

# TRABAJO FIN DE GRADO

Revisión bibliográfica

## Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia

**OLATZ RUIZ MANRIQUE**

Curso 2014-2015

Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia by Olatz Ruiz Manrique is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License.



## Resumen

La adherencia al tratamiento es un problema real en los pacientes esquizofrénicos, que dificulta su inserción en la sociedad y puede ocasionarles graves repercusiones médicas. Por ello, el objetivo de esta revisión es valorar la eficacia de las intervenciones psicoeducacionales con la ayuda del personal sanitario y/o familiares, en la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Se realizó una revisión sistemática para dar respuesta al objetivo planteado, analizando las respuestas de los individuos para las diferentes intervenciones realizadas con el apoyo de los profesionales sanitarios y/o familiares. Se incluyeron nueve artículos: 4 revisiones sistemáticas y 5 estudios randomizados. En los resultados se encontraron factores de riesgo clave que proporcionaban una mayor probabilidad de no-adherencia, lo que llevaba a más recaídas y peor pronóstico para la persona. Las intervenciones realizadas con los pacientes mejoraban esa adherencia a lo largo del tiempo. Se concluye por tanto que mejorar la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia es un factor clave para los pacientes, su familia y la sociedad. Esto podría lograrse incidiendo en la adherencia al tratamiento y con un seguimiento por parte del personal sanitario.

Palabras clave: esquizofrenia, tratamiento psicosocial, adherencia.

## Abstract

Medication adherence is a real problem for schizophrenic patients, which compromises their insertion in society and even more, it can cause severe medical consequences. For this reason, the aim of this report is to evaluate the effectiveness of the psychoeducational interventions and medication adherence together with the help of health professionals and/or family members in patients with schizophrenia. A systematic review was conducted in order to find an answer to the proposed goal, analyzing the response of the individuals to the different actions conducted, always taking into account the help of health professionals and family members. Nine articles were included: 4 systematic reviews and 5 randomised studies. The results showed key risk factors which

provided a greater probability of no-adherence, resulting in more relapses and a poorer prognosis for the patient. Over time, it was seen that the interventions made with the patients improved medication adherence. Therefore, it was concluded that improving adherence in schizophrenia is a key factor for the patients, their families and society. This change could be achieved emphasizing the importance of medication adherence and by being closely monitored by health professionals.

Keywords: schizophrenia, psychosocial treatment, adherence.

# Índice

1.Introducción.....	1
2.Obetivos.....	3
3.Metodología.....	4
4.Resultados.....	6
5.Discusión.....	12
➤ 5.1.Adherencia al tratamiento.....	12
➤ 5.2.Intervenciones y adherencia.....	13
6.Conclusiones.....	15
7.Anexos.....	16
➤ Tabla 1: artículos utilizados. Resumen y características.....	16
➤ Tabla 2: artículos utilizados. Ecuaciones de búsqueda.....	18
➤ Figura 1: esquema de los estudios utilizados.....	20
8.Referencia bibliográficas.....	21

# Introducción

Los trastornos psicóticos, dentro de la salud mental abarcan diferentes patologías, todas ellas con un denominador común, la presencia de episodios psicóticos. Varios autores definen<sup>1,2</sup> la psicosis como una pérdida de contacto con la realidad donde el sujeto puede experimentar gran variedad de síntomas.

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE 10)<sup>2,3</sup> describen la esquizofrenia como un trastorno mental en el cual hay un comportamiento atípico que se caracteriza por distorsiones en el pensamiento y la percepción, acompañados también en muchos casos de embotamiento afectivo o disminución de la expresión emocional. Es muy difícil dar una definición exacta ya que su sintomatología (delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado...) es amplia y con mucha heterogeneidad. Esta enfermedad puede afectar a las personas en cuanto a su nivel de funcionamiento en el trabajo, las relaciones personales o incluso en el autocuidado.

La prevalencia<sup>4</sup> para cualquier trastorno psicótico es de un 3,5% en la población general, donde un 0.9% corresponde a la esquizofrenia. Los estudios<sup>1,4</sup> avalan una mayor incidencia en los hombres que en las mujeres, siendo las edades en las que se desarrolla la enfermedad, en los hombres entre 15-30 y en las mujeres entre 25-35. Se trata de una enfermedad con una etiología multifactorial, donde a lo largo de los años se han descrito múltiples teorías y se sigue investigando, pero, de momento, no hay un consenso común en la comunidad científica respecto a este tema. Aun así, entre las múltiples teorías destacan: el componente genético, donde la heredabilidad se sitúa en un 80% según los estudios<sup>1,4</sup> (a pesar de ello, el riesgo de desarrollar la esquizofrenia cuando uno de nuestros padres la tiene, es tan solo del 10-17%); las teorías del neurodesarrollo de éstos pacientes a lo largo de su vida, con evidencias<sup>1,4</sup> de alteraciones congénitas; la neuroquímica, donde distintos sistemas de neurotransmisión están afectados, dándole especial énfasis al eje dopamina-acetilcolina\*; el entorno del paciente, definiéndolo como factores que pueden modificar las probabilidades de sufrir esta enfermedad, como pueden ser las

---

\*Nota: los estudios<sup>4,5</sup> neuroquímicos demuestran una relación directa entre las fases agudas de la psicosis y el incremento de la síntesis, liberación y concentraciones simpáticas de dopamina.

circunstancias físicas, sociales o económicas, o factores estresantes que puedan desencadenar los síntomas psicóticos.

La medicación habitual para este trastorno está compuesta principalmente por fármacos antipsicóticos, aunque también se puedan combinar con otros para mejorar sus efectos secundarios, como coadyuvantes (estabilizadores del ánimo, litio, benzodiazepinas, antiparkinsonianos...) <sup>7,8</sup>. El tratamiento de estos pacientes debería ser desde el punto de vista holístico, siempre teniendo en cuenta que cada persona es única en sus características y así lograr la máxima adherencia al tratamiento. Las diferencias entre los pacientes, y las diferencias entre los propios tipos de esquizofrenia, hacen que la búsqueda de una única fórmula para el tratamiento sea difícil, incluso a la hora de decidir qué tipo de fármaco deberían tomar o cuándo suspenderlo. A esta problemática se le añade el coste económico que esto genera y la alarma social, puesto que muchas veces se crea un estigma social <sup>7,8</sup>.

La tendencia hoy en día es reinsertar a éstas personas en nuestra sociedad, y para ello se buscan diferentes terapias psicosociales que ayuden a conseguir este objetivo. De esta forma las personas gozan de un proceso de rehabilitación, en el cual se busca mejorar sus habilidades en el afrontamiento y reconocimiento de su enfermedad, la adherencia al tratamiento, la reinserción social y habilidades de comunicación con la sociedad y familia, la prevención de recaídas/rehospitalizaciones, y en resumen, su propia autonomía como individuos capaces. Para la realización de éstas intervenciones la adherencia al tratamiento es un punto de vital importancia <sup>1,4,7</sup>.

# Objetivos

Estudiar qué repercusión tiene el personal sanitario sobre el tratamiento, adherencia a este y resultados obtenidos y/o percibidos por el paciente. De la misma manera que se evaluará la relevancia o no del apoyo familiar en dichos pacientes.

**El objetivo principal** de esta revisión sistemática es estudiar la adherencia al tratamiento y la eficacia de las intervenciones médicas y psicoconductuales en pacientes esquizofrénicos y evaluar las repercusiones de éstas.

Los objetivos específicos serán los siguientes:

- Explorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes, ya que es un pilar fundamental para ellos.
- Analizar los factores que influyen en la adherencia.
- Estudiar las recaídas.
- Analizar los recursos disponibles para afrontar eficazmente la situación.

# Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados y ver la efectividad de la psicoterapia en pacientes con esquizofrenia en cuanto a la adherencia al tratamiento, prevención de recaídas, adaptación social y familiar, y en resumen, a mejorar su calidad de vida.

La revisión se ha llevado a cabo desde octubre de 2014 hasta mayo de 2015.

La realización de esta búsqueda empezó con la identificación de las palabras clave para su posterior combinación y elaboración de las ecuaciones de búsqueda a través de PubMed, Medline, Cochrane, Plos One y Science Direct (Anexo Tabla 1). También se procedió a realizar una búsqueda en la biblioteca de la UPV/EHU utilizando los recursos electrónicos y mediante la búsqueda manual in situ, accediendo así a guías de práctica clínica, como es el caso de la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.

**Los criterios de inclusión** y, por tanto, el tipo de participantes escogidos fueron los siguientes:

- Pacientes diagnosticados de esquizofrenia.
- Pertener al sexo masculino o femenino.
- Artículos publicados entre 2005 y la fecha actual.

Las palabras clave de búsqueda utilizadas fueron: esquizofrenia, schizophrenia, psicosis, psychosis, tratamiento psicosocial, psychosocial treatment, intervención familiar, antipsychotic medication, pharmacotherapy, treatment, tratamiento medication adherence, medication compliance, adherence, non-adherence, compliance, non compliance. Éstas palabras clave se combinaron con los operadores booleanos "Y", "AND" y "OR".

Se seleccionaron todos los estudios randomizados relevantes que comparan la intervención estándar en el tratamiento de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con la intervención alternativa que goza de apoyo familiar y social.



Limitadores de búsqueda: se han incluido artículos de diferentes bases de datos publicados en los últimos 10 años y con literatura en inglés y en castellano.

**Criterios de exclusión:**

Se excluyeron los artículos donde el grupo a tratar incluía pacientes menores de 18 años, así como los artículos publicados antes del año 2000, los que no cumplían el objetivo y los que trataban con animales.

Tras analizar toda la bibliografía encontrada y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, recogiendo los artículos más adecuados para dar respuesta a los objetivos planteados, el número total de artículos seleccionados es de 9 (Anexo Figura 1).

# Resultados

Han sido aceptados para la revisión un total de 9 artículos, entre los cuales se encuentran ensayos clínicos, revisiones y estudios poblacionales (Anexo Tabla 2).

