



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

EVALUATION OF ADHERENCE IN SCHIZOPHRENIA

Sergio Ocio León, Covadonga Huergo Lora, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez, Aida González Suarez, Jaime López Fernández, Laura Lago García.

sergio.ocio@gmail.com

Evaluación de la adherencia, cumplimiento terapéutico, esquizofrenia.

Adherence evaluation, therapeutic compliance, schizophrenia

RESUMEN

Normalmente el clínico suele realizar en su práctica diaria la valoración de la adherencia de manera interpretativa en la entrevista, con preguntas directas y marcadas por sus experiencias subjetivas previas. Esta rápida forma de detección se ha demostrado que infravalora el problema y por lo tanto no se detectan aquellos pacientes sobre los que intervenir específicamente con esta conducta. Sabemos que, poder evaluar la adherencia terapéutica en el paciente con esquizofrenia es necesario para planificar los tratamientos y para lograr la consecución de los cambios esperados. Es por tanto necesario reflejar en los consensos sobre la adherencia cómo se puede evaluar la disposición del paciente al cumplimiento, cómo realizar el seguimiento del mismo y cómo aplicarlo en nuestro trabajo diario. Pero esto, es uno de los elementos que más discrepancia origina, sin poder obtenerse instrumentos de evaluación con alta validez y fiabilidad, a la vez que de fácil aplicación. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en la base de datos PubMed informando del empleo de una variedad de estrategias que se analizan. La revisión de los distintos estudios sobre el tema nos refleja la falta de un patrón común válido para medir la adherencia, siendo en principio recomendable combinar varios de ellos para obtener una visión lo más aproximada a la realidad, dadas las limitaciones que presentan cada una de ellas.

ABSTRACT

Usually, clinicians assess adherence in an interpretative fashion during interviews on their daily practice with directed questions, which are affected by the clinicians' previous subjective experiences. Studies have proved that this fast form of detection undervalues issues and patients that need specific intervention are not detected through this process. We know that being able to evaluate the therapeutic adherence of the schizophrenic patient is needed to plan treatments and achieve the expected changes. Due to this, it is necessary to have adherence consensus

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

reflect how patients' compliance can be evaluated, how to monitor it, and how apply it to our daily routines. But this is a complex topic that leads to the lack of highly reliable and easy-to-apply evaluation tools. We have made an extensive search in PubMed's database and noted the variety of strategies that are being analyzed. Reviewing the different studies on the topic shows the lack of a common valid pattern that can be used to measure adherence so, in principle, using a combination of methods is recommended to obtain a vision that is closer to reality, due to the limitations each of them present.

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica en la esquizofrenia tiene unas características epistemológicas complejas, lo que implica una aproximación multifactorial, marcada por el tiempo -curso de la enfermedad- y la participación activa de todos los miembros del equipo de atención en salud mental. Las directrices deberían ser planificadas e implementadas en el ámbito institucional, mediante guías clínicas, programas y protocolos; con una metodología en la que pudieran implicarse los profesionales, y siempre en relación a la población atendida y los recursos de que se dispone.

Según la OMS, la esquizofrenia afecta al 1% de la población y se encuentra entre las diez enfermedades más discapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. Se considera que la evolución natural de la esquizofrenia es la cronicidad con exacerbaciones psicóticas periódicas, denominadas recaídas. Las personas que padecen esquizofrenia y no son tratadas adecuadamente difícilmente podrán desarrollar una vida normalizada e integrada en la comunidad, ya que la enfermedad ocasiona un deterioro progresivo.

Estos pacientes suelen presentar diversos factores que dificultan la adherencia terapéutica:

- La baja o nula conciencia de enfermedad

- El consumo de tóxicos.

- La desorganización. Síntomas negativos como la apatía. Síntomas depresivos.

- Disfunciones cognitivas.

- Deficiencias de soporte familiar y/o social.

Los factores mencionados actúan directamente sobre la adherencia de forma significativa, al alterar las condiciones que posibilitan la motivación necesaria para seguir un tratamiento complejo y arduo como el de la esquizofrenia.

El control inadecuado de la enfermedad se basa en la falta de cumplimentación del tratamiento, problema de primer orden y de enorme gravedad en el abordaje de la esquizofrenia. La falta de adherencia a la medicación es la principal causa de recaída en pacientes con esquizofrenia, no sólo el incumplimiento total del tratamiento (abandono total de la medicación o dejar de tomar más del 80% de la medicación prescrita) sino la adherencia parcial (aproximadamente el 50%

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

de la medicación o cuando se desconoce el nivel de cumplimiento) constituye una importante barrera para el tratamiento eficaz de la mayor parte de los pacientes.

Los profesionales de salud que atienden a estos pacientes es necesario que tengan en cuenta la programación de tiempos específicos para actividades relacionadas con la adquisición y mantenimiento de la adherencia: relación terapéutica, comunicación e información adecuada, hábitos y estilo de vida, creencias, apoyo social, etc. Es un plan colectivo para conseguir un objetivo imprescindible en el tratamiento: la adherencia.

El fenómeno de la adherencia al tratamiento en salud mental conlleva algunos retos de los que habrá que ir dando cuenta, a saber: definición del concepto de adherencia, técnicas e instrumentos de medida y evaluación, diseño de estrategias de intervención para construirla, incrementarla y mantenerla; todos los cuales se encuentran interrelacionados de manera indisoluble.

DEFINICIÓN OPERATIVA

La definición conceptual de adherencia y la forma terminológica de expresarlo no ha generado acuerdo entre los distintos autores que han intentado su abordaje. No contamos por tanto con una definición unificada y aceptada por los clínicos que nos simplifique su manejo, desarrollo y estructuración metodológica. Términos como: acatamiento, adherencia, adhesión, alianza, colaboración, concordancia, cooperación, cumplimiento, obediencia, observancia, seguimiento etc., entre otros, con sus matices para referirse a los mismos aspectos, aparecen en la literatura médica y psicológica, generando confusión e imposibilitando su comparación, equiparación y generalización.

En cuanto que conjunto de conductas, la adherencia depende del comportamiento del paciente, siempre en relación a un contexto sociosanitario de intervención, lo que incluye las conductas del personal sanitario que le atiende, los recursos asistenciales, y el medio sociofamiliar en el que se desenvuelve.

Teniendo en cuenta los múltiples factores que influyen en la adherencia, las definiciones y modelos explicativos al uso en la literatura científica, con la perspectiva clínica integradora desde la que se plantea el presente trabajo, se propone la siguiente definición operativa:

En el contexto de la salud mental, la adherencia al tratamiento es un conjunto de conductas que pone en práctica el paciente para conseguir llevar a cabo el tratamiento acordado con su terapeuta; lo que incluye tanto la toma de medicación y el tratamiento psicológico, como el resto de elementos que constituyen un tratamiento en salud mental (citas, tareas, modificación de hábitos, etc.).

Es por tanto un constructo multidimensional que incluye la realización de una serie de conductas complejas por parte del paciente (toma de medicación, citas, mantener el tratamiento

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

psicológico –psicoterapéutico, rehabilitador-, hábitos saludables, abstinencia a drogas, etc.), junto con las variables asistenciales y el tipo de apoyo sociofamiliar.

Como toda conducta, está sujeta a las leyes del aprendizaje humano, tanto para su adquisición como para su mantenimiento. En la medida en que las conductas de adherencia son aprendidas, pueden desarrollarse procedimientos terapéuticos para que el paciente las incorpore a su acervo conductual cotidiano, como una parte más de sus autocuidados.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MEDIDA Y EVALUACIÓN

En la práctica clínica cotidiana el terapeuta realiza la valoración de la adherencia de manera interpretativa en la entrevista, con preguntas directas y marcadas por sus experiencias subjetivas previas. Esta rápida forma de detección se ha demostrado que infravalora el problema y por lo tanto no se detectan aquellos pacientes sobre los que intervenir específicamente con esta conducta. Sabemos que, poder evaluar la adherencia terapéutica en el paciente con esquizofrenia es necesario para planificar los tratamientos a seguir y para lograr la consecución de los cambios esperados.

