

**Adherencia al tratamiento en pacientes con  
diagnóstico de esquizofrenia: Revisión  
sistemática sobre factores de riesgo y  
estrategias de intervención**

Irene Boxó Corominas

Universidad Europea de Valencia

(GRUPO NOV-M11 – CURSO 2021-2021)

Marina Baquero Tomás

16 de mayo de 2023

## Resumen

Según el DSM-5 la esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por la presencia de sintomatología psicótica positiva (alucinaciones, delirios) y negativa (relacionada con el aplanamiento).

Esta revisión sistemática, presenta una descripción del proceso de búsqueda acerca del abordaje clínico de esta adherencia a nivel psicológico y farmacológico, así como de los factores protectores y de riesgo que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

El objetivo de este trabajo es revisar diferentes estudios y artículos que investiguen sobre el tema planteado, des del año 2013.

Los resultados, plantean ciertas limitaciones en la metodología usada en estas investigaciones. También plantean posibles líneas de investigación que, en un futuro, pueden ser muy útiles para intervenir des de un enfoque preventivo, con el objetivo de poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### **Palabras clave:**

Esquizofrenia, adherencia farmacológica, adherencia psicológica, factores protectores, factores de riesgo, “insight”, estigma.

## **Abstract**

According to the DSM-5, schizophrenia is a mental disorder characterized by the presence of positive (hallucinations, delusions) and negative (related to flattenings) psychotic symptoms.

This systematic review, presents a description of the search process regarding the clinical approach to this adherence at psychological and pharmacological level, as well as the protective and risk factors that influence adherence to treatment in patients diagnosed with schizophrenia.

The objective of this work, is to review different studies and articles that investigate the subject raised, from the year 2013. The results, show certain limitations in the methodology used in these investigations. They also suggest possible lines of research that, in the future, could be very useful to intervene from a preventive approach, with the aim of improving the quality of life of patients.

### **Key words:**

Schizophrenia, pharmacological adherence, psychological adherence, protective factors, risk factors, insight, stigma.

## ÍNDICE

### RESUMEN

### ABSTRACT

1. Introducción	pág. 1
1.1 Justificación	
2. Marco teórico	pág. 1
2.1 Farmacoterapia y recomendaciones	
2.2 Adherencia	
2.3 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento	
2.4 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento	
2.5 La importancia de la conciencia del trastorno en la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia	
2.6 La importancia de la familia y el entorno en el éxito del tratamiento	
2.7 Estigma y autoestigma en esquizofrenia	
3. Pregunta de investigación final	pág. 11
4. Método	pág. 11
4.1 Criterios de elegibilidad y de exclusión	
4.2 Fuentes de información y búsqueda	
5. Resultados	pág. 15
5.1 Tabla de resultados	
5.2 Análisis de resultados	
6. Discusión	pág. 28
7. Conclusiones	pág. 31
8. Bibliografía	pág. 33

## 1. Introducción:

### 1.1 Justificación

El objetivo de la presente revisión sistemática se basa en analizar cuáles son los factores predisponentes o protectores que determinan la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, así como también que estrategias influyen en la mejora de esta. A parte, también se pretende analizar, cuáles son las estrategias para mejorar esta adherencia.

Lieslehto, (2022) realizó un estudio en el que se estimó que tan solo entre el 40 y el 60% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia seguían el tratamiento prescrito con antipsicóticos. Es importante remarcar que los datos de estas estimaciones varían considerablemente en función de la muestra utilizada. Otros estudios han estimado, sin embargo, que la no adherencia es solo del 25%. ¿Por qué estos datos son tan subjetivos? Por qué están sujetos, en muchos casos, a criterios subjetivos, como por ejemplo los informes de los pacientes o de los cuidadores.

El objetivo de esta revisión es centrarse en estudios que contemplen, especialmente, datos recopilados con métodos más objetivos, como muestras de sangre o, como especifica el autor en su artículo, registros de recargas de farmacia.

En cualquier caso, es una realidad que la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales con más baja adherencia al tratamiento farmacológico y, por consiguiente, al tratamiento psicológico. Los causantes de esta baja adherencia, a menudo, son factores como los efectos secundarios de los fármacos.

Uno de los efectos secundarios más reportados es los cardio-metabólicos, presentes en fármacos como la clozapina o la olanzapina.

Es necesario remarcar que, los nuevos fármacos antipsicóticos han reportado pocos efectos secundarios (en comparación con los anteriores). La disminución de estos efectos secundarios correlaciona con menores recaídas y menor mortalidad (Lieslehto, 2022).

## 2. Marco teórico

El DSM-5™ (DSM-5, APA 2013), clasifica la esquizofrenia dentro del espectro de los trastornos psicóticos. Su diagnóstico, va determinado por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas, especificados también en el manual de diagnóstico:

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado

4. Comportamiento desorganizado, en algunos casos puede llegar a ser compatible con la catatonia
5. Sintomatología negativa (la que es compatible con el aplanamiento)

A parte de estas características, también es importante explorar si el ámbito del trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal están alterados.

La sintomatología continua en este trastorno puede mantenerse durante mínimo seis meses, en los cuales, durante al menos un mes, se habrán mantenido los síntomas asociados a una fase activa. Durante el resto del período, observaremos sintomatología prodrómica o residual.

Por último, es especialmente importante realizar un diagnóstico diferencial, ya que esta sintomatología, en algunas ocasiones, puede confundirse con la de otros trastornos, especialmente aquellos que se encuentran dentro del espectro psicótico. Por lo tanto, el psicólogo deberá descartar un trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. También es importante descartar que la sintomatología no pueda atribuirse a un consumo de sustancias, como drogas o medicamentos.

Después de un año de evolución del trastorno, es importante observar los siguientes indicadores para poder predecir, en cierto grado, como va a ser la evolución del trastorno (DSM-5, APA 2013):

Observar si solo se ha producido un episodio agudo (en el que se ha presentado una sintomatología compatible con los criterios estipulados con anterioridad, especialmente sintomatología positiva)

- El episodio está en remisión parcial
- Remisión total del episodio
- Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo

Especificaciones para tener en cuenta:

- Estado de catatonia
- Gravedad actual, cuantificada en base a la evolución de la sintomatología primaria de la psicosis, como por ejemplo delirios, alucinaciones, habla desorganizada y y sintomatología negativa

Primera línea de tratamiento para pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia (American Psychological Association):

La primera cuestión que presenta la APA (DSM-5, APA 2013) es el dejar que el paciente exprese sus metas y sus preferencias a la hora de instaurar un tratamiento a nivel farmacológico y psicológico. Recomienda también realizar un estudio sobre los antecedentes del paciente, sus hábitos, si hay consumo o si hay algún episodio en su historia vital que haya podido ejercer de estresor a la hora de presentar una sintomatología psicótica. Se

intenta que el tratamiento sea lo más personalizado posible, teniendo en cuenta las circunstancias personales del paciente y su entorno.

El mismo manual también recomienda que a la hora de instaurar una primera línea de tratamiento, el profesional se centre en especial en la eliminación de la sintomatología activa psicótica, poniendo énfasis en cuáles son los síntomas que más malestar provocan a la persona.

El examen debe incluir una evaluación a nivel físico, cognitivo, comportamental y debe contemplar el riesgo de suicidio o de conductas autolesivas.

Se recomienda utilizar escalas psicométricas para poder valorar con más exactitud la gravedad de los síntomas presentados, aunque también es muy importante la entrevista con el propio paciente así con las personas que forman parte de su entorno más cercano.

Por último, la APA recomienda que, frente a estos casos, el enfoque empleado sea centrado en la persona y tratamientos farmacológicos y psicológicos basados en la evidencia.

## 2.1 Recomendaciones en el tratamiento farmacológico:

La primera línea de tratamiento debe ser llevada a cabo con fármacos antipsicóticos (DSM-5, APA 2013). Los que más efectividad han demostrado en correlación con los efectos secundarios presentados, han sido la Olanzapina <sup>™</sup> y el Risperida <sup>™</sup>, comercializado como Risperidona (García, 2016).

Actualmente, la Olanzapina ha demostrado presentar menos efectos secundarios en los pacientes que la incluyen en su cuadro de tratamiento. Por este motivo, si no está contraindicado, es favorable recetar como antipsicótico principal la Olanzapina.

Tal y como se explica en un estudio realizado por Peñarada (2014), la Olanzapina también presenta una tasa menor de abandono frente a otros psicofármacos como el haloperidol. Esto se explica por la menor presencia de efectos secundarios en los pacientes que siguen el tratamiento con este fármaco.

## 2.2 Adherencia:

La adherencia según un estudio realizado por Nyayiwa (2022) se define como el comportamiento que adopta una persona en relación con el tratamiento prescrito por un profesional del mundo sanitario (este tratamiento puede ser farmacológico, psicológico, hábitos del día a día etc.)

Este anterior estudio estima que aproximadamente un 50% de los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia dejan de tomar de manera habitual el 30% de los fármacos

que les han sido prescritos. Otros estudios, como por ejemplo el que se llevó a cabo por Haddad (2014), hablan de una no adherencia al tratamiento farmacológico que ronda el 27,8%. En la misma línea, el estudio realizado por Ljungdahl, P. M. (2017), habla de una no adherencia al tratamiento del 38,5% en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Estos estudios se centran en la adherencia farmacológica. Sin embargo, para que exista una adherencia al tratamiento psicológico, es un requisito casi indispensable que el paciente tomé correctamente su medicación, ya que esta elimina una gran parte de la sintomatología, previene recaídas y tiene un gran efecto estabilizador en la persona que la toma (Kane, 2019).

Es importante, frente a esta estimación, remarcar que el propio estudio determina que la falta de adherencia cuando hablamos de patologías crónicas siempre es bastante elevada y que, en muchos casos, es la causante de la mayoría de los ingresos hospitalarios en EEUU.

Uno de los principales muros con los que se encuentran los sanitarios a la hora de evaluar si un paciente diagnosticado de esquizofrenia sigue una buena adherencia al tratamiento, es la dificultad de probar esa adherencia. Sin embargo, hay ciertas herramientas que son útiles para determinar el grado de adherencia a un tratamiento (Liesheto, 2022). Entre las más usadas encontramos la determinación plasmática del fármaco a través de analíticas, el recuento de la medicación, la entrevista con el paciente o la familia y los cuestionarios. El único cuestionario que está que está validado en España es el Morisky-Green (2008) (Nyanyiwa, 2022).