Los artículos excluidos no cumplían los criterios de inclusión, no se consiguió un acceso directo al texto completo o eran ensayos aún por acabar.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que, en muchos casos, condiciona la vida de los que padecen esta enfermedad. A pesar de que en estos últimos años ha habido avances en cuanto a la medicación, el porcentaje de no-adherencia al tratamiento sigue siendo muy alto, llegando a ser de hasta un 50%<sup>9</sup> con sus posibles consecuencias directas, como son las recaídas y sus consecuencias clínicas, o los altos costes que genera todo este proceso. Se ha visto que el porcentaje de adherencia varía mucho en estos pacientes, siendo mejor cuando son dados de alta y disminuyendo según va pasando el tiempo<sup>9</sup>.

Los antipsicóticos han probado ser de gran utilidad, reduciendo los síntomas y pudiendo así proporcionarles una mejor calidad de vida<sup>9</sup>, pero esto no servirá siempre y cuando la adherencia al tratamiento no sea la adecuada. La no-adherencia es una causa frecuente de hospitalizaciones, riesgo aumentado de suicidio, pérdida de trabajo, posibles adicciones a sustancias tóxicas<sup>9,10</sup>, entre otras, por lo que es muy importante que se lleve un control adecuado en cuanto a la toma de medicación. De entre las revisiones bibliográficas estudiadas<sup>10,11</sup>, dos estudios recogidos en éstas coinciden en que un 74% de los pacientes con esquizofrenia interrumpieron la toma de medicación a los 18 meses. Independientemente de la no adherencia a los tratamientos, otro de los estudios citados concluye que la tasa de recaída a los 5 años es de un 81,9%<sup>9</sup>, contrastándose así con estudios realizados en China, donde los síntomas de esquizofrenia vuelven a aparecer al de un año de la remisión en un 50% de los individuos, llegando al 85% de recaídas a los 5 años<sup>12</sup>. Además, hay que tener en cuenta el gasto sanitario que suponen este tipo de enfermedades crónicas, siendo el coste anual de la esquizofrenia de 400 millones en el Reino Unido y de 10 billones en los Estados Unidos<sup>9</sup>.

Con todo esto se concluye que, incluso con una buena adherencia al tratamiento, este no es del todo eficaz y esto hace que los pacientes no se adhieran a él.

Dadas estas cifras tan altas de recidivas es importante saber identificar los factores de riesgo para poder prevenir futuras recaídas debido a la no-adherencia al tratamiento. Se ha visto en los estudios<sup>9,10,11,13</sup> que la no-adherencia es más frecuente en edades jóvenes y es más común en hombres que en mujeres. El nivel socio-cultural bajo o socioeconómico bajo también influye negativamente, junto con el abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...). Los propios síntomas positivos y negativos pueden comprometer la toma de medicación, así como la percepción de tener la enfermedad. También se ha visto una relación directa entre el apoyo familiar pobre y la no-adherencia, llegando a triplicarse el riesgo.

La revisión *Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review*<sup>11</sup> habla de los factores principales y las consecuencias de la no-adherencia en los pacientes, el sistema sanitario y el aumento del gasto sanitario. Al igual que en los estudios citados previamente<sup>9,10,11,13</sup> la evidencia es determinante, mostrando claramente que los factores de riesgo tienen una relación directa con la adherencia al tratamiento: la severidad de los síntomas influye, siendo los síntomas negativos significativamente más notorios en pacientes adherentes; la falta de percepción de enfermedad y de consecuencias debidas a ésta es un factor directo de no-adherencia; el abuso de sustancias, siempre como una relación negativa a la adherencia... Todos estos factores enumerados en el estudio provocan unas consecuencias en el paciente, el sistema sanitario y su gasto económico. Las tasas de hospitalización muestran que los pacientes que tomaron su medicación en más de un 70% tuvieron menos hospitalizaciones que los no adherentes. La tasa de suicidio está directamente relacionada con la no-adherencia incrementando así su riesgo. También se ha visto que la no-adherencia puede exacerbar los síntomas psicóticos, dificultando y empeorando incluso el pronóstico del paciente. En cuanto al sistema sanitario, la no-adherencia conduce a más visitas a la urgencia e incrementa el gasto. La evidencia respalda esta afirmación ya que los pacientes no-adherentes eran dos veces más propensos a acabar en el hospital que los adherentes.

Zhou B, Gu Y.: *Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a single-blind randomized controlled trial in Shanghai, China*<sup>12</sup>. Este estudio tiene como objetivo observar el efecto de la autogestión en los pacientes para ayudarles a comprender la importancia de la adherencia al tratamiento y el reconocimiento de los síntomas ante una posible recaída. Para ello, se obtuvo una muestra de 201 individuos con un seguimiento a lo largo de 30 meses, dividiéndose en dos grupos: el grupo de autogestión (n=103) donde llevarían a cabo sesiones semanales de dos horas en grupos de 20-25 personas, y el grupo de control (n=98), los cuales recibirían el tratamiento antipsicótico habitual junto con los controles habituales por parte de los profesionales de salud mental. Los resultados concluyen que el seguimiento y el entrenamiento semanal de autogestión reduce la tasa de recaídas y aumenta substancialmente la adherencia a la medicación.

