegn D et al., 2020 ²⁴	Estudio transversal. 351 participantes.	Se trata de un estudio transversal institucional. Se reclutó a los pacientes mediante un muestreo aleatorio, y se emplearon la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQoL-BREF) y la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky para valorar calidad de vida y adherencia a la medicación de los participantes.	El 31,6% de los participantes no fueron adherentes, constatándose que este dato se encuentra relacionado con el dominio físico, psicológico, social y ambiental del paciente, así como con su calidad de vida. Se concluye que está directamente asociada la adherencia a la medicación con la duración del tratamiento, el consumo de sustancias y la presencia de comorbilidades.	1
Poletto C et al., 2020 ²⁵	Análisis retrospectivo. 112 participantes	Se analizó el perfil epidemiológico de la muestra a partir de las historias clínicas de cada uno, evaluando posteriormente los mismos datos tras un año a seguimiento con la medicación.	Se mostró mayor prevalencia en varones, con una media de edad de 40,5 años, que contaban con bajos niveles de educación, estaban desempleados y carecían de hijos y/o familiares A pesar de la mayor prevalencia de enfermedad entre los hombres, las mujeres se mostraron menos adherentes al tratamiento	1,2
Yaegashi H., 2024 ²⁶	Estudio transversal. 93 participantes.	La falta de adherencia se evaluó con la versión japonesa de la Escala de No Adherencia Intencional (INAS-J), además se utilizó la PANSS, el Índice de Posesión de Medicamentos (MPR), los síntomas psiquiátricos, los efectos secundarios y el estado de la medicación.	Ninguna de las variables asociadas se asoció con la puntuación total de la INAS	1

ANEXO II: Tabla 5- Plan de cuidados de enfermería ante la baja adherencia

NANDA	NOC	NIC	ACTIVIDADES
[00052] <u>Deterioro de la interacción social</u> r/c trastorno mental m/p habilidades de la comunicación inadecuadas	[2609] Apoyo familiar durante el tratamiento	[7110] Favorecimiento de la implicación familiar	-Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. - Identificar los déficits de autocuidado del paciente.
		[5430] Grupo de apoyo	- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. - Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
	[1504] Soporte social	[5440] Mejora de los sistemas de apoyo	- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
		[7040] Apoyo al cuidador	-Determinar la aceptación del rol de cuidador. -Determinar el nivel de conocimientos, capacidades y limitaciones.
[00466] <u>Riesgo de conducta autolesiva suicida</u> m/p trastornos mentales r/c pensamiento negativo automático	[1405] Autocontrol de los impulsos	[5230] Mejora del afrontamiento	- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
		[4354] Manejo de la conducta: autolesión	-Identificar el historial previo de conductas de automutilación o autolesión. - Identificar los indicios que anteceden a la conducta de automutilación.
	[1908] Detección del riesgo	[4500] Prevención del consumo de sustancias nocivas	-Ayudar a la persona a utilizar estrategias para reducir la ansiedad. - Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
		[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad	-Describir los signos y síntomas habituales de la enfermedad, según proceda. -Evitar las palabras tranquilizadoras vacías.
[00085] <u>Deterioro de la movilidad física</u> m/p trastorno depresivo r/c conductas sedentarias	[1209] Motivación	[5400] Mejora de la autoestima	-Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. -Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía.
		[5100] Mejora de la socialización	-Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. -Animar al paciente a desarrollar relaciones.
	[2301] Respuesta a la medicación	[1800] Ayuda con el autocuidado	-Tener en cuenta la cultura y la edad a la hora de favorecer las actividades de autocuidado.

			- Proporcionar técnicas de mejora cognitiva (p. ej., calendarios actualizados, listas claramente legibles y comprensibles para los horarios de medicación, relojes fáciles de ver).
		[5510] Educación para la salud	-Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria. -Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida.
[00138] <u>Riesgo de violencia dirigida a otros</u> m/p trastorno psicótico r/c agitación psicomotora	[1902] Control del riesgo	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo	-Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. -Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
		[6650] Vigilancia	-Notificar al profesional sanitario los cambios significativos. -Realizar monitorización continua a personas inestables o en estado crítico.
	[1214] Nivel de agitación	[4640] Ayuda para el control de la ira	-Controlar el potencial de agresión inadecuada del paciente e intervenir antes de que se manifieste. -Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.
		[4380] Establecimiento de límites	-Indicar, limitar o identificar (con la participación del paciente, según corresponda) la conducta indeseable del paciente. -Utilizar un método constante, práctico, sin prejuicios.
[00173] <u>Riesgo de confusión aguda</u> m/p	[1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado	[6450] Manejo de las ideas delirantes	-Responder a los delirios del paciente con declaraciones tranquilas y realistas. -Transmitir aceptación y apoyo incondicional.
		[6510] Manejo de las alucinaciones	-Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. -Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones.
	[2301] Respuesta a la medicación	[2380] Manejo de la medicación	-Determinar el efecto del uso de la medicación sobre el estilo de vida. -Determinar los factores que impiden a la persona tomar los fármacos tal como se han prescrito.
		[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos	-Garantizar que la información se adapte al nivel de alfabetización en salud. -Enseñar a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda.