

I. García<sup>1</sup>  
J. M. Granada<sup>2</sup>  
M. I. Leal<sup>3</sup>  
R. Sales<sup>3</sup>  
M. T. Lluch<sup>4</sup>  
J. Fornés<sup>5</sup>  
A. Rodríguez<sup>6</sup>  
J. Giner<sup>1</sup>

# Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría  
Hospital Universitario  
Virgen de la Macarena  
Sevilla

<sup>2</sup>Hospital Ntra. Sra. de Gracia  
Zaragoza

<sup>3</sup>Departamento Enfermería  
Universitat de Valencia  
Hospital Clinic Universitari  
Valencia

<sup>4</sup>Escuela de Enfermería  
Universidad de Barcelona

<sup>5</sup>Departamento de Enfermería y  
Fisioterapia  
Universitat de les Illes Balears  
Palma

<sup>6</sup>Centro Fórum  
Hospital del Mar  
Barcelona

**Objetivo.** Establecer un consenso español sobre cuidados de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.

**Material y métodos.** Un comité de expertos diseñó un cuestionario específico de 43 preguntas con 409 opciones. Las preguntas se referían a: definición y valoración general de la adherencia en la esquizofrenia; factores implicados; estrategias de intervención en pacientes ambulatorios y en unidades de agudos y el manejo de fármacos antipsicóticos inyectables de larga duración. Se asignaron valores de estrategia de elección, primera, segunda o tercera línea, según las respuestas obtenidas para cada ítem. Se envió el cuestionario a 215 enfermeros/as y se recibieron 160 respuestas a través de un sistema electrónico online que garantizaba su confidencialidad.

**Resultados y conclusiones.** Existe el máximo acuerdo en considerar la gravedad del problema de la adherencia, su repercusión en las recaídas y en la evolución del paciente. Las estrategias preferidas para evaluar la adherencia son: el registro de la administración de inyectables y la impresión clínica del paciente. El grupo de trabajo considera que es preciso intervenir de manera específica cuando el paciente ha sufrido ya varias recaídas a causa del bajo cumplimiento terapéutico o se detecta una nula conciencia de enfermedad. La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos son las estrategias preferidas por el personal de enfermería para reducir las recaídas por falta de adherencia.

**Palabras clave:**  
Adherencia. Cumplimiento. Enfermería. Esquizofrenia. Consenso. Salud Mental.

*Actas Esp Psiquiatr 2010;38(Suppl. 1):1-45*

Correspondencia:  
José Giner  
Departamento de Psiquiatría  
Facultad de Medicina  
Avda. Sanchez Pizjuan s/n  
41009 Sevilla (España)  
Correo electrónico: jginer@us.es

## Treatment adherence in Schizophrenia: Nurse practitioners consensus in mental health

**Objective.** Establish a Spanish Consensus on nurse care to increase therapeutic compliance in schizophrenia.

**Material and methods.** An experts committee designed a specific questionnaire having 43 questions. The questions referred to the definition and general assessment of compliance in schizophrenia, factors involved, intervention strategies in outpatients/inpatients and management of long duration injectable antipsychotic drugs a. First, second or third line strategy values of choice were assigned according to the answers obtained for each item. The questionnaire was sent to 160 nurse practitioners. The answers were received with an online electronic system that guaranteed their confidentiality.

**Results and conclusions.** There is maximum agreement on considering the seriousness of the compliance problem, its repercussion in relapses, the patient's course and increase in health care costs. The strategies preferred to evaluate compliance are: counting of the injectable drug administration and clinical assessment. The work group considers that specific intervention is necessary when the patient has already suffered several relapses due to low therapeutic compliance or when null awareness of disease is detected. The promotion of positive patient behaviours on treatment and the patient awareness development about treatment compliance importance are the nurse practitioners favourite strategies to reduce the relapses caused by poor adherence.

**Key words:**  
Adherence. Compliance. Nurse. Schizophrenia. Consensus. Mental Health.

## INTRODUCCIÓN

El incumplimiento del tratamiento sigue siendo un problema de primer orden en la esquizofrenia. Las tasas de

adherencia en los pacientes tratados por enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscilan entre el 43 y el 78%<sup>1</sup>, y aunque las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios, en una revisión de 10 estudios publicados<sup>2</sup> se ha estimado una tasa media del 41,2%.

El impacto del incumplimiento terapéutico en la evolución de los pacientes con esquizofrenia es muy importante ya que aumenta el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios más frecuentes<sup>3</sup>, aumenta el riesgo de suicidio<sup>4</sup>, incrementa los costes sanitarios<sup>5,6</sup>, disminuye la calidad de vida<sup>7</sup> y repercute claramente en las familias y cuidadores<sup>8</sup>.

Por este motivo, surgió en el año 2003 el Proyecto ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia), una iniciativa en la que trabajan más de 400 psiquiatras con el fin de evaluar y mejorar uno de los mayores retos de la psiquiatría actual: la adherencia terapéutica. Para ello han desarrollado distintas actividades orientadas tanto al propio colectivo de psiquiatras como a los enfermeros/as o familiares y personas con esquizofrenia. El Proyecto ADHES es una iniciativa que trabaja para evaluar y mejorar la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia en España<sup>9</sup>. Asimismo desarrolla actividades con el fin de dar a conocer esta realidad, establecer vínculos entre la comunidad científica para detectar los aspectos más problemáticos en este ámbito y aunar esfuerzos en la búsqueda de la mejoría de los pacientes. Recientemente ha sido publicado el Consenso Clínico Español sobre la adherencia terapéutica en la esquizofrenia<sup>10</sup>.

Enfermería ha sido siempre sensible a la problemática de la adherencia al tratamiento y ha realizado algunas propuestas de intervención<sup>11-17</sup>, sin embargo no existe ningún planteamiento de intervención consensuado. El consenso de enfermería surge como necesidad de complementar los datos obtenidos en el consenso clínico con las opiniones de los enfermeros/as de salud mental, integrados en el proyecto ADHES como una pieza clave para el éxito de las estrategias a diseñar para la mejora de la adherencia en la esquizofrenia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Composición del grupo de enfermeros/as consultados

Se incluyeron 300 enfermeros/as de salud mental españoles bajo el auspicio del Grupo Español para el Estudio de la Adherencia en la Esquizofrenia, grupo de trabajo que se sitúa dentro del marco del Proyecto ADHES. De los 300 cuestionarios posibles, se completaron 179. De éstos, se eliminaron 19 por no cumplir con el criterio de selección y calidad establecido (más del 95% del cuestionario cumplimentado). Finalmente el análisis se realizó con 160 respuestas.

La cumplimentación de la encuesta se realizó a través de una página web de acceso restringido mediante contraseña y anónimo. El período de realización fue durante los meses de junio a agosto de 2008.

Para garantizar la confidencialidad de las respuestas se estableció un procedimiento mediante el cual se solicitaba una contraseña alfanumérica para acceder por primera vez a la página web que contenía la encuesta. Esta contraseña era la única identificación asociada a la base de datos que contenía las respuestas al cuestionario. La asignación de la contraseña a cada enfermero/a participante en el consenso fue realizada de manera aleatoria y confidencial por la Fundación Española de Psiquiatría, institución creada por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, quienes dieron su reconocimiento de interés científico al consenso. Dada la confidencialidad de las respuestas no es posible asociar a los enfermeros/as participantes con las distintas respuestas al cuestionario. En el panel de enfermeros/as se cita a todos los participantes.

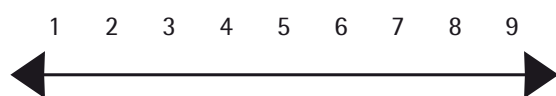
### Descripción del cuestionario

En primer lugar, el comité coordinador creó un algoritmo básico basado en una revisión de la literatura. Se buscó identificar los puntos clave de decisión en la mejora de la adherencia terapéutica en el tratamiento de la esquizofrenia, así como obtener una relación de las opciones viables de intervención. Se desarrolló por escrito con un total de 43 preguntas en las que se preguntaba sobre distintos aspectos de la adherencia terapéutica: definición y valoración general, factores implicados, estrategias de intervención para la mejora de la adherencia terapéutica en los pacientes ambulatorios y en unidad de agudos y, finalmente, un bloque de preguntas relacionadas con el incumplimiento terapéutico y el manejo de los antipsicóticos inyectables de larga duración.

### Escala de puntuación

Aproximadamente en el 90% de las opciones de la encuesta la respuesta implicaba valorar la respuesta más apropiada utilizando una escala de 9 puntos en una versión modificada de la escala de Rand, utilizada también en otras guías clínicas con similares procedimientos para establecer un consenso<sup>10</sup> y de manera particular en The Expert Consensus Guidelines Series de esquizofrenia<sup>18</sup>. En cada pregunta se especificaba la división de la escala de valoración. En la figura 1 se muestra un ejemplo de formato utilizado.

Para las demás preguntas se debían anotar los niveles de adherencia observados en los propios pacientes y la opinión personal respecto a las definiciones de incumplimiento recogidas en la literatura. En cada caso se cuantificaron los límites porcentuales.



Para cada una de las propuestas señaladas otorgue un 1, 2 o 3 a aquellas afirmaciones con las que no esté de acuerdo; una puntuación de 4, 5 o 6 a aquellas con las que esté de acuerdo, y 7, 8 o 9 a las afirmaciones con las que esté muy de acuerdo.

Figura 1

Escala de puntuación.

### Análisis estadístico del Consenso

Se evaluaron cada uno de los ítems de las 43 preguntas de la encuesta, según la línea de puntuación que recibieron, para determinar si alcanzaban o no consenso. Mediante la prueba de la chi cuadrado, con un nivel de significación estadística de 0,05, se pudo determinar si las respuestas de los enfermeros/as se distribuyeron al azar entre las líneas de puntuación (primera, segunda y tercera línea).

Se calcularon la media, la desviación estándar y el intervalo de confianza del 95% para la media en cada uno de los ítems. Este intervalo de confianza (IC) estadísticamente calculado de la muestra explica que en el caso de que la encuesta se volviera a administrar a otro grupo similar de clínicos existe una probabilidad del 95% de que la media quedará comprendida dentro de ese intervalo. Para obtener estos resultados se utilizó el programa SAS y se determinó el sistema de redondeo a un decimal para obtener los porcentajes.

### Categorías de puntuación

Para cada ítem valorado se designó un valor de primera, segunda o tercera línea. Este valor se determinó por la categoría en la que se situaba su media, de forma que:

- Para ser valorado en la categoría de primera línea, la media tenía que ser superior o igual a 7.
- Para ser puntuado en la categoría de segunda línea, la media tenía que situarse entre <7 y 5.
- Para la tercera línea, la media tenía que ser inferior a 5.
- No hay consenso cuando las respuestas de los expertos se habían distribuido al azar entre las tres categorías; se evalúa mediante la prueba de chi cuadrado. Se muestran los gráficos con barras de IC sin sombrear.

Se consideró «estrategia o factor de elección» si el ítem fue puntuado con un 9 al menos por el 50 % de los enfermeros/as. El porcentaje para el criterio de elección también está incluido en el porcentaje total de la primera línea.

### Presentación de los resultados de la encuesta

En el informe de resultados se muestran los resultados de la encuesta en su totalidad. En él se incluyen:

- Las opciones ordenadas según la puntuación dada por los enfermeros/as.
- Un gráfico de barras que muestra los intervalos de confianza para cada una de las elecciones.
- Una tabla con los valores numéricos.

Las puntuaciones posibles recogidas en el gráfico de barras son:

- Estrategia de elección. \*
- Primera línea. ■
- Segunda línea. ■
- Tercera línea. ■
- No existe consenso. □

### Conclusiones y limitaciones

Este consenso es el resultado del acuerdo de un importante número de enfermeros/as españoles, con experiencia en el manejo de los problemas de incumplimiento en pacientes con esquizofrenia, acerca de las actuaciones (farmacológicas y no farmacológicas) más recomendables para mejorar la adherencia terapéutica en el tratamiento de este trastorno psiquiátrico.

Las conclusiones recogidas resumen la opinión de una amplia muestra de enfermeros/as españoles, consiguiéndose un porcentaje muy elevado de respuestas, lo que garantiza que las conclusiones representan la opinión actual de los enfermeros/as directamente responsables de la atención clínica de los pacientes con esquizofrenia en España.

Las situaciones clínicas sobre las que se consultó también fueron seleccionadas mediante consenso en función de su importancia y frecuencia en la clínica cotidiana.

Debido a la escasa bibliografía que todavía existe acerca del abordaje de la adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia, las conclusiones generadas por el Consenso sobre cuidados de enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes suponen una herramienta de consulta, de utilidad en la práctica clínica diaria. La opinión de los enfermeros/as es de gran utilidad a la hora de dar respuesta a situaciones clínicas cotidianas.

Las conclusiones, resultado del consenso, no constituyen en ningún caso pautas rígidas de actuación y presentan la limitación de que pueden no ser apropiadas o válidas en algunos casos. En este sentido, su cumplimiento no garantiza un resultado satisfactorio en todos los pacientes, por lo que los

profesionales que las consulten deben tener presente siempre su propio juicio clínico a la hora de tratar a sus pacientes. El objetivo último de este trabajo no es otro que el de tratar de mejorar la atención diaria, la evolución a largo plazo, evitar o reducir el número de recaídas y por tanto aumentar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

### **PARTICIPANTES EN EL PROYECTO ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia)**

Comité Coordinador: Inés García, José Manuel Granada, M.<sup>a</sup> Isabel Leal, Rafael Sales, M.<sup>a</sup> Teresa Lluch, Joana Fomés, Alfonso Rodríguez, José Giner.