Valencia M., Fresan A. et al: *The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia*<sup>14</sup>. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos del tratamiento farmacológico junto al tratamiento psicosocial en la remisión y resultados funcionales en pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia. Dentro del tratamiento psicosocial se encuentran lo que se denominan habilidades sociales, las cuales, además de los síntomas positivos, pueden estar afectadas y empeorar la situación del paciente con el mundo que lo rodea. Por ello, este estudio trata de analizar o probar el efecto positivo que éstas intervenciones psicosociales podrían tener, utilizando para ello un ensayo clínico aleatorizado con un seguimiento de seis meses. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 119 pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos aleatoriamente: en el primero se les dio el tratamiento antipsicótico habitual (TAU; n=51), mientras que al segundo se le añadió un entrenamiento en habilidades sociales que contaba con 4 módulos (manejo de la medicación, manejo de los síntomas, relaciones sociales y relaciones familiares) además del tratamiento antipsicótico (SST; n=68). La información se obtuvo de los propios pacientes y fue analizada mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics. Al finalizar el estudio los resultados muestran que el cumplimiento a la hora de tomar la medición al finalizar el tratamiento psicosocial en el grupo SST es del 91,2%, mientras que en el TAU es del 78,4%. Hubo recaídas en ambos grupos, siendo de 3 pacientes (4,4%) en

el grupo SST y de 7 (13,7%) en el TAU. Al inicio del estudio el 24,4% (n=29) de los pacientes alcanzó los criterios de remisión. No hubo prácticamente diferencias entre el grupo SST 26,5% (n=18) y el TAU 21,6% (n=11) en el número de pacientes que alcanzaron este punto. Sin embargo, al finalizar el estudio hubo una mejoría notable, donde los criterios de remisión llegaron al 91,2% (n=62) en el grupo SST y al 66,7% (n=34) en el TAU. Se dieron resultados similares en cuanto a los resultados funcionales de los pacientes, siendo al inicio un 34,5% (n=41). 40 de estos pacientes pertenecían al grupo SST (58,8%) y tan solo uno (1,9%) al grupo TAU. Es además importante mencionar que 39 (97,5%) de los 40 pacientes cumplieron también con la remisión de síntomas, junto con el paciente del grupo TAU.

Guo X., Zhai J., Liu Z. et al: *Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. A randomized 1-year study*<sup>15</sup>. Este estudio tiene como objetivo analizar la eficacia de las intervenciones psicosociales frente al tratamiento habitual con medicación a lo largo de 12 meses. Los pacientes fueron asignados, aleatoriamente, a recibir las drogas antipsicóticas habituales o a recibirlas al mismo tiempo que las intervenciones psicosociales, que consistían en psicoeducación, intervenciones familiares, el desarrollo de habilidades y terapia cognitivo-conductual. En total 744 pacientes cumplieron el año entero de seguimiento, de los cuales 406 serían del grupo combinado con intervenciones psicosociales y 338 pertenecerían al grupo de tratamiento antipsicótico. Analizando los resultados, se observa que hay una discontinuidad en el tratamiento de un 32,8% en el grupo combinado y de un 46,8% en el antipsicótico. Esto se debe a diferentes causas: un 14,6% de los pacientes con el tratamiento combinado sufrieron recaídas, mientras que en el grupo de medicación fue de un 22,5%, por lo que el riesgo de recaída es menor en el primer grupo. En cuanto a la no-adherencia al tratamiento, definida como tomar menos del 70% de la medicación prescrita, se ve que en el grupo combinado un 2,8% de los pacientes la sufren, frente al 5,7% del otro grupo. Finalmente, se ve una diferencia estadísticamente significativa en la discontinuidad del tratamiento por la falta de resultados, siendo en el grupo combinado de un 29,1% y en el grupo de tratamiento antipsicótico de un 42,4%. Estos datos hacen ver la diferencia entre ambos grupos, siendo siempre favorable al combinado. Al finalizar el estudio se concluye que el grupo con tratamiento combinado con intervenciones sociales mejoró en la adherencia al

tratamiento, el riesgo de recaídas y rehospitalización, calidad de vida e intervenciones sociales/ocupacionales.