Hay que tener en cuenta, por tanto, la necesidad, en los consensos respecto a la actuación sobre la adherencia, de evaluar la disposición del paciente al cumplimiento, cómo realizar el seguimiento del mismo y cómo aplicarlo en nuestro trabajo diario. Pero esto es uno de los elementos que más discrepancia origina, sin que se hayan desarrollado por el momento instrumentos de evaluación con alta validez y fiabilidad, a la vez que de fácil aplicación.

De la revisión de la bibliografía científica al uso se obtiene la información del empleo de una variedad de estrategias de evaluación que pasamos a describir a continuación:

1. Autoinformes y autorregistros de los pacientes e informes de familiares, instituciones o personas próximas. Seguimiento de las citas programadas. Suele ser el método más frecuentemente utilizado, aunque en muchos estudios se constata que la información suministrada por el paciente es sobrestimada y tiene escasa fiabilidad.
2. Valoración de la eficacia esperada y posibles efectos intrínsecos al tratamiento.
3. Determinar concentraciones plasmáticas de fármacos: se considera el método más objetivo pero presenta muchas e importantes limitaciones. El clínico no dispone en la mayoría de las prescripciones de un correlato sanguíneo, daría una visión puntual del cumplimiento y no abarcaría otros múltiples aspectos del tratamiento.
4. Determinaciones urinarias del fármaco y sus metabolitos. Sistemas poco estudiados y sin aplicación en la práctica clínica.
5. Existen envases con un control electrónico de apertura (tipo MEMS, sistemas de monitoreo del episodio de medicación) que contienen un microprocesador que registra la hora y día en que se abre el envase. Muy costosos y de dudosa utilidad practica.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

6. Registros de prescripción. Se basa en el supuesto de que para tomar la medicación de manera crónica es necesario recetarla previamente en los equipos de primaria y que se toma de forma adecuada. En la actualidad la informatización de estos procesos en la mayoría de los equipos de atención primaria lo facilitaría. Requiere un nivel óptimo de comunicación entre niveles.
7. Recuento de dispensación. Las bases de datos de las farmacias pueden usarse para comprobar la recogida del fármaco prescrito inicialmente, y cuándo se redespacha en el tiempo y se interrumpe prematuramente. Un inconveniente de este enfoque es que la obtención del medicamento no asegura su uso.
8. Registro en la administración de inyectables.
9. Cuestionarios. Suelen evaluar comportamientos relacionados con recomendaciones específicas. Se basan en preguntas previamente definidas, con el objetivo de evaluar las actitudes de los pacientes ante la toma de medicación y que según las respuestas, permiten valorar el grado de adherencia. Muchos son los empleados en distintas investigaciones pero pocos los validados. Weiden et al., 1994, elaboraron una escala de evaluación del cumplimiento de 20 ítems (ROMI Ratings Of Medication Influences). Otros cuestionarios utilizados en diversos estudios son: Drug Attitude Inventory DAI por Hogan et al., 1983, de 10 ítems (Fraguas, 2008, relaciona una puntuación basal alta con una menor suspensión del tratamiento por cualquier causa), Neuroleptic Dysphoria ND de 4 ítems (Van Putten y May, 1978).
10. Determinar características de la personalidad, sociodemográficas o rasgos clínicos de la enfermedad que apunten a la no adherencia. No se han determinado factores que predigan de manera fiable la adherencia terapéutica. En algunos estudios se observa un porcentaje mayor de no adherencia en los varones jóvenes, pacientes con delirio de grandeza, pasivo-agresivo, pacientes con déficit cognitivo, curso de la enfermedad episódica, etc.