Sin embargo, aunque los métodos indirectos siempre pueden aportarnos mucha información sobre la adherencia de un tratamiento, siempre se recomienda completarlos con analíticas para obtener unos resultados más fiables.

Otra definición que explicaría de manera amplia el término adherencia, sería la ofrecida por Chien (2015) en su estudio y que plantea este término de la siguiente manera: La adherencia es el término que define cuando un paciente acepta el consejo de los profesionales sanitarios de tomar una determinada medicación según la prescripción médica.

### 2.3 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento:

Los factores que han demostrado influir en la adherencia al tratamiento según un estudio recogido en (Chien, 2015) ha sido, en primer lugar, la duración del tratamiento. Se ha podido demostrar que cuanto más prolongado es un tratamiento, más adherencia presenta el paciente, aunque si se le informa, en primera instancia, de la extensa duración de este, puede ser contraproducente para su adherencia primaria.

La falta de apoyo familiar es otro de los factores que han demostrado correlacionar directamente con la falta de adherencia al tratamiento. La familia tiene un peso determinante en el pronóstico de la patología del paciente, así como también en su adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico instaurado. Por ende, un mayor apoyo familiar, correlaciona con una mejor adherencia y con un mejor pronóstico a lo largo del transcurso del trastorno.

Otro de los factores que influyen de manera directa en la adherencia del paciente al tratamiento, es los posibles efectos adversos de los fármacos recetados. El miedo a estos efectos o la detección de estos durante el transcurso del tratamiento, son uno de los principales motivos que llevan a los pacientes a abandonar el tratamiento. Los efectos secundarios más temidos por los pacientes según el propio estudio son el aumento de peso y los efectos secundarios relacionados con el área sexual de la persona, como por ejemplo la disfunción eréctil o el bajo libido sexual.

La falta de comprensión del trastorno es otro factor relacionado con el abandono del tratamiento. Por ese motivo, es importante poner el foco en la información que se le ofrece al paciente durante el transcurso de la patología (Torras, 2018). Los dos últimos factores que influyen en la adherencia al tratamiento, según el propio estudio realizado por Chien (2015) son los relacionados con el propio trastorno. En primer lugar, la presentación de un cuadro grave de sintomatología psicótica, que comprenda por ejemplo ideas delirantes o persecutorias, puede dificultar en gran medida el tratamiento, ya que el paciente presenta una gran desconfianza hacia los profesionales que van a tratar. En segundo lugar, cuanto más se retrase la búsqueda de tratamiento, más difícil va a ser conseguir que la persona presente una buena adherencia hacia este y, por consecuencia, va a aumentar gravedad de su sintomatología, cosa que también influye de manera negativa en la posterior adherencia del paciente.

Lieslehto (2022) realizó otro estudio donde se observó que el diagnóstico reciente estaba relacionado con una baja adherencia. Esto se explica por el hecho de que, en las primeras etapas de la esquizofrenia, a menudo, la persona puede ser hospitalizada. Después de una hospitalización y de una buena pauta de medicación, la sintomatología tiende a desaparecer en gran medida. Esto provoca que, en muchas ocasiones, el paciente no considere necesario seguir tomando la medicación. Este mismo estudio también demostró que un tercio de los pacientes que se encontraban en la etapa crónica de la patología, abandonaban el tratamiento (posiblemente este dato se podría explicar por la aparición reiterada de efectos secundarios durante largos períodos de tiempo). El abuso de sustancias, intentos de suicidio previos, y la presencia de enfermedades cardiovasculares o EPOC correlacionaron en ese mismo estudio con una menor adherencia al tratamiento (Lieslehto, 2022). Marder (2013) realiza la misma afirmación

en su estudio, especificando que, el consumo de alcohol puede ser uno de los factores que más influencia tenga en el abandono del tratamiento.

Hay ciertas características de los fármacos empleados en el tratamiento de la esquizofrenia que pueden predecir, en cierta medida, la adherencia al tratamiento farmacológico. Chien (2015), en su estudio, destaca que los antipsicóticos atípicos tienen menos efectos secundarios y, que, por lo tanto, el empleo de estos puede estar relacionado con una mejor adherencia por parte del paciente. Este hecho se observa también un estudio llevado a cabo por Garcia (2016), en el que se demostró que fármacos como la Olanzapina producían menos efectos secundarios y que, por lo tanto, los pacientes que lo usaban presentaban una mejor adherencia al tratamiento.

El modo de empleo de los antipsicóticos también ha demostrado tener especial relevancia a la hora de estudiar la adherencia de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. El mismo estudio realizado por Garcia (2016), concluyó que los antipsicóticos administrados en Depot eran mucho más efectivos y mejoraban el seguimiento del tratamiento por parte del paciente. El estudio mencionado con anterioridad, también realizó una investigación para averiguar cuáles eran los factores que favorecían a un incremento en las tasas de adherencia. Uno de los factores más destacables fue el conocimiento que tenían los pacientes sobre su propia patología, ya que esta información también engloba los beneficios del tratamiento prolongado. El estudio no habla solo de un conocimiento enfocado a conocer los síntomas y los posibles tratamientos, sino también de un conocimiento enfocado a que el paciente acepte el trastorno que ha desarrollado, ya que esta aceptación es fundamental para que la persona pueda empezar un tratamiento y, sobre todo, mantenerlo en el tiempo (Yilmaz, 2015).

Otro de los factores destacados fue la actitud que presentaba el paciente frente al diagnóstico. Una actitud positiva correlaciona con una buena adherencia y también con un mejor pronóstico del trastorno (Bitter, 2015). Ese conocimiento ha sido conceptualizado por otros autores como "insight". El insight es un concepto que define la capacidad de percepción o auto entendimiento que tiene una persona (Bitter, 2015). En el caso de un paciente de Salud Mental, definiría la capacidad de la persona para auto percibirse a sí misma como "individuo que sufre un trastorno o una problemática psicológica". Este insight está fuertemente relacionado con el conocimiento que la persona tiene acerca de su enfermedad, a nivel de sintomatología, pronóstico, línea de tratamiento y consecuencias del abandono de este. Novick (2015) defiende en su estudio que los altos niveles de insight están relacionados, de manera directa, con altos niveles de adherencia al tratamiento (Bitter, 2015).

La alianza terapéutica con los diferentes profesionales durante el transcurso del tratamiento era fundamental para lograr una buena adherencia, ya que los propios profesionales pasaban a formar parte de la propia red de apoyo del paciente (García, 2016). Este estudio también demostró la importancia de que la persona pudiera trabajar con los profesionales que le atendían el estigma percibido o experimentado, ya que la gestión de este era parte fundamental de la autopercepción de la persona y la enfermedad. Esta misma afirmación se respalda con el estudio realizado por Yilmaz (2015)

Por último, otro de los puntos donde hace hincapié, es en el afrontamiento de las problemáticas derivadas del tratamiento farmacológico, es decir, en el tratamiento de los efectos secundarios. Chien (2015) afirma que es necesario que los profesionales den respuesta a estos efectos secundarios busquen tratamientos también para estos, ya que son uno de los principales factores que correlacionan con la baja adherencia en tratamientos dirigidos a pacientes con cuadros psicóticos.

Pacientes diagnosticados con esquizofrenia con una mejor percepción de su enfermedad han demostrado una mejor adherencia, mientras que una mayor susceptibilidad hacia el diagnóstico se asocia con un menor nivel de adherencia al tratamiento (Torrás, 2018).

La entrevista motivacional con pacientes diagnosticados de esquizofrenia ha mostrado un pronóstico positivo sobre la reducción de la sintomatología psicótica y sobre las tasas de recaída. Estos hallazgos demuestran la necesidad de empoderar al paciente y motivar (cognitiva y emocionalmente) (Chien, 2015)

La importancia de una buena adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico se encuentra en la prevención de recaídas que, a su vez, implica un mejor pronóstico de la enfermedad (Lieslehto, 2022). Una recaída, generalmente, implica una hospitalización y puede tener como factores predisponentes el estrés ambiental, la depresión o la patología dual, es decir, el abuso continuado de sustancias (Crespo-Facorro, 2017).

Las consecuencias de las recaídas en personas que presentan un trastorno como la esquizofrenia pueden ser variadas, pero las más relevantes afectan a la propia integridad de la persona y del entorno que la rodea. Estas consecuencias las recoge un estudio realizado por (Kane, 2019): En primer lugar, una recaída en muchas ocasiones implica un aumento en el riesgo que tiene el paciente de autolesionarse y, en menor medida, en un aumento del riesgo de dañar a otros. Cuando hablamos de recaída en un trastorno como la esquizofrenia, en la mayoría de los casos hablamos de la aparición de un nuevo brote psicótico y, por ende, de un aumento de la sintomatología del trastorno (negativa y

positiva). Este aumento en el riesgo de dañarse a uno mismo o dañar a otros, es provocado por un incremento en la ansiedad que experimenta la persona, juntamente con la aparición de alucinaciones, ideas delirantes o persecutorias. La autolesión, en algunos casos, aparece como “herramienta” para que el individuo pueda afrontar el alto nivel de ansiedad que está experimentando (Kane, 2019).

La propia aparición de alucinaciones e ideas delirantes trae consigo un deterioro en el área social de la persona que las sufre, ya que esta tiende a aislarse del mundo. Ese aislamiento da a la persona una falsa sensación de seguridad, especialmente cuando existen ideas persecutorias, pero, a su vez, el deterioro de los vínculos sociales, puede agravar el pronóstico de la enfermedad ya que, como se ha recalcado anteriormente, la red de apoyo es fundamental para que haya una buena adherencia al tratamiento (Crespo-Facorro, 2017). A causa de una recaída, no solo se interrumpe en muchas ocasiones el funcionamiento social de la persona, sino que también se ve afectado su funcionamiento laboral. El ámbito laboral es esencial para que la persona se desarrolle con independencia e influye de manera positiva en el autoconcepto que tiene el individuo sobre sí mismo. La interrupción de este espacio puede propiciar un empeoramiento de la enfermedad y de la calidad de vida de la persona (Kane, 2019).

La afectación en el área laboral y social trae consigo dos consecuencias implícitas: La disminución de la propia autonomía de la persona y un mayor estigma social. Aunque el estigma es un concepto que va a ser trabajado dentro del tratamiento psicológico, es necesario que la persona preserve una buena autoestima, que pasa por sentirse autónoma, sentirse apoyada y acompañada, y sentirse útil (Torras, 2018). Las recaídas, en muchos casos, afectan a todas estas áreas, y pueden perjudicar, en gran medida, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Aunque en España el tratamiento para la esquizofrenia lo cubre la seguridad social, las recaídas según Kane (2019) aumentan el coste económico de este, ya que en muchas ocasiones después de una recaída, es necesario incrementar los fármacos utilizados. Los dos últimos riesgos que contemplan el estudio cuando en un paciente con esquizofrenia sufre una recaída son, los que, a nivel fisiológico, más afectan al pronóstico de la enfermedad. En primer lugar, en el anterior estudio citado, se establece que cuando aparece un nuevo brote psicótico, existe la posibilidad de que la persona no vuelva al estado inicial, ya que existe una afectación neuronal derivada del brote sufrido y, por lo tanto, existe la posibilidad de que la persona haga una bajada a nivel cognitivo y funcional. En segundo y último lugar Kane (2019) indica que después de una recaída,

puede aparecer una mayor resistencia al tratamiento farmacológico, cosa que en muchos casos significa volver al punto inicial, tener que instaurar de nuevo todo el cuadro de tratamiento, sin saber, en muchos casos, si este será efectivo.

## 2.4 Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento:

Un estudio realizado por Crespo-Facorro (2017) determinó ciertas estrategias que pueden ser muy favorables a la hora de establecer un tratamiento con mejor pronóstico de adherencia.

En primer lugar, determina que la elección del tratamiento debe ser lo más personalizado posible, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, sus hábitos de vida etc. En segundo lugar, se deben tener en cuenta los efectos secundarios de los fármacos necesarios. Es necesario que el psiquiatra se los anticipe al paciente y que se busquen estrategias a nivel multidisciplinar para paliar estos efectos.

Por último, el estudio hace hincapié en las estrategias no farmacológicas, Aquí es donde entra la figura del psicólogo, y la importancia de un tratamiento basado en la psicoeducación y la potenciación de la alianza terapéutica buscando fortalecer el entorno del paciente. También se ha demostrado la efectividad de la terapia asertiva comunitaria y de la terapia familiar, que potencia el entorno del paciente y da herramientas a la familia para mantener un entorno más controlado (factor que reduce el riesgo de recaídas). A parte, el estudio determina que la terapia familiar potencia la adherencia del paciente al tratamiento y mejora la sintomatología.

En un estudio realizado por Marder (2013), también se concluyó que la terapia realizada juntamente con la familia tenía grandes ventajas en cuanto a adherencia al tratamiento. Por último, la terapia cognitivo-conductual (especialmente su uso en las primeras etapas de la enfermedad) reduce la gravedad de los síntomas, aunque no tiene efectos significativos en las posibles recaídas (Crespo-Facorro, 2017)

## 2.5 La importancia de la conciencia de la enfermedad en la adherencia al tratamiento en paciente diagnosticados de esquizofrenia:

En el estudio realizado por Crespo-Facorro, (2017) se hace hincapié en la importancia de la conciencia de enfermedad que tiene el paciente. El insight, también llamado conciencia de enfermedad, podría definirse como el reconocimiento de una enfermedad crónica, para la que la persona necesita un tratamiento para paliar una sintomatología clínica de la que también es consciente. Este indicador es modificable, por lo que es

especialmente relevante que, desde el papel de la terapia psicológica, se trabaje en el desarrollo de este.

El insight del paciente es evaluable a través de la Escala de Insight (ID) de Birchwood (2003) o mediante la Escala de No Consciencia del Trastorno Mental (2008). Este suele ser un buen punto de partida para el terapeuta, ya que le permite tener unos datos reales de la conciencia que presenta el paciente en relación con su enfermedad.

Para mejorar este insight en el caso de que sea necesario, el estudio mencionado anteriormente determinó que las mejores estrategias probadas han sido: El fomento de una red de apoyo para el paciente que sí que esté concienciada sobre la enfermedad que padece, la rehabilitación vocacional, la terapia cognitivo conductual, la terapia de intervenciones motivacionales y el entrenamiento en HHSS.

## 2.6 La importancia de la familia y del entorno en el éxito del tratamiento:

Diversos autores se han centrado en destacar e investigar el papel de la familia y del entorno del paciente en la adherencia al tratamiento de este. Estudios como el realizado por Garcia, (2016) demostraron que los pacientes que presentaban un mayor nivel de implicación familiar presentaban hasta un 80% más de adherencia que los pacientes que carecían de este apoyo. Es importante remarcar que ese mismo estudio explicitó que cuando las familias que presentaban dificultades de transporte o económicas, esa mejoría en la adherencia era más baja.

Otro estudio llevado a cabo por Sapra (2008), concluyó que la importancia de la familia, especialmente en la toma de medicación, era relevante dependiendo de la edad. Por ejemplo, en pacientes de entre 20 y 29 años, la presión que ejercía la familia para que hubiera una adherencia al tratamiento era mucho más significativa que en la población de pacientes mayores de 65 años, donde ese papel se asociaba con mayor intensidad al médico de cabecera.

## 2.7 Estigma y autoestigma en la Esquizofrenia:

En un estudio realizado por Kamaradova (2016), se define el concepto de estigma como un fenómeno social que lleva a la gente que forma una sociedad a percibir desde un punto de vista negativo a los colectivos que comparten ciertas características clasificadas como inferiores. Por

otro lado, el mismo autor, define el concepto de autoestigma como un proceso interno que lleva a la persona que sufre el estigma a no criticar los prejuicios

sociales que la sociedad a ejercido sobre el, pudiendo llegar incluso al nivel de aceptarlos.

Estudios como el realizado por Kamaradova (2016) han podido determinar que mayores puntuaciones en estigma percibido correlacionan, a su vez, con una menor adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico y con una menor conciencia de la enfermedad. En la misma línea de investigación, estudios como el realizado por Yilmaz (2015), también determinan que las puntuaciones en estigma percibido son, enormemente altas, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

### 3. Pregunta de investigación:

Realizando una investigación previa sobre las tasas de adherencia en paciente diagnosticados de esquizofrenia al tratamiento farmacológico, y por ende al tratamiento psicológico, esta revisión sistemática plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo y de protección que marcan, en la mayoría de los casos, el pronóstico del tratamiento farmacológico y psicológico y, por consiguiente, ¿cuáles son las herramientas que tenemos para mejorar esta adherencia?

## 4. Método

### 4.1 Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Muestras de pacientes adultos (pocos estudios realizados con adolescentes, aunque la esquizofrenia, en muchas ocasiones, aparece en los siguientes rangos de edad dependiendo del género: Mujeres (25-35) Hombres (15-25). Sin embargo, hay poca bibliografía relacionada con edades tempranas)
- Estudio que evalúan la adherencia en términos objetivos (medicación extraída de la farmacia, análisis de sangre, etc.) La justificación para implementar este criterio es el hecho de que, en muchas ocasiones, la adherencia se evalúa a través de entrevistas con los pacientes y los familiares. Al ser información tan subjetiva a interpretaciones, esto provoca una baja fiabilidad del estudio.

- Estudios que daten del 2013 hasta la actualidad, con la finalidad de poder acceder a los datos más recientes y actualizados, y que estos sean coherentes con las nuevas líneas de investigación que han surgido en los últimos años
- Idioma: inglés y español
- 

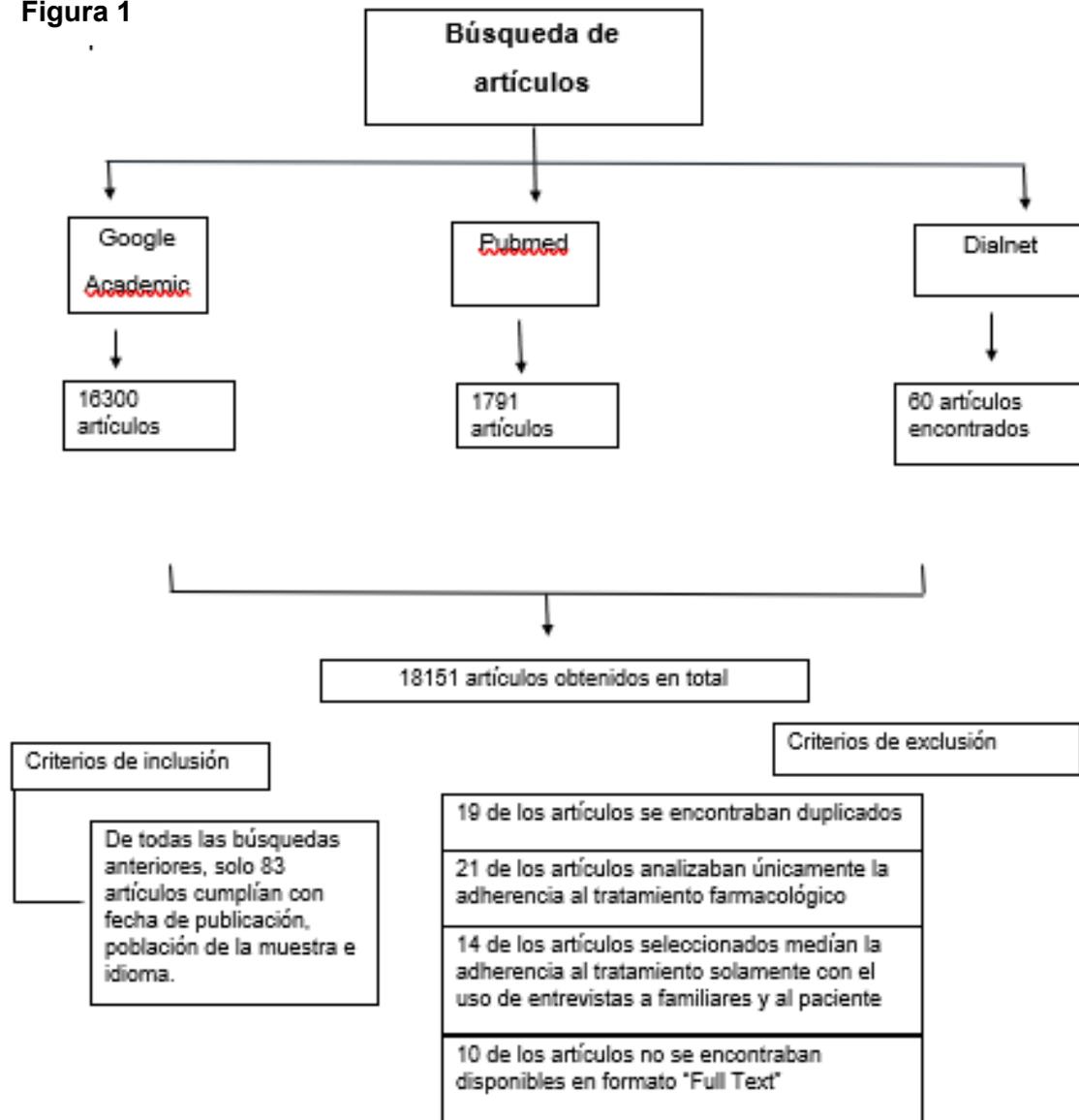
Criterios de exclusión:

- Artículos no disponibles en formato completo
- Artículos anteriores al 2013
- Idiomas que no engloban español o inglés
- Artículos con población diagnosticada con patología dual (esquizofrenia y consumo de sustancias).

## 4.2 Diagrama de búsqueda

En el siguiente diagrama de flujo (Figura 1), se describe el procedimiento de búsqueda y selección, de los artículos que se han utilizado para llevar a cabo esta revisión sistemática.

**Figura 1**



### 4.3 Fuentes de información y búsqueda

La metodología llevada a cabo en esta revisión sistemática se ha fundamentado en la búsqueda de artículos, estudios, metaanálisis, revisiones bibliográficas y revisiones sistemáticas que fueran posteriores al año 2013. Se escogió el 2013 como año de corte por el hecho de que esta revisión no se centraba tanto en técnicas novedosas para mejorar esta adherencia si no en el estudio de los factores que predisponían esta. Por este motivo, se escogieron se encontrarán en un intervalo de diez años hasta actualidad. Para lograr una búsqueda lo más limitada posibles, se aplicaron distintos filtros en las distintas bases de datos que se usaron para la revisión.

Sin embargo, el filtro de la edad de los participantes se acabó excluyendo, ya que los estudios que se encontraron siempre utilizaban una muestra poblacional de pacientes mayores de 18 años.

Las bases de datos que se han utilizaron durante el proceso de búsqueda fueron Dialnet, Pubmed y Google Académico.

Una vez se aplicaron los distintos filtros, se procedió a realizar una lectura de los artículos que habían sido seleccionados por la base de datos y a descartar aquellos que no encajaban en la dinámica de nuestra investigación. Aunque no está incluido en los criterios de exclusión, se excluyeron también la mayoría de los artículos relacionados con esquizofrenia diagnosticada en forma de patología dual. Esto se llevó a cabo de esta forma debido a que el tratamiento empleado es distinto al que reciben los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin abuso de sustancias.

La primera búsqueda se realizó a través del buscador Google Academics. Para realizarla, se usaron los términos "How to improve adherence in schizophrenia". Los filtros aplicados fueron, "lenguaje "spanish" y "Full text articles". La introducción de estos términos y filtros, género 16300 resultados, de los cuales solo se escogieron cuarenta seis para revisar, en función de la relevancia y la población de estudio (se eliminó patología dual y el estudio de otros trastornos del espectro psicótico, así como los estudios repetidos o anteriores al 2013). De esta búsqueda, se seleccionaron los artículos de Haddad (2014), Bitter (2015), Cetin (2018) y Kamaradova (2016) en función de la relevancia del contenido de estos para la revisión. Se buscaba bibliografía que investigará acerca de los factores protectores o de riesgo para la adherencia del tratamiento y sobre las estrategias para mejorar esta adherencia.

La siguiente búsqueda, se realizó a través de la base de datos Pubmed. Los términos introducidos para llevar a cabo la búsqueda fueron "Adherence to squizophrenia tretament" y los resultados de esta búsqueda fueron 2976. Cuando se aplicó el filtro de

“Full text”, estos resultados se redujeron a 2802 y, posteriormente, cuando se aplicó el año de publicación (des de 2013) estos se redujeron a 1791. El filtro adicional que se añadió fue la edad de la población de estudio (15-44 años) y los artículos se redujeron a 1779. A partir de ahí se hizo un cribaje en función de la relevancia de los artículos, del idioma de publicación o de los componentes del estudio. Se redujo el número a treinta y ocho artículos, de los cuales fueron extraídos los siguientes documentos para la revisión sistemática: (Kane, 2019), (García, 2016), (Kane, 2019), (Chien, 2015), (Lieslehto, 2022), (Crespo-Facorro, 2017), (Yilmaz, 2015), (Marder, 2013), (Pijnenborg, 2013) y (Gray, 2016).

La última base de datos consultada fue Dialnet. Los términos que se introdujeron en este buscador fueron “Adherence to schizophrenia treatment”. Los resultados de esta búsqueda fueron 60 pero, a partir de aplicar filtros como “since 2013”, “inglés o español” y “población adulta”, esto se redujo a veintiún artículos. Después de una revisión de los artículos y de eliminar los que estaban repetidos o los que no estaban disponibles en un formato completo, se seleccionaron los siguientes estudios: (Ljungdahl, 2017), (Bernardo, 2017), (Vidal, 2017)

El filtro de la edad de los participantes se acabó excluyendo, ya que los estudios que se encontraron siempre utilizaban una muestra poblacional de pacientes mayores de 18 años. Las bases de datos que se han utilizado durante el proceso de búsqueda fueron Dialnet, Pubmed y Google Académico.

Una vez se aplicaron los distintos filtros, se procedió a realizar una lectura de los artículos que habían sido seleccionados por la base de datos y a descartar aquellos que no encajaban en la dinámica de nuestra investigación. Aunque no está incluido en los criterios de exclusión, se excluyeron también la mayoría de los artículos relacionados con esquizofrenia diagnosticada en forma de patología dual. Esto se llevó a cabo de esta forma debido a que el tratamiento empleado es distinto al que reciben los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin abuso de sustancias.

## 5. Resultados:

**Tabla 1**

*Adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico en diagnóstico de esquizofrenia*

Autores	Año	Muestra	Tipo de investigación	Resultados principales
Bernardo, M., Cañas, F., Herrera, B., & Dorado, M. 2017 G.		Estudio con población diagnosticada de esquizofrenia	Ensayo clínico	Una buena adherencia al tratamiento farmacológico produce una remisión parcial de los síntomas. Esta remisión, correlaciona con una mejor adaptación psicosocial de la persona al entorno. Los antipsicóticos de segunda generación reducen significativamente las tasas de recaídas
Bitter, I., Fehér, L., Tényi, 2015 T., & Czobor, P		Estudio con una población de 262 pacientes mayores de edad	Ensayo clínico	El nivel de insight y el cumplimiento del tratamiento están fuertemente asociados. A mayor nivel de hostilidad, menor adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico
Çetin, N., & Aylaz, R.	2018	369 pacientes diagnosticados	Ensayo clínico	La intervención basada en el Mindfulness aumentó la percepción cognitiva y la adherencia al tratamiento

de  
esquizofrenia

Chien, W. T., Mui, J. H., 2015 Cheung, E. F., & Gray, R	Estudio realizado con 114 pacientes diagnosticados de esquizofrenia	Ensayo clínico	Los antipsicóticos atípicos han demostrado tener menos efectos secundarios. Las intervenciones psicosociales no presentan una mejora significativa en la adherencia al tratamiento. Las intervenciones psicoeducativas reducen la gravedad de la sintomatología, pero no tienen un efecto en la mejora de la adherencia
Crespo-Facorro, B., 2017 Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... & Arango, C.	Revisión bibliográfica realizada por noventa expertos en diferentes dimensiones del tratamiento de la esquizofrenia	Revisión bibliográfica	La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser muy útil para el manejo de la sintomatología positiva de este trastorno. Los síntomas negativos son mejores predictores que los positivos. Para el manejo de estos, la terapia basada en HHSS ha demostrado ser la más efectiva. Los síntomas afectivos de la esquizofrenia son los menos tratados a nivel psicológico. Los síntomas motores y la agresividad están asociados al abandono del tratamiento y a la patología dual.
Haddad, P. M., Brain, C., & 2015 Scott, J	Revisión	Revisión Sistemática	La adherencia mejora con incentivos económicos.

Existe una tasa del 27,8% de abandono del tratamiento en este trastorno. Los factores que influyen en este hecho son los relacionados con el entorno, los profesionales sanitarios y el estilo de vida del paciente.

La telemedicina puede ser una gran herramienta para mejorar la adherencia

Kamaradova, D., Latalova, 2016 K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., ... & Tichackova, A	332 pacientes diagnosticados con esquizofrenia	Ensayo clínico	Los niveles más bajos en autoestigma se relacionan con una mejor adherencia. Por lo contrario, los pacientes con sintomatología depresiva tienden a percibir un mayor estigma y abandonan más el tratamiento.  Menor adherencia en pacientes jóvenes y en personas sin entorno de apoyo.
Kane, J. M., Agid, O., 2019 Baldwin, M. L., Howes, O., Lindenmayer, J. P., Marder, S., ... & Correll, C. U.	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Esquizofrenia resistente al tratamiento presente en un 30% de los casos y provocada por la hipersensibilidad en receptores dopaminérgicos.  Causas muy negativas para el individuo.
Kane, J. M., & Correll, C. U. 2019	Revisión	Revisión bibliográfica	La terapia de mantenimiento y el establecimiento de objetivos des de las etapas tempranas de la patología, son fundamentales para la prevención de recaídas.

Infrautilización de los tratamientos inyectables, debido a sus altos costes, aunque estos presentan mejores tasas de adherencia

Lieslehto, J., Tiihonen, J., 2022 Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2022)	Pacientes diagnosticados de esquizofrenia en el ámbito ambulatorio	Ensayo clínico	El tratamiento antipsicótico es eficaz para tratar síntomas psicóticos, previene futuras recaídas y se relaciona con menor mortalidad en comparación con el no tratamiento. Un tercio de los pacientes en etapa crónica han demostrado falta de adherencia primaria en este tratamiento. La esquizofrenia de inicio temprano y el diagnóstico reciente correlacionan con una baja adherencia al tratamiento.	
Ljungdalh, P. M.	2017	Revisión	Revisión sistemática	Un 38,5% de los pacientes de los diferentes estudios que se recogen habían suspendido la toma de medicación. Los factores de riesgo para el abandono del tratamiento son la edad, pertenecer a una minoría estigmatizada, un nivel educativo bajo y el consumo de alcohol o de otras sustancias La falta de conciencia de la enfermedad y la sintomatología depresiva, también forman parte de estos factores de riesgo para la baja adherencia.