Mayoral F., Berrozpe A., de la Higuera J. et al: *Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España*<sup>16</sup>, El objetivo en este estudio es evaluar la eficacia y aplicabilidad de una intervención familiar comparándola con el tratamiento habitual a lo largo de 18 meses. El estudio tuvo tres evaluaciones a lo largo del tiempo: en el momento basal, a los 12 meses y, finalmente, a los 18. Se observaron, principalmente, el número de rehospitalizaciones producidas a lo largo de este periodo, pero también se observó la sintomatología clínica, evaluada con la Escala Breve de Sintomatología Psiquiátrica Expandida (BPRS-E), y el funcionamiento social mediante la Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (DAS). Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico STATA 10.1. Tras cumplir los criterios de inclusión, la muestra era de un total de 88 pacientes, los cuales se dividieron en el grupo de control (n=44), el cual recibiría el tratamiento habitual que consistía en visitas de seguimiento más el tratamiento farmacológico del psiquiatra, y el grupo experimental (n=44), al cual se le añadiría además el programa de intervención familiar. De estos 88, 71 (34 del grupo experimental y 37 del grupo control) completaron el estudio llegando a los 18 meses. Los resultados muestran que el grupo experimental tan solo tuvo un paciente ingresado (2,94%), mientras que el grupo control tuvo 8 pacientes (18,18%). La tasa de hospitalización del grupo experimental es 13,9 veces inferior que la del grupo de control, por lo que hay una diferencia de tasas de hospitalización del 40,18% entre los dos grupos. Además, se encuentran diferencias significativas también dentro de las escalas, donde se puede observar como la puntuación global de BPRS, que es de 2,07 en la evaluación basal, desciende a los 12 meses a 1,66 tras la intervención y se mantiene a los 18 con un 1,7; mientras que en el grupo control no se ve una diferencia significativa, pasando de un 2,13 a 2,14 a los 12 meses, y finalmente, 2,05 a los 18 meses. En la escala DAS ocurre el mismo efecto, descendiendo en el grupo experimental exponencialmente de 7,22 a 5,72 tras la primera intervención a los 12 meses, y a 5 a los 18 meses. Sin embargo, no se ve esa mejoría en el grupos control, donde en la evaluación basal tiene un 7,93, a los 12 meses se convierte en 8,1 y finalmente, en un 8,27 a los 18 meses.

Chien W.T, Chan, S.W.C.: *The effectiveness of mutual group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24-month follow-up*<sup>17</sup>. El objetivo de este estudio es comparar un grupo de apoyo común frente a un grupo con psicoeducación y otro con los cuidados psiquiátricos habituales durante un seguimiento de 24 meses. Se seleccionaron 520 pacientes tras aplicar los criterios del estudio, donde sus familiares también fueron invitados a formar parte del estudio. De esos 520, se seleccionaron 135, dividiéndolos así en los tres grupos de estudio, cada uno con 45 sujetos (sujeto y familiar, ya que éstos también formaron parte del estudio). Se utilizaron diferentes escalas para evaluar y comparar el funcionamiento psicosocial del paciente y familiar, durante 4 tiempos a lo largo de los 24 meses (Tiempo 1= punto de partida; Tiempo 2= al de una semana de la intervención; Tiempo 3=12 meses tras intervención; Tiempo 4=24 meses después). Tras analizar los resultados había diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, siendo el grupo de apoyo común el mejor beneficiado frente a los otros dos, especialmente comparándolos en el 3 y 4º tiempos del estudio. Aún así, cabe destacar que el grupo de psicoeducación también obtuvo unos resultados favorables. La media de duración hospitalaria disminuyó en el grupo de apoyo comparándolo con el grupo de cuidados habituales y en el Tiempo 4 cuando se compara con el de psicoeducación. Hubo una mejoría significativa en el funcionamiento familiar, la severidad de los síntomas y en cuanto al funcionamiento del paciente (autocuidados, funcionamiento social y habilidades para vivir en comunidad entre otros) en el grupo de apoyo respecto a los otros dos grupos, aunque el de psicoeducación también mejoró.

## Discusión

Entre las diez causas principales de discapacidad que existen en el mundo, cinco de ellas (depresión mayor, esquizofrenia, trastornos bipolares, el alcohol y los trastornos obsesivo-compulsivos) pertenecen a los trastornos mentales según un informe realizado por la OMS<sup>18</sup>. Es, por ello, de vital importancia que reflexionemos y nos paremos a pensar que estas enfermedades suponen un problema directo para nuestra sociedad.

La esquizofrenia es un trastorno crónico, el cual genera graves problemas de adaptación a quienes la padecen con síntomas, a veces, difíciles de controlar. El tratamiento primario se basa principalmente en la medicación prescrita por los psiquiatras, la cual intenta buscar un control de los síntomas. Aunque la medicación sea un pilar en el tratamiento de esta enfermedad, no deberíamos centrarnos exclusivamente en ella, ya que como sujetos individuales y únicos todos tenemos derecho a formar parte de nuestra sociedad y a ser parte activa en ella. Ciertamente es, sin embargo, que una de las grandes luchas con estos pacientes está en la adherencia al tratamiento y en asegurarse de que cumplen la toma de la medicación.

### Adherencia al tratamiento

A pesar de los avances que ha habido en los antipsicóticos, la adherencia al tratamiento sigue siendo un problema tanto para los profesionales sanitarios como para los familiares. En varios de los estudios<sup>9,10,11,12</sup> citados previamente vemos los factores que podrían contribuir a una adherencia incompleta o a una no-adherencia. Los cuatro estudios analizaron las variables socio-demográficas y en los cuatro se asoció una menor adherencia en edades jóvenes pertenecientes al sexo masculino. También se vio que un nivel bajo de educación afectaba negativamente la adherencia, como sucedía con el abuso de sustancias. En dos de los estudios se refleja que un porcentaje de los pacientes dejó de tomar la medicación porque no podían permitírsela [Acosta FJ et al. 2012; Tharani AJ et al. 2013]. Asimismo, los cuatro estudios hablan de la propia percepción de enfermedad por parte del paciente como algo que ayuda a la consciencia de enfermedad y a la toma de medicación. Además dos de los estudios [Acosta FJ



et al. 2012; Sendt KV et al. 2015] mencionan las actitudes positivas como un refuerzo para una mejor adherencia.