La revisión de los distintos estudios realizados sobre el tema nos refleja la falta de un patrón común válido para medir la adherencia, siendo en principio recomendable combinar varios de ellos para obtener una visión lo más aproximada a la realidad, dadas las limitaciones que presentan cada una de ellas por separado.

La OMS (2004), hace referencia a un enfoque multimétodo que combine medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles como forma de medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica.

Todas estas técnicas y estrategias de evaluación de la adherencia han de observarse dentro del marco de la Entrevista semiestructurada motivacional (ESM), como metodología básica de evaluación e intervención para la adquisición de la adherencia al tratamiento. La ESM está clara y suficientemente investigada y validada empíricamente como para tenerla en cuenta como

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

procedimiento evaluador-terapéutico; es, a la vez, marco teórico y sostén del resto de intervenciones clínicas.

Aporta una metodología eficaz con la que obtener información sistematizada, facilita la expresión de las emociones y la verbalización de conflictos a través de una escucha activa; y, por tanto, la posibilidad de evaluar estos elementos. No se pretende solamente recoger información, sino establecer una relación terapéutica de ayuda, intentando además que el paciente llegue a ser competente en la resolución de sus problemas de salud, utilizando sus propias capacidades y recursos.

La ESM junto con la Psicoeducación son instrumentos clínicos que facilitan la comunicación con paciente y familia, la consecución de una mayor confianza mutua, que promueven que el paciente se implique en la toma de decisiones acerca del tratamiento, lo que posibilita la reducción de recaídas y mejora el pronóstico respecto a la evolución de la enfermedad, así como la mejora en su calidad de vida.

Desde la perspectiva de la evaluación, entendemos la psicoeducación como un procedimiento terapéutico con el que se pretende aumentar el conocimiento y la comprensión, del paciente y familia/cuidadores, sobre la enfermedad y su tratamiento. Tener una buena información permite a las personas con esquizofrenia afrontar su enfermedad más eficazmente. Estas intervenciones psicoeducativas incluyen un proceso de elaboración de la información, adaptándola tanto al nivel cultural como a los eventos de la vida cotidiana de éste: la información es sistematizada y elaborada con los pacientes y sus familias a partir de sus propias experiencias más la información científico-técnica que se aporta.

La interacción que se genera mediante el uso de estos instrumentos clínicos facilita la obtención de información relevante sobre muchos aspectos del estado y evolución del paciente, entre ellos los relativos a la propia adherencia al tratamiento que se le está administrando.

Utilizando la confianza mutua se pretende crear las condiciones que posibiliten que el paciente, y su familia, estén lo suficientemente motivados para llevar a cabo las tareas que conlleva el tratamiento de la esquizofrenia y facilitar los procesos de generalización en la vida cotidiana (Hayes et al., 1999; Wilson, Luciano, 2002).

En definitiva, la propuesta que hacemos, es entender la adherencia como un proceso en el que se va construyendo mediante la relación paciente-terapeuta (incluyendo la familia y el resto de personal sanitario que pueda intervenir tanto en la evaluación como el tratamiento)

Mencionamos a continuación algunos de los elementos estratégicos a tener en cuenta en la consulta como facilitadores de la adherencia al tratamiento:

- Actitud terapéutica de respeto y empatía.
- Adaptar el lenguaje al paciente, facilitando la información necesaria respecto al diagnóstico y tratamiento.
- Tener en cuenta las expectativas del paciente.
- Resolver, incluso adelantarse a las dudas que se puedan plantear.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

- Establecer acuerdos respecto a objetivos y procedimientos a seguir.
- Asociar la toma de medicación a los hábitos del paciente, cuando sea posible.
- Reiterar la información principal, sobre todo al final de la consulta, y, si es necesario, por escrito.
- Acordar con paciente y familia la supervisión, por parte de éstos, de las prescripciones.
- Seguimiento intensivo del tratamiento: en las consultas y/o telefónico, SMS, internet.