Marder, S. R.	2013	Revisión	Revisión sistemática	<p>Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan tasas elevadas de abandono al tratamiento.</p> <p>Esta adherencia puede verse negativamente afectada por el consumo de sustancias, el deterioro cognitivo o los efectos secundarios que provocan los antipsicóticos.</p> <p>Para mejorar la adherencia es necesario realizar cambios en el estilo de vida, educar a pacientes y familias, la terapia psicosocial y el uso de fármacos de depósito.</p>
Novick, D., Montgomery, 2015 W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. M.		Estudio con 903 pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno bipolar	Ensayo clínico	<p>El insight del paciente está relacionado con la adherencia</p> <p>Relación terapéutica buena adherencia buena.</p> <p>Mejores habilidades metacognitivas se relacionan con una mejor adherencia.</p>
O'Reilly, C. L., Bell, J. S., 2015 Kelly, P. J., & Chen, T. F. (2015).		Muestra de mil farmacéuticos	Ensayo clínico	<p>Los farmacéuticos se sintieron significativamente más confianza y comodidad tratando a pacientes con otras patologías, por ejemplo, cardiovasculares que a pacientes de salud mental</p>

En los casos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se sentían con menos voluntad de proporcionar asesoramiento sobre los medicamentos a la persona y, en algunos casos, tendían a asociar la patología con el consumo de sustancias

Pijnenborg, G. H., van 2013 Donkersgoed, R. J., David, A. S., & Aleman, A. (2013)	350 artículos	Revisión sistemática	<p>La terapia cognitivo conductual mejora el insight en diagnósticos de esquizofrenia.</p> <p>La terapia de adherencia es especialmente efectiva para una mejor adherencia, en cuadros de psicosis no afectiva.</p> <p>La auto confrontación en video puede ser una herramienta muy útil en estos diagnósticos.</p>
Torras, M. G., & Tomàs, E. 2018 P.	Revisión	Revisión sistemática	<p>Establecer una buena relación terapéutica es fundamental para el éxito del tratamiento.</p> <p>La terapia de adherencia al tratamiento con enfoque cognitivo conductual ha demostrado mejorar las actitudes de los individuos frente al tratamiento farmacológico. La intervención comunitaria puede podía ser relativamente útil para mejorar la adherencia siempre y cuando estuviera destinada al manejo de HHSS.</p>
Vidal Gutiérrez, D. A., 2019 Saldivia, S., Grandón Fernández, P., & Inostroza Rovegno, C.	61 pacientes que recibían tratamiento en la red de Salud de Chile	Ensayo clínico	<p>El tratamiento psicosocial juntamente con el farmacológico reduce la emoción expresada</p> <p>Este tipo de terapia no tiene un efecto directo sobre la reducción de la sintomatología.</p>

Yilmaz, E., & Okanlı, A	2015	63	pacientes con diagnóstico de esquizofrenia	Ensayo clínico	Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienden a tener altas puntuaciones en estigma percibido. Altas correlaciones entre estigma internalizado y adherencia al tratamiento. Importancia de crear conciencia acerca de este estigma y la influencia de este en la sociedad y en los propios pacientes.
-------------------------	------	----	---	-------------------	--

---

El total de artículos seleccionados para llevar a cabo esta revisión sistemática ha sido de 19 artículos. Estos han sido seleccionados a través de sitios buscadores como Google Academics, Pubmed o Dialnet. Para realizar esta búsqueda se han aplicado una serie de filtros a los buscadores, como que estos fueran a partir de 2013, que no hicieran diferencias de género, que estuviera el texto completo o que estuvieran disponibles en inglés o español.

A continuación, se procede a exponer de manera breve y resumida los distintos artículos que han formado parte de esta revisión.

La búsqueda de artículos se destinó, en especial, a encontrar bibliografía relacionada con los factores de riesgo para desarrollar una baja adherencia al tratamiento farmacológico, la importancia de la farmacología en el desarrollo del tratamiento psicológico, y que estrategias de mejora podían usarse para mejorar la adherencia de una persona con este cuadro sintomatológico.

Un estudio realizado por Lieslehto (2022) determinó que el tratamiento farmacológico con antipsicóticos era eficaz para tratar la sintomatología psicótica de un trastorno esquizofrénico y que podía prevenir las recaídas y, por ende, la mortalidad. El mismo estudio también determinó que la cronicidad, era un factor de riesgo a la hora de hablar de adherencia al tratamiento. Este hecho podía explicarse en primer lugar por la aparición de sintomatología secundaria crónica asociada a la toma de medicación y, en segundo lugar, a expectativas erróneas en cuanto al pronóstico del trastorno.

Lieslehto (2022) también indica en su estudio que, las mujeres, presentaban unas tasas de adherencia más baja al tratamiento. Sin embargo, este hecho no ha sido respaldado por otros estudios que se han usado para la revisión sistemática y que, al contrario que este, indicaban que, en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, no se hallaban diferencias entre sexos (Haddad, 2014).

Kane (2019), habla de una esquizofrenia resistente al tratamiento que aparece en un 30% de los casos de personas con este diagnóstico. Esta resistencia aparece causada por la hipersensibilidad desarrollada por los receptores DRD2. Esta resistencia puede ser causada por un mal seguimiento a nivel farmacológico, y puede acarrear serias dificultades para la persona.

Por último, Lieslehto (2022) también ha determinado que el diagnóstico reciente correlacionaba con una baja adherencia a causa de una desinformación por parte del paciente acerca de la sintomatología o por una baja conciencia de trastorno. También se observó que las esquizofrenias de inicio temprano presentan más posibilidades de abandono al tratamiento que las de inicio tardío. Aunque el autor explica este hecho relacionándolo con características propias de la etapa de la adolescencia (donde aparece

la esquizofrenia de inicio temprano), se ha podido encontrar muy poca bibliografía acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico en menores de dieciocho años con este diagnóstico. Otro estudio realizado por Ljungdahl (2017), comparte estas mismas conclusiones, afirmando que la edad es un factor de riesgo en cuanto al abandono del tratamiento. Este mismo autor también apunta a que las minorías estigmatizadas, presentaban una menor adherencia al tratamiento. Este hecho puede explicarse por la visión de estos colectivos dentro de la propia sociedad, percibiéndose a si mismo como víctimas de un sistema que los ha tratado injustamente y que ha provocado una gran desconfianza hacia este (Ljungdahl, 2017).

El artículo de Lieslehto (2022) también nos brindó información acerca de factores que pueden predisponer el abandono del tratamiento como por ejemplo abuso de sustancias, intentos de suicidio previos o aumentos de la dosificación, ya que estos tienden a aumentar la frecuencia e intensidad de los efectos secundarios. Ljungdahl (2017) respalda en su estudio el hecho de que el consumo de sustancias (en su caso el alcohol), puede afectar de manera enormemente negativa a la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico. Marder (2013), en su estudio, apoyo la afirmación anterior, considerando que el consumo de alcohol u otras sustancias, puede acarrear serios problemas en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico.

Otros estudios, como el llevado a cabo por Garcia (2016), determinaron que factores como las dificultades económicas o de transporte, habían demostrado ser predictores de una baja adherencia en pacientes con diagnósticos de esquizofrenia. A nivel social, Ljungdahl (2017), determina que, un bajo nivel educativo también puede ser un factor de riesgo en cuanto a la adherencia que muestra el individuo hacia el tratamiento. Sin embargo, estudio como el de Kamaradova (2016), concluyen que no existen diferencias significativas entre grupos de personas con distintos niveles educativos, por lo que debería seguir estudiándose esta cuestión.

Un estudio realizado por Marder (2013) determinó que, el deterioro cognitivo, puede influir negativamente en la adherencia que presenta el paciente al tratamiento. Aunque esta revisión sistemática no ha podido encontrar otros estudios que apoyaran esta afirmación, autores como Hadad (2014), consideran que la presencia de múltiples recaídas, que en muchos casos causan deterioro cognitivo, influye en la baja adherencia al tratamiento.

Otro de los factores que esta revisión ha seleccionado como relevantes para la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico ha sido la conciencia de enfermedad. Ljungdahl (2017) determina que uno de los factores que más peso tiene a la hora de analizar las tasas de adherencia, es la conciencia de enfermedad que tiene los individuos con este trastorno, ya que una baja conciencia de enfermedad correlaciona con una baja adherencia al tratamiento. A nivel psicológico, este mismo autor determina que la presencia de sintomatología depresiva también puede ser un factor muy relevante para que exista una baja adherencia al tratamiento.

Kamaradova (2016) también habla del peso que tiene la existencia de sintomatología depresiva en el pronóstico de adherencia a un tratamiento. Sin embargo, su enfoque, se centra en el estigma percibido, ya que concluye que, si una persona presenta sintomatología compatible con la de un cuadro depresiva, esta va a presentar una peor autoestima y visión de sí misma, lo que puede alimentar el desarrollo de un estigma percibido negativo. Estudios como el de Yilmaz (2015) determinan que, en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, una baja conciencia de la enfermedad va a conducir a peores puntuaciones en estigma percibido, por lo que va a ser un determinante clave para el pronóstico del tratamiento,

La hostilidad, también ha sido un factor a tener en cuenta en cuanto a pronóstico de adherencia al tratamiento. Un estudio realizado por Bitter (2015), determinó que cuanto más alta era la puntuación que la persona presentaba en conductas hostiles, menor era la adherencia al tratamiento que presentaba.

En cuanto a estrategias que puedan mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y, por consiguiente, al psicológico en diagnósticos de esquizofrenia, esta revisión ha encontrado los siguientes resultados. Kane (2022), determina que para que un tratamiento sea efectivo a largo plazo, la persona debe vincularse a este en etapas tempranas de la enfermedad. Marder (2013), apoya esta afirmación en su estudio y explica que, para que el paciente muestre una mejora en la adherencia presentada, es necesario realizar cambios en el estilo de vida y ofrecer la información al paciente y al entorno.

La terapia de mantenimiento explicada por Kane (2022), ha demostrado ser fundamental para prevenir las recaídas, aunque, este mismo autor, remarca la importancia de que exista un seguimiento a nivel farmacológico para que esta terapia pueda llevarse a cabo, ya que el tratamiento farmacológico es el encargado de prevenir futuras recaídas.

Esta revisión ha podido determinar que otras intervenciones como por ejemplo la psicoeducativa, puede tener un papel muy importante en la mejoría de los síntomas asociados a este trastorno (Chien, 2015). Sin embargo, el mismo estudio determina que

otras intervenciones que en un pasado se habían contemplado como buenas para tratar este tipo de trastornos, como sería el caso de la intervención psicosocial, no presentaban mejoras en comparación al grupo de no tratamiento. Vidal (2019) realiza un estudio en la misma línea que el autor anterior, determinando que la intervención psicosocial no mejora la sintomatología de trastorno, aunque en su estudio se contempla la posibilidad de que esta intervención sí que disminuya la intensidad de la sintomatología afectiva desarrollada por el paciente. Otro estudio que resigue esta misma línea de investigación es el realizado por Marder (2013), donde se determina que la terapia psicosocial puede tener ciertos beneficios a la hora de mejorar la adherencia a un tratamiento, especialmente cuando esta se lleva a cabo juntamente con el entorno familiar.

El estudio nombrado anteriormente, examina que intervenciones son útiles para el cuidador del paciente, y determina que el EBF mejora el componente social del entorno de la persona diagnosticada y, a su vez, disminuye la presencia de estrés en el cuidador principal (Vidal, 2019).

A través de esta revisión se ha podido determinar que la terapia cognitivo conductual puede ser una herramienta muy útil en el tratamiento de la sintomatología positiva que presenta este trastorno (Crespo-Facorro, 2017). Esta terapia también puede ser muy efectiva para entrenar las habilidades metacognitivas que, según un estudio realizado por Novick (2015) tienen un gran peso a la hora de determinar si la persona presenta o no una buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, el estudio realizado por Crespo-Facorro (2017) pone énfasis en que la sintomatología negativa siempre es una mejor predictora del transcurso del trastorno que la positiva. Esta sintomatología negativa puede mantener o mejorarse gracias al entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, Crespo-Facorro (2017), hace hincapié en que la sintomatología menos tratada en este tipo de trastornos es la afectiva, por lo que es necesario desarrollar nuevas líneas de tratamiento destinadas a intervenir en estos síntomas.

En cuanto al tratamiento de la propia adherencia al tratamiento, esta revisión sistemática ha podido determinar que la terapia de adherencia, centrada en la psicoeducación y la toma de conciencia en enfermedad, tiene un efecto muy positivo en cuanto a la mejora de esta adherencia (Gray, 2016). Otro autor que ha seguido en la misma línea de estudio ha sido Pijnenborg i este, ha podido determinar en su estudio, que la terapia de adherencia anteriormente nombrada tiene una mayor efectividad cuando los pacientes que la reciben no tienen una clínica afectiva.

García (2016) hace hincapié en que, para que cualquier intervención psicológica sea útil para la persona, es necesario que, anteriormente se haya establecido un buen vínculo terapéutico entre paciente y profesional. Torras (2018), en su estudio, apoya esa misma afirmación, especificando que, para que cualquier intervención sea eficaz, es necesario

que el profesional sanitario haya destinado las primeras sesiones a conocer a la persona, sus metas, sus objetivos y haya construido un vínculo basado en la confianza.

Está revisión también ha querido centrarse en que estrategias podían ser útiles a la hora de intervenir en el insight de la persona (como se especifica en el marco teórico, el insight es la capacidad de autopercepción de si misma o de la enfermedad o trastorno que tiene una persona). Pjinenborg (2013), determinó que el uso de la terapia cognitivo conductual podía ser muy efectiva para mejorar el insight en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Así pues, el mismo autor, determino que la psicoeducación podía ser efectiva sobre todo si se realizaba en la fase aguda del tratamiento, ya que es cuando la persona no posee el conocimiento sobre la enfermedad y, por lo tanto, la mejora que esta va a percibir después de que se haya aplicado el tratamiento, va a ser aún mayor. Una de las estrategias que se han establecido como eficientes a la hora de llevar a cabo este tipo de terapias, ha sido la autoconfrontación en video (Pjinenborg, 2013). Otros estudios como el realizado por Novick (2015), concluyen también que el insight está relacionado con una buena adherencia, pero determinan que para que exista una buena intervención sobre este, es necesario que se haya establecido una buena relación terapéutica.

Haddad (2014), abrió en su estudio una nueva línea de intervención que podría mejorar la adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico en estos casos, que es la telemedicina. Esta herramienta, que podría contener desde videollamadas con los profesionales sanitarios hasta información detallada subida en una nube a la que tendría acceso el paciente, podría mejorar la sensación de acompañamiento y, por lo tanto, mejorar la adherencia al tratamiento.

Este mismo autor también señala la importancia que tiene los propios profesionales sanitarios a la hora de intervenir con este tipo de pacientes, la importancia de sus creencias acerca de esta enfermedad y de la estigmatización inconsciente que muchas veces conlleva.

Tal y como explica Yilmaz (2015) en su estudio, los pacientes diagnosticados con un trastorno como la esquizofrenia, tienden a presentar puntuaciones altas en estigma percibido. Este mismo autor, remarca la importancia de realizar una intervención centrada en el tratamiento del estigma, el insight y la educación acerca de la enfermedad, para poder mejorar el grado de adherencia en el paciente, así como su calidad de vida.

Por último, otra de las intervenciones que recientemente ha demostrado tener un peso importante en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, ha sido la intervención basada en el Mindfulness. Un estudio realizado por Cetin (2018), ha

determinado que las intervenciones basadas en el Mindfulness aumentan la percepción cognitiva y la conciencia de enfermedad, ya que están basadas en procesos de

autopercepción e introspección. Debido a las mejoras en estos aspectos, se ha demostrado que este tipo de intervenciones, mejoran las tasas de adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Más allá del papel de las intervenciones psicológicas, esta revisión también ha querido centrarse en como el entorno de la persona puede influir en el pronóstico de este trastorno. Garcia (2016), determina que una buena relación con la familia está asociada a una mayor tasa de adherencia al tratamiento y, por ende, a un mejor pronóstico del trastorno. De hecho, el estudio citado anteriormente, demostró que los pacientes con mayor apoyo a nivel familiar presentaban tasas de adherencia hasta un 80% más elevadas que los grupos que no presentaban este apoyo familiar.

Haddad (2014), también apoya la anterior conclusión en su estudio, determinando que cuanto más sensación de acompañamiento tenga la persona cuanto mayor y más sólido sea su entorno, más buenos resultados va a presentar en cuanto a adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico. También se ha podido observar que las personas que viven en pareja presentan una mejor adherencia al tratamiento que las personas que no viven en pareja (Kamaradova, 2016).

A través de la presente revisión sistemática, se han hallado ciertos aspectos a nivel farmacológico que podrían mejorar o empeorar el pronóstico de adherencia para la persona. En primer lugar, Kane (2019), determinó que las formulaciones depot o de acción prolongada, podían ser muy útiles para mejorar la adherencia al tratamiento, ya que permitían un mejor seguimiento por parte del profesional médico y, a parte, un mejor control de toma de medicación. Marder (2013), también apoyo en su estudio que el uso de formatos Depott, podía tener beneficios a largo plazo en cuanto a la adherencia presentada. Garcia (2016) realiza la misma afirmación en su estudio, pero, sin embargo, explícita que para que la administración Depott sea más efectiva, esta debe ir acompañada de una conversación entre paciente y médico acerca de la sintomatología secundaria que puede aparecer. En la misma línea, un estudio realizado por Chien (2015), determino que los antipsicóticos atípicos tenían menos efectos secundarios y que, por lo tanto, eran mejor aceptados por los pacientes.

Otro estudio realizado por Garcia (2016), demostró que el uso de fármacos como la Olanzapina mejoraban la adherencia al tratamiento, ya que estos presentaban menos efectos secundarios, afirmación respaldada por autores como Lieslehto (2022).

La población que sufre problemas de salud mental siempre ha sido estigmatizada por parte de la población. Sin embargo, dentro de este colectivo, las personas con diagnóstico de esquizofrenia han sido las que más han sufrido este estigma, ya que en muchas ocasiones se ha podido llegar a creer, de manera errónea, que podían ser personas peligrosas (Ljungdahl, 2017). Por este motivo, varios estudios enfocaron su investigación a determinar si el estigma que la sociedad ejercía sobre estos pacientes e incluso el auto estigma que estos tenían, podían influir en la adherencia al tratamiento de estos.

En el estudio mencionado anteriormente, realizado por Kamaradova (2016), se comprobó que los niveles más bajos de auto estigma correlacionaban con una mejor adherencia al tratamiento. Es importante remarcar que dentro de esta afirmación, debemos tener en cuenta que un bajo nivel de auto estigma, generalmente, también está relacionado con un mejor conocimiento de la enfermedad, lo que a su vez se relaciona con una mejor adherencia. Esta afirmación fue respaldada por estudios como el realizado por Yilmaz (2015), en el que se determinaba que los pacientes con esquizofrenia tendían a presentar altas puntuaciones en estigma percibido y, que estas, correlacionaban con una baja adherencia al tratamiento.

Aunque el estigma autopercibido por la persona es relevante, otros estudios han podido demostrar que el estigma de la población en la que vive el paciente también es de mucha importancia a la hora de hablar de adherencia (Yilmaz, 2015). O'Reilly, (2015), realizó una investigación usando una muestra de mil farmacéuticos que obtuvo las siguientes conclusiones. En primer lugar, se observó que en la mayoría de los casos existía una cierta estigmatización por parte de este colectivo sanitario, ya que la mayoría de los profesionales refirieron sentirse más cómodos atendiendo a pacientes con patologías cardiovasculares que a pacientes con problemáticas de salud mental. También se pudo observar que, en los casos de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, los farmacéuticos tendían a mostrar una menor voluntad de proporcionar asesoramiento acerca de la medicación que se le había recetado al paciente.

A parte, los resultados concluyeron que muchos de los profesionales asociaban trastornos como la esquizofrenia al consumo de sustancias, y que ese era uno de los factores que alimentaban la estigmatización del colectivo. Por último, O'Reilly (2015) afirmó que los profesionales que puntuaban a la baja en estigmatización de salud mental estaban más predispuestos a ofrecer asesoramiento en casos de diagnóstico de esquizofrenia que los que si puntuaban alto. Este hecho influye de manera directa en la adherencia, ya no solo por el propio estigma que percibe la persona, si no también porque los altos niveles de conocimiento acerca de la enfermedad y la mediación, también se han asociado con altos niveles de adherencia al tratamiento (Torras, 2018).