Los estudios también reflejan una mejor adherencia al tratamiento cuando hay un ambiente familiar bueno y tienen apoyo familiar, y cuando los sujetos mantienen una buena relación terapéutica con los profesionales sanitarios. De hecho, los casos contrarios donde no había apoyo familiar o había una relación paciente-sanitario pobre se consideraban como factores de riesgo. Los síntomas positivos y negativos son factores difíciles de controlar, los estudios reflejan evidencia de que los síntomas positivos, sobre todo cuando hay delirios y alucinaciones de por medio, influyen directamente en la toma de medicamentos, aunque la pasividad de los síntomas negativos también se ha visto asociada a una deficiencia en la adherencia. Quizás este sea el punto más controvertido dentro de los estudios, aunque hay una tendencia a que los síntomas negativos tienen mejor adherencia que los positivos.

### Intervenciones y adherencia

La prevención de las recaídas está muy unida a la correcta toma de la medicación, y como ya se ha visto antes, este es un factor a veces complicado de abordar. Por esta razón en la comunidad científica se buscan métodos para mejorar esa adherencia lo máximo posible y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de vida y la reinserción en la sociedad de los pacientes.

En uno de los estudios [Zhou B et al. 2014]<sup>12</sup> se analiza la autogestión como factor influyente en la adherencia a los antipsicóticos. En otro [Valencia M et al. 2013]<sup>14</sup> el entrenamiento de habilidades sociales de cara a la remisión en los síntomas y a un resultado funcional en la vida del paciente. En el siguiente [Guo X et al. 2010]<sup>15</sup> se utilizó un programa de intervención psicosocial, que consistía en intervenciones como la psicoeducación, intervenciones familiares, el desarrollo de habilidades y la terapia cognitivo-conductual. En el artículo de [Chien WT et al. 2013]<sup>16</sup> se compararon tres grupos y se analizó la eficacia de un grupo de apoyo y de un grupo de psicoeducación. En el último estudio [Mayoral F et al. 2014]<sup>17</sup> se habla de las intervenciones familiares y su impacto en las rehospitalizaciones y en las recaídas. Todos estos estudios prueban que las distintas intervenciones funcionan en periodos de tiempo largos y una vez que los pacientes están estables, ya que en un cuadro agudo de psicosis habrá que

tratar otros síntomas primero para poder luego llevar a cabo este tipo de acciones. Aún así, los autores exigen más investigaciones en torno a estas intervenciones para futuras aproximaciones a pacientes con esquizofrenia, ya que es difícil que se mantengan estables a lo largo de toda su vida. Se trata de evitar esas recaídas y mantener la adherencia al tratamiento para mantener un estado estable y saludable.

# Conclusiones

Se ha podido comprobar que la esquizofrenia es un trastorno mental crónico que puede acarrear graves consecuencias a nivel personal, social y económico. Se trata de una enfermedad con unas características únicas en cada persona, que pueden reducir la calidad de vida y de relaciones. Nuestro deber como profesionales sanitarios es, por tanto, trabajar con éstas personas de forma individualizada y tratar de conseguir la máxima autonomía posible mediante las intervenciones adecuadas. Revisando la evidencia encontrada se ve la necesidad de incorporar intervenciones psicosociales y de autogestión, además de las medidas farmacológicas, para reducir las recaídas, rehospitalizaciones y disminuir el gasto sanitario generado a consecuencia de éstas.

La necesidad de anticiparnos y de prevenir las recaídas en estas personas es una labor muy importante, la cual habrá que abordar viendo las necesidades de cada caso y reconociendo los factores de riesgo que afectan la adherencia. Se ha visto una decadencia en cuanto a la duración del seguimiento en los estudios, ya que la mayoría abordan periodos de tiempo insuficientes para realizar un análisis adecuado a lo largo del tiempo.

Las diferentes intervenciones que se pueden realizar para mejorar la adherencia al tratamiento benefician a éstos pacientes disminuyendo tanto las rehospitalizaciones como las recaídas cuando siguen las pautas que se les plantean. Esta labor, muchas veces compartida con la familia, bien podría tratarse de una labor enfermera, donde los profesionales puedan hacer un seguimiento exhaustivo de los pacientes de forma ambulatoria, incluso.

Se concluye, por tanto, que es fundamental fomentar la investigación referente a estos aspectos y valorar la implicación de enfermería como colectivo capaz. La formación de los sanitarios sería un punto a mejorar, preparando así a personas especializadas en este campo, con la capacidad de actuar e implantar las intervenciones adecuadas para cada paciente. La continuidad de los cuidados podría ser un objetivo a plantear en futuros estudios, junto con un plan adecuado a la persona y su entorno, buscando una integración social y laboral y brindando la máxima autonomía posible.