Grupo Consultor: Ana Camacho Barrera, M.<sup>a</sup> Dolores Ríos, María Herrera Usagre, Esther Vivanco González, María Luisa Prieto Cedrón, Helena González Asenjo, Belén Morales Rozas, Astrid Thelen González, Inmaculada Cuixart Alfaro, M.<sup>a</sup> Concepción Domínguez Suria, M.<sup>a</sup> Luz Martínez Gutiérrez, Antonio Villalba, Montserrat García Sastre, M.<sup>a</sup> Luisa Alberca Muñoz, José Romo Villa, Eugenia Murga Ulibarri, Raúl Lozano Alonso, Vanesa Sánchez, Concha Rivera Rocamora, Francisco Javier Lozano Olea, Joaquín Cánovas Conesa, Lourdes Alcalá Aranda, Matías Zamora, Santiago Pérez García.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Osterberg L, Blaschke T. Therapeutic Adherence. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
- Lacro JP, Dunnn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.
- Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and Rehospitalization Rates in Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs* 2002;16:473-84.
- Herings RMC, Erkens JA. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:423-4.
- Knapp M, King D, Pugner K, Lapuerta P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *Brit J Psychiatry* 2004;184:509-16.
- Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatr Serv* 2001;52:805-11.
- Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication and side effects. *J Clin Psychiatry* 2004;65:932-9.
- Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
- Giner J, Cañas F, Olivares JM, Rodríguez A, Burón JA, Rodríguez-Morales A, Roca M. Treatment adherence in schizophrenia. A comparison between patient's, relative's and psychiatrist's opinions. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34:386-92.
- Roca M, Cañas F, Olivares J, Rodríguez A, Giner J. Treatment Adherence in Schizophrenia. Spanish Clinical Consensus. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:1-6.
- Franch JI, Conde VJM, Blanco JA, Medina G. El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación: propuesta de un programa para el hospital de día psiquiátrico (on-line). *Interpsiquis* 2001;(2) (Consulta 15/02/2006).
- González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento ansipsicótico: actuación de enfermería. *Interpsiquis* 2004. [Consultado el 20/02/2006].
- García I, Sánchez EI, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chávez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:211-6.
- Coombs T, Deane FP, Lambert G, Griffiths R. What influences patient's medication adherence? Mental health nurse perspectives and a need for education and training. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12:148-152.
- Estévez GJ, Marrero CD, López O, Santana R. ¿Qué conduce a la rápida rehospitalización de los pacientes psiquiátricos? *Enf Clín* 2001;230:35-41.
- Lluch-Canut MT, Checa-Peña F, García-Morales J, Márquez-Romero MI, Camarena-Pelegri X, Beltrán-Megías JJ, et al. Efectividad de la Atención Domiciliaria de Enfermería administrada a pacientes con Trastorno Mental Severo (TMS): Ensayo Clínico Controlado. *Enf Clín* 2006;16:198-205.
- Lluch MT, Biel A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de enfermería. *Presencia. Revista de Enfermería de Salud Mental* 2006;2(3). ISSN: 1885-0219.
- Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guidelines Series. Optimizing Pharmacologic treatment of Psychotic Disorders. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl. 12):1-100.

## Anexo 1

## Resumen del Consenso de enfermería en salud mental sobre adherencia al tratamiento en la esquizofrenia

## GENERALIDADES

## Conclusión 1. Definición de cumplimiento (preguntas 1 y 2).

Se entregaron a los enfermeros/as las definiciones de cumplimiento recogidas en la bibliografía que se muestran en la tabla. Como media, el grupo de enfermeros/as españoles consultados estableció unos criterios más restrictivos que los de la bibliografía para considerar a su paciente

incumplidor si realiza menos del 28,79% del tratamiento prescrito frente a un 20%. Sin embargo, la valoración de los enfermeros/as acerca de los niveles de cumplimiento en los pacientes mostró valores más altos que los recogidos en la literatura.

Estimación de cumplimiento con el tratamiento oral	Definiciones recogidas en la bibliografía	Definiciones valoradas por los enfermeros/as (media, DE)*	Estimación del cumplimiento sobre los propios pacientes (media, DE)
Cumplidor	Realiza >80% del tratamiento prescrito	Realiza >81,79% (12,32) del tratamiento prescrito	53,34% (28,00)
Parcialmente cumplidor	Realiza 20-80% del tratamiento prescrito	Realiza 41,76-71,33% (24,23-20,59) del tratamiento prescrito.	27,04% (17,90)
No cumplidor	Realiza <20% del tratamiento prescrito	Realiza <28,72% (16,86) del tratamiento prescrito	19,62% (20,53)

\* Obsérvese que los resultados no establecen intervalos exactos de clasificación del cumplimiento. Esto se debe a que en los resultados obtenidos se observaron diferentes criterios para determinar cada categoría, de manera que su suma muchas veces no llegaba al 100% y en otras superaba el 110%. Por ello al realizar la media no se obtuvo una suma del 100%.  
DE: desviación estándar.

## Conclusión 2. Repercusión de la adherencia en el desarrollo de la esquizofrenia (preguntas 3, 4, 5 y 6).

Los enfermeros/as consideran que una buena adherencia al tratamiento proporciona más comportamientos saludables en el paciente con esquizofrenia. De hecho, la falta de adherencia al tratamiento se valora como un problema grave en las manifestaciones de la enfermedad. Los enfermeros consideran que la falta de adherencia es un problema muy importante sobre todo en la agudización de los síntomas, así como en los comportamientos saludables del paciente y. Se considera que esta falta de adherencia es responsa-

ble de numerosas consecuencias directas: recaídas y/o re-hospitalizaciones, empeoramiento de la sintomatología de la enfermedad, pérdida de calidad de vida del paciente y su núcleo de convivencia, así como empeoramiento del funcionamiento social del paciente. Entre los motivos de recaída valorados, destaca el incumplimiento al tratamiento antipsicótico como motivo más importante de recaída frente a la eficacia insuficiente del tratamiento per se como el menos importante.