## 6. Discusión:

El objetivo de esta revisión sistemática, como se especificó con anterioridad, es el de determinar cuáles son los factores que predisponen o dificultan una buena adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, en población diagnosticada con esquizofrenia. A parte, también pretende analizar cuáles son las estrategias más efectivas para mejorar la adherencia de estos pacientes.

A través de la revisión sistemática realizada con diecinueve artículos distintos se han podido extraer las siguientes conclusiones.

En primer lugar, se ha determinado que las tasas de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son elevadas, aunque no superan los porcentajes de otras patologías crónicas como por ejemplo las cardiovasculares. Estas tasas de adherencia están en torno al 30%, aunque esta cifra varía en función de la metodología empleada (Lieslehto, 2022). Una de las primeras limitaciones que se han podido encontrar a la hora de llevar a cabo esta revisión, ha sido la metodología empleada por los distintos autores para determinar el porcentaje de adherencia. La mayoría de estudio basaban estas medidas en entrevistas a pacientes y familiares, así como también en el seguimiento de la sintomatología. Sin embargo, la manera más fiable de determinar qué porcentaje de población tiene una buena adherencia al tratamiento, ha demostrado ser a través de analíticas de sangre y registros de farmacia (aunque este último también puede provocar sesgos en los resultados, ya que retirar la medicación prescrita no es sinónimo de tomarla) (Kane, 2019). Sería muy interesante que, en futuras líneas de investigación, se unificarán criterios en cuanto a la metodología empleada para determinar la adherencia a un tratamiento, ya que proporcionaría datos más fiables en cuanto a esta determinada población.

Otra de las limitaciones que se han encontrado en esta revisión, ha sido la falta de estudios donde la muestra empleada fuera menor de 22-25 años. Aunque la esquizofrenia no aparece de manera tan frecuente en la adolescencia, el rango de mayor frecuencia de aparición en varones se establece de los quince a los veinticinco años. A parte, el consumo de sustancias, que es un factor que puede influir en la aparición de este trastorno, empieza en muchos casos en la etapa de la adolescencia. Este hecho por la dificultad que existe para realizar investigaciones con población menor de edad, ya que en muchas ocasiones las propias familias se muestran muy reacias a que sus hijos participen en dichos estudios.

El problema de que la mayoría de los estudios se centre en poblaciones más adultas, es que se deja de prestar atención a la intervención preventiva. La educación por parte

de los profesionales sanitarios ha demostrado tener grandes ventajas en cuanto a incrementar la adherencia al tratamiento (Crespo-Facorro,2017), por lo que es importante explorar como realizar esta concienciación con la población adolescente, para evitar que, en estadios crónicos del trastorno, se pueda llegar a abandonar el tratamiento. Marder (2013), en su estudio, también evidenció la importancia de ofrecer información a las familias para que el paciente presente una buena adherencia al tratamiento.

Otra de las conclusiones extraídas de esta revisión ha sido la importancia que tienen el estigma y el estigma percibido a la hora de investigar las tasas de adherencia al tratamiento. Se ha encontrado, gracias a distintos estudios que habían investigado sobre ello, que las personas que puntuaban alto en estigma percibido tendían tener tasas de abandono del tratamiento más elevadas que las personas que puntuaban a la baja en estos parámetros (Kamaradova, 2016). Este hecho se explica a través del conocimiento que la persona tiene acerca de su trastorno. Cuanta más información se le haya brindado a la persona acerca de su trastorno, su sintomatología, su pronóstico, la línea de tratamiento y los efectos secundarios de está menor estigma percibido va a desarrollar. Por lo tanto, la adherencia pasa, en muchas ocasiones, por la información que el entorno y los profesionales sanitarios brindan a la persona. La limitación de este punto se encuentra justamente aquí. Un estudio realizado por O'Reilly (2015), usando una población de 1000 farmacéuticos, determinó que muchos de estos profesionales presentaban cierta estigmatización del colectivo de salud mental, en especial de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, ya que en muchas ocasiones lo asociaban al consumo de sustancias. Por este motivo, estos profesionales se mostraban más reacios a prestar asesoramiento a estos pacientes acerca de los efectos secundarios de la medicación prescrita.

Varios estudios se han centrado en intervenir en la mejora del insight o del estigma percibido en este colectivo de pacientes. Por ejemplo, se ha demostrado que la terapia psicosocial y la cognitivo conductual mejoran la concepción que tiene el paciente sobre su enfermedad y sobre su papel en la sociedad (Pijnenborg, 2013). También se ha podido investigar como el Mindfulness tiene un efecto positivo sobre el insight. (Ceetin, 2018). Sin embargo, ha sido especialmente complicado encontrar bibliografía centrada en la intervención acerca del estigma asociado al trastorno de la esquizofrenia que se encuentran en los profesionales sanitarios. En un futuro, sería especialmente beneficioso investigar como intervenir con los profesionales sanitarios para poder mejorar el concepto que tienen acerca de este trastorno. Al final, la intervención por parte de los profesionales marca un gran punto de inflexión en el pronóstico de adherencia al

tratamiento a los pacientes, ya que tienen la posibilidad de ofrecer una información lo más completa posible a los pacientes sobre su patología (Cetin, 2018). Esa información va a ser, la que, en un futuro, propicie o no la aparición del estigma percibido por parte de los propios pacientes y, por ende, la que va a favorecer o no a que haya una buena adherencia al tratamiento.

En cuanto a que terapias psicológicas pueden ir enfocadas a mejorar la adherencia del paciente al tratamiento, a través de esta revisión, se ha podido determinar que hay poca bibliografía acerca de cuáles pueden ser las terapias que presenten mejoras en este factor. Sin embargo, se ha podido observar que terapias como la cognitivo conductual, producen una mejora en la sintomatología positiva, mientras que la terapia centrada en trabajar habilidades sociales ha demostrado correlacionar con mejoras en la sintomatología negativa de la esquizofrenia (Chien, 2015). La terapia cognitivo conductual, ha demostrado ser muy útil a la hora de mejorar la capacidad de insight de la persona (Pijnenborg, 2013). Esta capacidad de insight, tal y como se explicita en un estudio llevado a cabo por Novick (2015), está estrechamente relacionada con la toma de conciencia de la enfermedad, por lo que la mejora de este supondría, en muchos casos, una mejora en la adherencia al tratamiento.

Otros estudios, como el realizado por Cetin (2018), han concluido que las intervenciones basadas en el Mindfulness, aumentan la percepción cognitiva y la adherencia a la medicación (Cetin, 2018). Aunque estos estudios son muy novedosos, si que se ha podido demostrar que la psicoeducación enfocada como información acerca de la enfermedad, puede mejorar las tasas de adherencia al tratamiento farmacológico y, por ende, al psicológico (Pijnenborg, 2013). Una de las limitaciones que, durante esta revisión, se han podido observar, ha sido la gran importancia que la literatura da al tratamiento farmacológico. En muchos casos, se llega incluso a presuponer que, si la persona realiza un buen seguimiento farmacológico, la vinculación a la terapia psicológica va a ser inmediata. Sin embargo, no en todos los casos es así, por lo que es necesario establecer distintos tipos de intervenciones enfocadas a vincular a la persona al tratamiento psicológico.

Otra de las conclusiones extraídas de esta revisión, ha sido, el papel fundamental que tiene la familia en el pronóstico de la patología y en la adherencia al tratamiento que va a presentar el paciente (Vidal, 2019). En varios estudios, como por ejemplo el realizado por Garcia (2016) se ha podido observar cómo los pacientes que tenían una red de soporte y una buena relación con su familia presentaban tasas mucho más elevadas de adherencia al tratamiento que los que no tenían estas condiciones.

La mediación y la forma de empleo de esta también ha demostrado tener un efecto muy potente en el pronóstico de adherencia de la persona. Gracias a los artículos revisados se ha concluido que, actualmente, la Olanzapina es fármaco que menos efectos secundarios presenta y que, por lo tanto, mayores tasas de adherencia tiene (Marder, 2013). A parte, las presentaciones Depot han demostrado ser las que mejores tasas de adherencia han demostrado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia por dos motivos: en primer lugar, en este tipo de presentaciones, el fármaco se libera de manera gradual, por lo que la persona no tiene que recordar tomarse la medicación cada día (García, 2016). En segundo lugar, al ser administrado por un profesional sanitario, hay un mejor control sobre la adherencia al tratamiento.

Sería de especial relevancia investigar acerca de cuáles son las líneas de tratamiento más frecuentes en España en este tipo de casos, ya que los fármacos en forma de Depot tienen un coste muy elevado y en muchas ocasiones no se usan. Sin embargo, el coste de las recaídas ha demostrado ser mayor, por lo que el uso de estos fármacos acabaría siendo rentable a nivel de recursos y a nivel de factor humano.

Otras de las conclusiones extraídas de esta revisión sistemática ha sido que, el factor que más predispone a que haya un abandono del tratamiento a nivel psicológico, es la presencia una sintomatología depresiva en el paciente (Vidal, 2019). Está afirmación va en la línea de otros estudios como por ejemplo el realizado por Ljungdalh (2017), en el que se determinó que la presencia de la depresión era uno de los factores que más influía en el abandono del tratamiento. Este hecho puede explicarse por la propia sintomatología depresiva, donde aparece la desesperanza y, en muchas ocasiones, el abandono personal (Ljungdalh, 2017)

Las implicaciones prácticas extraídas de esta revisión sistemática se basan en poder realizar una actuación que se base en la prevención. Está revisión considera primordial el hecho de poder actuar en las primeras etapas del trastorno para poder contribuir a que, en un futuro, la persona presente una buena adherencia al tratamiento. La importancia de que esto sea así reside en la necesidad de prevenir futuras recaídas, que provocan enormes gastos a nivel de factor humano y también a nivel económico. Para que estas implicaciones prácticas puedan llevarse a cabo, es necesario formar a los profesionales sanitarios en la metodología pedagógica que utilizan a la hora de concienciar al paciente sobre su trastorno y los beneficios que se obtienen a través de una correcta toma de medicación. A parte, es importante trabajar desde un primer momento en factores como la conciencia de la enfermedad o el estigma percibido por el paciente desde su diagnóstico.