## Anexos

Tabla 1: Artículos utilizados. Ecuaciones de búsqueda.

Base de datos	Palabras clave	Nº de resultados	Artículos empleados	Filtros utilizados
Medline	Schizophrenia AND "medication adherence"	602	Medication adherence in schizophrenia	
			Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a singleblind randomized controlled trial in Shanghai, China	
Medline	Schizophrenia AND "medication compliance"	147	Compliance to antipsychotic medication: a challenge for client, family and health care providers	10 years Humans
Medline	Medication adherence in schizophrenia	675	Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review	
Science Direct	Schizophrenia AND adherence AND review	255	A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders	Journal 2015
Medline	Schizophrenia AND "family psychoeducation"	30	The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on	10 years Humans

			remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia	
Medline	Schizophrenia AND "psychosocial intervention"	51	Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. A randomized 1-year study	10 years Humans
Medline	Schizophrenia AND "family intervention"	56	The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24-month follow-up	10 years Humans
Science Direct	Esquizofrenia y enfermería	120	Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España	

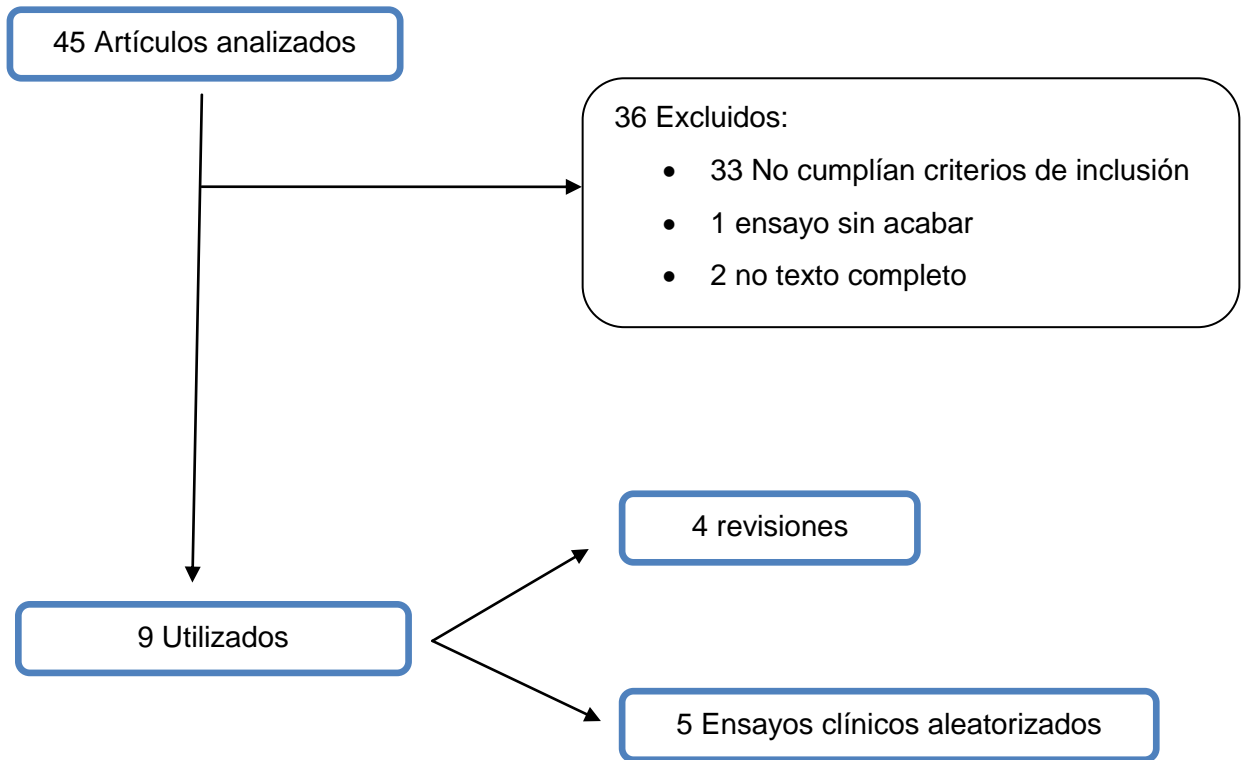
Tabla 2: Artículos utilizados. Resumen y características.