Papel de la adherencia en la conducta de salud del paciente	Importancia del problema de la falta de cumplimiento	Motivos de recaída	Consecuencias de la falta de adherencia
<b>Muy importante</b> Una buena adherencia proporciona más comportamientos saludables en el paciente con esquizofrenia.	<b>Importante en la agudización de los síntomas.</b> Importante en los comportamientos saludables del enfermo.	<b>Incumplimiento del tratamiento</b> Consumo de drogas o alcohol. Pérdida de seguimiento del paciente en el ámbito extra-hospitalario. Falta de soporte o implicación familiar. Acontecimientos vitales estresantes. Falta de insight asociado a la enfermedad. Cumplimiento parcial del tratamiento antipsicótico Carencia de terapia rehabilitadora. Insuficientes sistemas de apoyo familiar	Recaídas y/o re-hospitalizaciones. Empeoramiento de la sintomatología de la enfermedad. Pérdida de calidad de vida del paciente y su núcleo de convivencia. Empeoramiento del funcionamiento social del paciente.

<b>Importante</b>	Una buena adherencia puede mejorar comportamientos saludables en la esquizofrenia sólo en algunos casos concretos	Menos en los comportamientos de salud del enfermo	Eficacia insuficiente del tratamiento antipsicótico	Aumento de la utilización de recursos sanitarios. Intento de suicidio
-------------------	---	---	---	---

## EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

### Conclusión 3. Métodos de evaluación del cumplimiento (preguntas 7 y 8).

Entre los métodos de evaluación del cumplimiento, el registro de administración de fármacos inyectables fue el sistema mejor valorado y el más utilizado habitualmente. El recuento de pastillas y la información proporcionada por el

paciente fueron los métodos evaluados como menos fiables. Este resultado contrasta con el hecho de que la valoración de la información proporcionada por el paciente fue evaluado como uno de los métodos más utilizados habitualmente.

	Registro de administración de fármacos inyectables	Registro de administración de fármacos inyectables
	Fiabilidad de los métodos	Métodos utilizados habitualmente
Muy fiable/utilizado	Su impresión clínica como enfermera/o Impresión clínica del psiquiatra Preguntar al cuidador	Su impresión clínica como enfermera/o Impresión clínica del psiquiatra Preguntar al paciente Preguntar al cuidador principal
Fiable/utilizado	Impresión clínica de otros profesionales Análisis de sangre Escala de evaluación del cumplimiento	Supervisión de tomas en la Unidad de Agudos Análisis de sangre Escala de evaluación del cumplimiento Recuento de pastillas No utiliza habitualmente métodos de evaluación del cumplimiento de tratamiento oral antipsicótico
No fiable/utilizado	Análisis de orina Preguntar al paciente Recuento de pastillas	Análisis de orina)

## FACTORES IMPLICADOS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

### Conclusión 4. Evaluación de los factores condicionantes de una baja adherencia (preguntas 9-12)

La intensidad del tratamiento (número de dosis y fármacos) y su complejidad fueron evaluados como los factores del plan de cuidados más condicionantes. La falta de conciencia de la enfermedad y el consumo de tóxicos fueron los facto-

res individuales más relacionados con la falta de adherencia, sin embargo el plan terapéutico fue el factor considerado menos importante.

	Plan de cuidados	Individuales
Muy importante	Complejidad del tratamiento (politerapia) Intensidad del tratamiento Mala relación con la familia / cuidador principal Ausencia de relación con personas significativas Duración del tratamiento Mala relación con personas significativas Incompatibilidad del plan terapéutico con otras actividades diarias.	Falta de conciencia de enfermedad Consumo de tóxicos Falta de motivación para iniciar o seguir el plan terapéutico Falta de conocimiento sobre el plan terapéutico propuesto Deterioro cognitivo / Problemas de memoria Creencias personales Otros estilos de vida incompatibles con el plan terapéutico Falta de habilidades para llevar a término el plan terapéutico correctamente
Importante	Coste asociado al plan terapéutico	Influencias culturales

Los factores del sistema de salud más destacados relacionados con la falta de adherencia fueron la falta de continuidad entre los distintos dispositivos y recursos de la red y la falta de confianza en el personal sanitario.

En cuanto a las redes de soporte, se consideró que la ausencia de un cuidador principal o la sobrecarga de éste eran los factores más importantes causantes de falta de adherencia.

	Sistema de salud	Redes de soporte
Muy importante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de continuidad entre los distintos recursos o dispositivos de la red</li> <li>Falta de confianza con el personal sanitario</li> <li>Falta de recursos en la comunidad, falta de conocimiento, fallos de sistema del salud</li> <li>Lenguaje inadecuado en la comunicación personal sanitario-paciente</li> <li>Insatisfacción con el tipo de cuidados o plan terapéutico</li> <li>Insuficiente información por parte del personal sanitario</li> <li>Falta de recursos para el acceso a los cuidados</li> <li>Prejuicios sobre indicaciones terapéuticas</li> <li>Dificultades de acceso al equipo asistencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de cuidador principal</li> <li>Sobrecarga del cuidador principal</li> <li>Falta de habilidades terapéuticas del cuidador principal</li> <li>Falta de soporte institucional</li> <li>Impacto del prejuicio sobre el paciente</li> <li>Falta de redes de soporte informal</li> </ul>
Importante	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de confianza con la red sanitaria</li> <li>Dificultades burocráticas para el acceso a las terapias prescritas</li> </ul>	

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

### ESTRATEGIAS GENERALES

#### Conclusión 5. Necesidad de intervención (preguntas 13-14)

Los enfermeros/as consideraron que la mayoría de situaciones planteadas requieren intervención, pero subrayaron la necesidad de intervención cuando el paciente ha sufrido recaídas por falta de conciencia de enfermedad o cuando hay un problema de cumplimiento.