Dada la importancia que en la construcción de la adherencia tiene la representación mental de la enfermedad, en cuanto a las creencias, actitudes, atribuciones y expectativas, es necesario tenerlas en cuenta en la evaluación y tratar los elementos distorsionados y/o disfuncionales. Sabiendo además que las creencias no se mantienen constantes a lo largo del proceso de tratamiento, ya que pueden variar en relación a las propias experiencias.

El mejor predictor de cualquier conducta es la intención de llevarla a cabo. Si el paciente no está convencido de su capacidad para realizar un tratamiento tan complejo como el de la esquizofrenia es poco probable que lo inicie o mantenga en el tiempo.

Podríamos concluir diciendo que las estrategias preferidas, por su rigor científico, para evaluar la adherencia son: el registro de la administración de inyectables y la determinación de concentraciones plasmáticas. Todo ello dentro del marco terapéutico descrito, en el que realizar la evaluación de la adherencia como elemento imprescindible tanto en el comienzo como en el desarrollo del tratamiento a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beebe LH, Smith K, Phillips C. Effect of a Telephone Intervention Upon Self-Reported Medication Adherence and Self-Efficacy in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders (SSDs). *Issues Ment Health Nurs*. 2016 Aug 17:1-7
2. Benson CJ, Joshi K, Lapane KL, Fastenau J. Evaluation of a comprehensive information and assistance program for patients with schizophrenia treated with long-acting injectable antipsychotics. *Curr Med Res Opin*. 2015;31(7):1437-48
3. Fraguas D, Llorente C et al. Attitude toward antipsychotic medication as a predictor of antipsychotic treatment discontinuation in first-episode early-onset psychosis. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 2008; 1 (1): 10-17.
4. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. NY. Guilford Press. 1999
5. Hogan TD, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drugs compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol. Med*. 1983; 13: 177-183.
6. Kamali M, Kelly BD, Clarke M, Browne S, Gervin M, Kinsella A, Lane A, Larkin C, O'Callaghan E. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):29-33.

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN LA ESQUIZOFRENIA

7. Lewis L, O'Keeffe C, Smyth I, Mallalieu J, Baldock L, Oliver S. Maintaining Adherence Programme: evaluation of an innovative service model. *BJPsych Bull.* 2016 Feb;40(1):5-11
8. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd edition New York: Guilford Press; 2002.
9. Moncrieff J, Azam K, Johnson S, Marston L, Morant N, Darton K, Wood N. Results of a pilot cluster randomised trial of the use of a Medication Review Tool for people taking antipsychotic medication. *BMC Psychiatry.* 2016 Jul 4;16:205.
10. Nakonezny PA, Byerly MJ, Rush AJ. Electronic monitoring of antipsychotic medication adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of its reliability and predictive validity. *Psychiatry Res.* 2008 Jan 15;157(1-3):259-63.
11. Ocio León S, Gómez M, Hernández MJ. Adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia. Recomendaciones clínicas. Euromedicine. Ediciones Médicas S.L. Badalona, 2009.
12. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra, Suiza. 2004
13. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med.* 2016;51(2):211-9
14. Roca, M.; Cañas, F.; Olivares, J. M.; Rodríguez, A.; Giner, J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. *Actas Espanolas de Psiquiatria* . ene2007 supplement, Vol. 35, p1-6
15. Sauvanaud F, Kebir O, Vlasie M, Doste V, Amado I, Krebs MO. [Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia]. *Encephale.* 2016 Sep 19. pii: S0013-7006(16)30186-5.
16. Van Putten T, May PR, Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry.* 1978; 35: 477-480
17. Wilson KG, Luciano MC. Terapia de aceptación y compromiso (ACT) Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid. Ed. Pirámide. 2002.
18. Xu DR, Gong W, Caine ED, Xiao S, Hughes JP, Ng M, Simoni J, He H, Smith KL, Brown HS 3rd, Gloyd S. Lay Health supporters aided by a mobile phone messaging system to improve care of villagers with schizophrenia in Liuyang, China: protocol for a randomised control trial. *BMJ Open.* 2016 Jan 20;6(1)