Título del artículo	Autor	Año	Base de datos	Revista	Tipo de artículo	Resumen
Medication adherence in schizophrenia	Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ	2012	Medline	World Journal of Psychiatry	Revisión	Revisión acerca de la no-adherencia y sus factores de riesgo
Compliance to antipsychotic medication: a	Tharani AJ, Farooq S, Saleem F,	2013	Medline	Journal of Pakistan Medical	Revisión	Artículo sobre los factores de riesgo en cuanto a la

challenge for client, family and health care providers	Naveed A			Association		adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos
Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review	Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M	2013	Medline	Therapeutic advances in psychopharmacology	Revisión	Una revisión sistemática sobre los factores que influyen en la adherencia y las consecuencias de no-adherencia en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad, en pacientes con esquizofrenia
A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders	Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S	2015	Science Direct	Psychiatry research	Revisión	Una revisión en la que se pretende identificar los factores que podrían afectar la adherencia de los antipsicóticos en personas diagnosticadas de esquizofrenia
Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a singleblind randomized controlled trial in Shanghai, China	Zhou B, Gu Y	2014	Medline	Shanghai Archives of Psychiatry	Estudio aleatorizado	Estudio en el que se compararon dos grupos en busca de si la autogestión, y el conocimiento por parte del paciente eran métodos efectivos para la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas
The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia	Valencia M, Fresan A, Juárez F, Escamilla R, Saracco R	2013	Medline	Journal of Psychiatric Research	Ensayo clínico aleatorizado	Este estudio aborda los beneficios de la terapia psicossocial en relación con la adherencia al tratamiento y la remisión.
Effect of	Guo X, Zhai J,	2010	Medline	Archives of	Ensayo	Observar la

antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. A randomized 1-year study	Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, et al			general psychiatry	clínico aleatorizado	eficacia de las intervenciones psicosociales en relación con la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas y rehospitalizaciones
The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24-month follow-up	Chien WT, Chan SW	2013	Medline	International journal of nursing studies	Ensayo clínico aleatorizado	Cuyo objetivo era comparar tres grupos: un grupo de apoyo común, un grupo con psicoeducación y otro con los cuidados psiquiátricos habituales durante un seguimiento de 24 meses
Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España	Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martínez-Jambrina JJ, de Dios Luna J, Torres-Gonzalez F	2014	Science Direct	Revista de psiquiatría y salud mental	Estudio aleatorizado	Comparar y evaluar la efectividad de la intervención familiar con un seguimiento de 12 meses

Anexo Figura 1: esquema de los estudios utilizados.





## Bibliografía

1. Ortiz A, Alonso I, Ubis A, Ruiz M<sup>ª</sup>A. Guías de cuidados de enfermería en salud mental. Vol 4. Barcelona: Elsevier; 2011.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
3. WHO. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. Madrid : Editorial Médica Panamericana; 2000. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf?ua=1)
4. Segarra R, Arranz B, Arrillaga A, Betancor D, Napal O, Guitiérrez M, et al. Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. The Lancet [Internet]. 2014; 383: 1677–87. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S014067361362036X/1-s2.0-S014067361362036X-main.pdf?\\_tid=a52d6fca-77bd-11e4-9780-00000aab0f01&acdnat=1417261893\\_d32795b47e0c1690ca57082072785ee2](http://ac.els-cdn.com/S014067361362036X/1-s2.0-S014067361362036X-main.pdf?_tid=a52d6fca-77bd-11e4-9780-00000aab0f01&acdnat=1417261893_d32795b47e0c1690ca57082072785ee2)
6. Mora I. Manual CTO de enfermería. Tomo III. 5<sup>a</sup> ed. Madrid: CTO editorial; 2011.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N<sup>o</sup> 2006/05-2.
8. Elizagarate E, Ezcurra J, Larumbe J, Mendiola N, Napal O, Ojeda N, Peña J, Sánchez P, Yoller AB. Estrategias terapéuticas en la esquizofrenia refractaria o esquizofrenia resistente a tratamiento. Investigación comisionada. Vitroia-

Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2012. Informe nº Osteba D-12-04.

9. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatr* 2012 October 22;2(5): 74-82. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782179/>

10. Tharani AJ, Farooq S, Saleem F, Naveed A. Compliance to antipsychotic medication: a challenge for client, family and health care providers. *J Pak Med Assoc.* 2013 Apr;63(4):516-8. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: [http://www.jpma.org.pk/full\\_article\\_text.php?article\\_id=4125](http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=4125)

11. Higashi K1, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2013 Aug;3(4):200-18. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Medication+adherence+in+schizophrenia%3A+factors+influencing+adherence+and+consequences+of+nonadherence%2C+a+systematic+literature+review>

12. Zhou B, Gu Y. Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a single-blind randomized controlled trial in Shanghai, China. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2014 Dec;26(6):332-8. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25642107>

13. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015 Jan 30;225(1-2):14-30. [citado el 15 My 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25466227>

14. Valencia M, Fresan A, Juárez F, Escamilla R, Saracco R. The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2013

Dec;47(12):1886-92. [citado el 15 My 2015]. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24112947>

15. Guo X1, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. A randomized 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Sep;67(9):895-904. [citado el 15 My 2015]. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20819983>

16. Chien WT1, Chan SW. The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24-month follow-up. *Int J Nurs Stud*. 2013 Oct;50(10):1326-40. [citado el 15 My 2015]. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433723>

17. Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martinez-Jambrina JJ, de Dios Luna J, Torres-Gonzalez F. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014. [citado el 15 My 2015]. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.11.001>

18. World Health Organization. Mental health and work: Impact, issues and good practices. 2000. [citado el 15 My 2015]. Disponible en:  
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42346>