En relación con el tratamiento farmacológico, se consideró particularmente importante la intervención en pacientes que dejan de tomar el tratamiento prescrito o cuando no lo toman en más del 80%..

	Situaciones clínicas que precisan intervención	Situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico que precisan intervención
Primera línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de conciencia de enfermedad</li> <li>Recaídas debidas a un problema de cumplimiento del tratamiento</li> <li>Desde el comienzo de la enfermedad</li> <li>Carencia de soporte familiar o social</li> <li>Consumo de drogas o alcohol</li> <li>Recaídas previas sin causa reconocida</li> <li>Falta de memoria y/o déficit cognitivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el paciente ha abandonado totalmente la medicación</li> <li>Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente más del 80% de la medicación prescrita</li> <li>Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente el 50% de la medicación prescrita</li> <li>Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente el 20% de la medicación prescrita</li> <li>Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente el 20% de la medicación prescrita</li> <li>Cuando el cumplimiento de la medicación no es conocido por el profesional sanitario</li> </ul>
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el paciente se encuentra estable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el paciente deja de tomar algunas dosis eventualmente</li> </ul>

#### Conclusión 6. Estrategias e intervenciones generales para facilitar la adherencia terapéutica (preguntas 15-21)

En pacientes incumplidores o cumplidores parciales (entre un 42% y un 71% del tratamiento prescrito, según

la valoración de los enfermeros/as), las intervenciones que recabaron más consenso fueron las dirigidas a conseguir una

administración adecuada de la medicación, así como lograr un acuerdo con el paciente. En los pacientes con cumplimiento adecuado (realizan más del 82% del tratamiento

prescrito) la información sobre la medicación prescrita fue la estrategia considerada más adecuada.

Nivel de cumplimiento con el tratamiento oral	Cumplidor	Parcialmente cumplidor	No cumplidor
Primera línea	Información sobre la medicación prescrita Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación Información de las guías o recursos del sistema sanitario	Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente Información sobre la medicación prescrita Información de las guías o recursos del sistema sanitario	Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente Información sobre la medicación prescrita Información de las guías o recursos del sistema sanitario
Segunda línea	Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente		

Entre las intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente, se consideraron importantes todas las propuestas, resaltando identificar con el paciente las consecuencias de no tomar medicación, mostrar interés por sus problemas y necesidades, animar al paciente a que explique sus dificultades para tomar la medicación y desarrollar psicoeducación específica para el paciente.

La intervención con mayor consenso para conseguir la administración adecuada de la medicación fue el indicar al paciente las consecuencias, en su vida y su entorno, de un

mal cumplimiento. Sin embargo no se consideró apropiado obligar al enfermo a que tome la medicación.

Se consideró importante toda la información relacionada con la medicación, especialmente aquella relacionada con los beneficios proporcionados por el cumplimiento.

En relación a la información relacionada con las guías o recursos del sistema sanitario, la información para acceder a los servicios de urgencia fue la considerada de mayor importancia.

Intervenciones	Dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente	Para conseguir administración adecuada de la medicación
Primera línea	Mostrar interés por los problemas y necesidades del paciente Identificar con el paciente las consecuencias de no tomar medicación Animar al paciente a que explique sus dificultades para tomar la medicación Desarrollar psicoeducación específica para el paciente Desarrollar psicoeducación específica para el cuidador principal Disponer de un ambiente adecuado para favorecer el acuerdo	Indicar al enfermo las consecuencias, en su vida y su entorno, de no tomar la medicación prescrita de forma adecuada Enseñar formas de compensar los efectos adversos de la medicación Enseñar al cuidador principal a detectar efectos secundarios Observar la respuesta adecuada al tratamiento Recomendar la cumplimentación del tratamiento prescrito Convencer al enfermo para que tome la medicación prescrita
Tercera línea		Obligar al enfermo, ante posibles medidas de coacción/intimidación, a que tome la medicación

Información	De la medicación prescrita	De las guías o recursos del sistema sanitario
Primera línea	Informar sobre los beneficios de cumplimentar la medicación Informar al paciente del propósito y acción de cada medicamento Informar sobre interacciones y efectos secundarios	Informar cómo acceder a los servicios de urgencia Informar sobre las personas con las que debe contactar Informar sobre los recursos sanitarios existentes en su área Información sobre las asociaciones de familiares y usuarios Informar sobre horarios, teléfonos, etc. Facilitar el conocimiento del servicio de atención al usuario Informar sobre los recursos económicos a los que tienen derecho



## ESTRATEGIAS EN PACIENTES EXTRAHOSPITALARIOS

Todas las estrategias propuestas para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios fueron consideradas de primera línea, lo que indica el valor que los enfer-

meros/as dan al refuerzo de la adherencia terapéutica como elemento esencial para lograr una mejoría/control a medio y largo plazo en la esquizofrenia.