A través de la presente revisión sistemática, se han planteado posibles futuras líneas de investigación que podrían ser muy beneficiosas para intervenir desde un nivel

preventivo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con este diagnóstico y, evitar el gasto que, a nivel sanitario, suponen las recaídas.

En primer lugar, esta revisión plantea que, en el futuro, se establezcan criterios unificados en cuanto a la metodología empleada para determinar la adherencia que los pacientes muestran hacia el tratamiento farmacológico o psicológico. Aunque en el segundo, la entrevista con el paciente o con el entorno puede ser muy valioso, a nivel de farmacología es necesario establecer unas medidas unificadas y objetivas, como por ejemplo los análisis de sangre. De esta manera, los datos recopilados por los diferentes estudios que se vayan a realizar en un futuro van a constar de medidas mucho más objetivas, que nos van a permitir tener una percepción mucho más cercana a la realidad. La edad de la población que realizaba los estudios también supuso una limitación para la búsqueda bibliográfica.

Como se ha concluido anteriormente, la mayoría de los estudios englobaban una muestra de personas mayor a los dieciocho años, aunque en muchos casos está patología aparece en edades más tempranas. Por lo tanto, como futuras líneas de investigación se propone la posibilidad de reestructurar la población que conforma los estudios de adherencia al tratamiento en esquizofrenia, incluyendo a pacientes menores de veinte años, con la finalidad de explorar que tasas de adherencia existen y como realizar una intervención preventiva para que no se abandone el tratamiento en un futuro y cómo afecta.

A través de esta revisión sistemática, se ha concluido que, en un futuro, sería especialmente beneficioso investigar como intervenir con los profesionales sanitarios para poder mejorar el concepto que tienen acerca de este trastorno. La intervención por parte de los profesionales marca un gran punto de inflexión en el pronóstico de adherencia al tratamiento a los pacientes, ya que tienen la posibilidad de ofrecer una información lo más completa posible a los pacientes sobre su patología. Esa información va a ser, la que, en un futuro, propicie o no la aparición del estigma percibido por parte de los propios pacientes y, por ende, la que va a favorecer o no a que haya una buena adherencia al tratamiento.

Aunque se ha indagado en el papel de la familia en el pronóstico de la enfermedad, hay poca bibliografía escrita acerca de cómo se puede intervenir, a nivel psicológico con los familiares de estos pacientes para tratar de fortalecer la relación con su familiar o para prevenir sintomatología como la asociada al síndrome del cuidador. Por lo tanto, es

necesario que, en un futuro, el tratamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia contemple de manera totalitaria el entorno de e la persona, más allá de la psicoeducación que este pueda recibir y centrándose en ofrecer estrategias de afrontamiento y autocuidado a los propios familiares.

También debería explorarse de qué manera se pueden abordar los casos de pacientes que no cuentan con una red de apoyo o soporte familiar, ya que es necesario que, a nivel institucional, se establezcan recursos que ejerzan funciones similares a las que se ejercerían des del ámbito familiar.

La última línea de investigación, que plantea esta revisión sistemática, se centra en los aspectos psicológicos que pueden influir en la adherencia al tratamiento, como la sintomatología depresiva. Pocos estudios se centran en explicar si los pacientes con esquizofrenia desarrollaron la sintomatología depresiva antes o después del tratamiento. En el caso de que el diagnóstico fuera posterior al tratamiento, sería necesario investigar acerca de posibles intervenciones preventivas que eviten la aparición de esta sintomatología, ya que puede afectar en gran medida a la evolución del trastorno.

## 7. Conclusiones

De la presente revisión sistemática, se extraen las siguientes conclusiones. En primer lugar, la importancia de intervenir de manera preventiva, ya que la mayoría de bibliografía encontrada se centra en la actuación durante la etapa crónica de la esquizofrenia. Sin embargo, es importante poder establecer intervenciones en las primeras etapas de este trastorno, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. Otra conclusión extraída de la presente revisión es que el sistema sanitario, en muchas ocasiones, no centra su plan de intervención a nivel farmacológico en la mejora de la adherencia. Este hecho, se explica, por los elevados costes que tienen por ejemplo las presentaciones depott (que han demostrado presentar unas mejores tasas de adherencia al tratamiento) tienen costes muy elevados. Sin embargo, es de vital importancia concienciar a los profesionales sanitarios y a las administraciones, de que la administración de estos puede ahorrar elevados costes en un futuro.

El estigma percibido por la sociedad y por el propio individuo que padece este trastorno, han demostrado ser tareas pendientes en el planteamiento de intervención en esta patología. El cine y la literatura, ha ejemplificado siempre al paciente con diagnóstico de esquizofrenia, como un individuo peligros y lo ha asociado al consumo de sustancias. La realidad, es muy distinta, motivo por el cual es importante ofrecer información a la sociedad, a los profesionales sanitarios y a la propia persona que sufre el trastorno, veraz

y real, con el objetivo de minimizar el impacto que tiene el estigma en la persona y modificar la visión que la sociedad tiene de este.

A través de esta revisión, se ha podido determinar el impacto y la importancia que tienen el entorno y la familia en el desarrollo de la enfermedad. Es importante que, las instituciones, brinden este apoyo a los individuos que no pueden disponer de un entorno familiar. En definitiva, es importante poder ofrecer alternativas para que, las personas que sufren este trastorno se sientan acompañadas durante todo el proceso.

Por último, con el desarrollo de esta revisión sistemática, se han podido determinar que los factores sociales tienen un enorme peso en el pronóstico de adherencia al tratamiento. Factores como el nivel económico, la accesibilidad al transporte o el nivel educacional, han demostrado tener un gran peso en los procesos de tratamiento de esta patología. Por este motivo es importante que, como sociedad, se establezcan las medidas suficientes para que todas las personas puedan acceder a un tratamiento adecuado y personalizado, así como a un acompañamiento psicológico continuado.

## 8. Bibliografía:

Afonso, P., Brissos, S., Cañas, F., Bobes, J., & Bernardo-Fernandez, I. (2014). Treatment adherence and quality of sleep in schizophrenia outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(1), 70-76.

Acosta, F. J., Ramallo-Fariña, Y., & Siris, S. G. (2014). Should full adherence be a necessary goal in schizophrenia? Full versus non-full adherence to antipsychotic treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 33-39.

Bernardo, M., Cañas, F., Herrera, B., & Dorado, M. G. (2017). La adherencia predice la remisión sintomática y psicosocial en esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes en la comunidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(3), 149-159.

Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., & Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*, 30(1), 18-26.

Bottlender, R., & Hloulcal, T. M. (2009). Insight into illness: an overview of the concept focusing on schizophrenia. *Psychiatrische Praxis*, 37(2), 59-67.

Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 737-744.

Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 1-14.

Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... & Arango, C. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20.

Curto, M., Fazio, F., Olivieri, M., Navari, S., Lionetto, L., & Baldessarini, R. J. (2021). Improving adherence to pharmacological treatment for schizophrenia: a systematic assessment. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 22(9), 1143-1155.

Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia bulletin*, 23(4), 637-651.

García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., & González-Pinto, A. (2016). Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *Journal of clinical psychopharmacology*, 36(4),

Gray, R., Bressington, D., Ivanecka, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M., ... & Chien, W. T. (2016). Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 16, 1-12.

Hegedues, A., & Kozel, B. (2014). Does adherence therapy improve medication adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 490-497.

Lieslehto, J., Tiihonen, J., Lähteenvuo, M., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2022). Primary nonadherence to antipsychotic treatment among persons with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 48(3), 655-663.

Ljungdahl, P. M. (2017). Non-adherence to pharmacological treatment in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders—An updated systematic literature review. *The European Journal of Psychiatry*, 31(4), 172-186.

López-Cortacans, G., Pérez García, M., & Pérez García, R. (2021). Propuesta organizativa para mejorar la adherencia del tratamiento inyectable en pacientes con esquizofrenia. *Revista Rol de Enfermería*, 44(7-8), 62-64.

Marder, S. R. (2013). Monitoring treatment and managing adherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(10), 26387.

Nyanyiwa, S., Peters, K., & Murphy, G. (2022). A scoping review: Treatment attitudes and adherence for adults with schizophrenia. *Journal of clinical nursing*, 31(21-22), 3060-3075.

Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., ... & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient preference and adherence*, 1289-1298.

Kane, J. M., Agid, O., Baldwin, M. L., Howes, O., Lindenmayer, J. P., Marder, S., ... & Correll, C. U. (2019). Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(2), 2783.

Kane, J. M., & Correll, C. U. (2019). Optimizing treatment choices to improve adherence and outcomes in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(5), 13505.

Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, C. J., Liberman, R. P., Lopez, S. R., & Mintz, J. (2015). Using the theory of planned behavior to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(5), 985

O'Reilly, C. L., Bell, J. S., Kelly, P. J., & Chen, T. F. (2015). Exploring the relationship between mental health stigma, knowledge and provision of pharmacy services for consumers with schizophrenia. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(3), e101-e109.

Phan, S. V. (2016). Medication adherence in patients with schizophrenia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(2), 211-219.

Patterson, T. L., & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 100(1-3), 108-119.

Pennington, M., & McCrone, P. (2018). Does non-adherence increase treatment costs in schizophrenia?. *PharmacoEconomics*, 36, 941-955.

Peñaranda, A. B., Restrepo, C. G., Valencia, J. G., González, L. E. J., de la Hoz, A. M., Arenas, Á., & Martínez, N. T. (2014). Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44, 13-28.

Pijnenborg, G. H., van Donkersgoed, R. J., David, A. S., & Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 109-117.

Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., ... & Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*.

Sapra, M., Vahia, I. V., Reyes, P. N., Ramirez, P., & Cohen, C. I. (2008). Subjective reasons for adherence to psychotropic medication and associated factors among older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 106(2-3), 348-355

Taub, S., Krivoy, A., Whiskey, E., & Shergill, S. S. (2022). New approaches to antipsychotic medication adherence—safety, tolerability and acceptability. *Expert Opinion on Drug Safety*, 21(4), 517-524.

Torras, M. G., & Tomàs, E. P. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*, 39(1), 31-39.

Vidal Gutiérrez, D. A., Saldivia, S., Grandón Fernández, P., & Inostroza Rovegno, C. (2019). Effectiveness of behavioral family therapy in people with schizophrenia: a randomized, controlled clinical trial. *Salud mental*, 42(2), 65-74.

Yılmaz, E., & Okanlı, A. (2015). The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 297-30