### Conclusión 7. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios (preguntas 22-28)

#### 7.A. Factores relacionados con el tratamiento y el paciente (preguntas 23-24)

En el caso de pacientes con efectos secundarios, así como en aquellos con bajo soporte familiar o social, reforzar sus actitudes positivas y llegar a un acuerdo con el paciente

sobre la importancia de tomar el tratamiento fueron las intervenciones mejor valoradas.

	Efectos secundarios	Bajo soporte familiar y/o social
Muy importante	<p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad</p> <p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Monitorizar el cumplimiento del tratamiento</p> <p>Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares</p> <p>Seguimiento domiciliario</p>	<p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad</p> <p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento</p> <p>Seguimiento domiciliario</p> <p>Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Monitorizar el cumplimiento del tratamiento</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p>

En pacientes ambulatorios con falta de conciencia de la enfermedad y en aquellos con abuso de drogas y/o alcohol, las intervenciones con mayor consenso fueron reforzar las conductas y actividades positivas del paciente hacia el tratamiento y llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, entre otras. En el caso de historial de intentos de suicidio y de agresividad, reforzar

sus conductas y actitudes positivas fueron los consensos más importantes.

En el caso de pacientes de inicio reciente, se consideraron como mejores estrategias incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico y reforzar las conductas y actitudes positivas del paciente hacia el tratamiento.

	Falta de conciencia de enfermedad	Abuso de drogas y/o alcohol
Primera línea	<p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento</p> <p>Informar al paciente de las consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Informar al paciente del propósito de acción del tratamiento</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Medidas recordatorias a pacientes y cuidadores</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p> <p>Informar de la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Monitorizar el cumplimiento del tratamiento</p> <p>Seguimiento domiciliario</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo</p>	<p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento</p> <p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Monitorizar el cumplimiento</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p> <p>Medidas recordatorias a pacientes y cuidadores</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Seguimiento domiciliario</p>

	Historial de intentos de suicidio	Historial de agresividad
Primera línea	<p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p> <p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Medidas recordatorias a pacientes y cuidadores</p> <p>Monitorizar el cumplimiento</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Seguimiento domiciliario</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p>	<p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Monitorizar el cumplimiento</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Medidas recordatorias a pacientes y cuidadores</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Seguimiento domiciliario</p>

### Pacientes de inicio reciente

Primera línea	<p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico</p> <p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p> <p>Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria</p> <p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares</p> <p>Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores</p> <p>Seguimiento domiciliario</p> <p>Monitorizar el cumplimiento del tratamiento</p> <p>Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento</p>
---------------	--

## ESTRATEGIAS EN PACIENTES EN UNIDADES DE AGUDOS

### Conclusión 8. Recaídas según niveles de cumplimiento (preguntas 29-32)

En las recaídas por incumplimiento o cumplimiento parcial del tratamiento, reforzar las conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento y llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento fueron las estrategias más consensuadas.

En las recaídas con cumplimiento adecuado del tratamiento, las estrategias consideradas más importantes

fueron el refuerzo de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el apoyo emocional.

En las recaídas en pacientes de inicio reciente, el refuerzo de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento fueron las estrategias que tuvieron más consenso.

### Pacientes en unidades de agudos (pregunta 29)

De elección	<p>Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia</p> <p>Darle apoyo emocional</p> <p>Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados</p> <p>Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito</p> <p>Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento</p> <p>Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p> <p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento</p>
Primera línea	<p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares</p> <p>Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito</p> <p>Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos</p> <p>Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores</p> <p>Enseñar el proceso de su enfermedad</p> <p>Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a su enfermedad</p>
Segunda línea	<p>Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario</p>

**Pacientes con recaída por cumplimiento parcial del tratamiento (pregunta 30)**

De elección	<p>Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a sus problemas          Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito          Darle apoyo emocional          Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados          Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento</p> <p>Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento          Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento          Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia</p>
Primera línea	<p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares          Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito          Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores          Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos          Enseñar el proceso de su enfermedad</p>
Segunda línea	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario

**Pacientes con cumplimiento adecuado del tratamiento (pregunta 31)**

De elección	<p>Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a sus problemas          Darle apoyo emocional          Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados          Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento</p>
Primera línea	<p>Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia          Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento          Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento          Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito          Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares          Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito          Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores          Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos          Enseñar el proceso de su enfermedad</p>
Segunda línea	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario

**Pacientes con recaída psicótica de inicio reciente (pregunta 32)**

De elección	<p>Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a sus problemas          Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito          Darle apoyo emocional          Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados          Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento          Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento          Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento          Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia</p>
Primera línea	<p>Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares          Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito          Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores          Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos          Enseñar el proceso de su enfermedad</p>
Segunda línea	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario

## Conclusión 9. Momentos más adecuados para intervenir en función del nivel de cumplimiento (preguntas 33-36)

En pacientes con incumplimiento del tratamiento, cumplimiento parcial o cumplimiento adecuado, así como en pacientes de inicio reciente, el momento más conveniente

para iniciar las intervenciones, según los enfermeros/as, fue al remitir la sintomatología aguda, mientras que el momento menos adecuado seleccionado fue antes de recibir el alta.

<b>Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en un paciente con incumplimiento del tratamiento (pregunta 33)</b>	
Primera línea	Cuando haya remitido la sintomatología aguda
Segunda línea	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra Cuando lo indique el psiquiatra Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda Desde el inicio del ingreso Entre la primera y la segunda semana de ingreso En la primera semana del ingreso
Tercera línea	Antes del alta (el día previsto)
<b>Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en un paciente con cumplimiento parcial del tratamiento (pregunta 34)</b>	
Primera línea	Cuando haya remitido la sintomatología aguda
Segunda línea	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra Cuando lo indique el psiquiatra Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda Desde el inicio del ingreso Entre la primera y la segunda semana de ingreso En la primera semana del ingreso
Tercera línea	Antes del alta (el día previsto)
<b>Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en un paciente con cumplimiento adecuado del tratamiento (pregunta 35)</b>	
Primera línea	Cuando haya remitido la sintomatología aguda
Segunda línea	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra Cuando lo indique el psiquiatra Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda Desde el inicio del ingreso Entre la primera y la segunda semana de ingreso En la primera semana del ingreso
Tercera línea	Antes del alta (el día previsto)
<b>Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en pacientes de inicio reciente (pregunta 36)</b>	
Primera línea	Cuando haya remitido la sintomatología aguda
Segunda línea	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra Cuando lo indique el psiquiatra Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda Desde el inicio del ingreso Entre la primera y la segunda semana de ingreso En la primera semana del ingreso
Tercera línea	Antes del alta (el día previsto)

## ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN

### Conclusión 10. Estrategias relacionadas con los antipsicóticos inyectables de larga duración (preguntas 37-43)

Las estrategias de preparación del paciente para el uso de un antipsicótico inyectable de larga duración (ILD) mejor valoradas por los enfermeros/as fueron informar al paciente sobre las ventajas de esta vía de administración y sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular.

Llegar a acuerdos con el paciente sobre la manera de identificar cómo este tratamiento contribuye a alcanzar sus objetivos y en el establecimiento de las citas, recuerdo de éstas y control de sus ausencias fue una estrategia muy valorada por los enfermeros/as.

Dentro del manejo de esta medicación, se resaltó la importancia de un control de los efectos adversos y de un control del cumplimiento de las citas para la administración del fármaco.

La evaluación de otras intervenciones mostró que el facilitar y fomentar la capacidad de procesar y comprender la información sobre el tratamiento, así como animar al paciente

a que asuma más responsabilidad en el seguimiento del tratamiento fueron las actuaciones que mostraron más consenso.

Las desventajas del tratamiento más destacadas por los enfermeros/as fueron las molestias derivadas de un tratamiento periódico (desplazamiento, cumplimiento de las citas, etc.) y la falta de aceptación por parte del paciente.

Las ventajas más destacadas fueron la mejor capacidad de asegurar el cumplimiento y la posibilidad de conocer de manera inmediata el momento de abandono del tratamiento.

Las diferencias entre los antipsicóticos inyectables de larga duración (atípicos y convencionales) que adquirieron mayor grado de consenso fueron la menor sedación producida por un antipsicótico atípico ILD en comparación con la generada por un antipsicótico convencional depot y la mayor eficacia de los atípicos respecto a los síntomas negativos y afectivos.

#### Estrategias para el manejo de los antipsicóticos inyectables de larga duración (pregunta 37)

De elección	<p>Informar de por qué se opta por el medicamento y su forma de administración</p> <p>Proporcionar estrategias de recuento de fecha de administración del antipsicótico ILD</p> <p>Informar al paciente del propósito y acción del fármaco</p> <p>Informar al paciente de las ventajas de esta vía de administración</p> <p>Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento</p>
Primera línea	<p>Valorar el conocimiento que el paciente tiene de este tratamiento</p> <p>Valorar las consideraciones negativas del paciente sobre la forma de administración inyectable</p> <p>Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento</p> <p>Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos</p> <p>Inclusión en esta estrategia del cuidador principal como apoyo al seguimiento de este tratamiento</p>

#### Estrategias para establecer acuerdo con el paciente que va a utilizar un antipsicótico inyectable de larga duración (pregunta 38)

De elección	<p>Establecer con el paciente la citas, según procedimiento del centro, estrategias de recuerdo de las mismas y control de ausencias</p>
Primera línea	<p>Ayudar al paciente a identificar de manera realista sus dificultades derivadas de la enfermedad</p> <p>Inclusión en esta estrategia del cuidador principal como apoyo al acuerdo con el paciente</p> <p>Planificar con el paciente qué se va a trabajar en la cita, además de la administración del antipsicótico ILD</p> <p>Valorar qué importancia otorga el paciente a este tratamiento como ayuda para alcanzar sus objetivos</p> <p>Establecer, junto con el paciente, esos objetivos como conductas fácilmente identificables</p> <p>Ayudar al paciente a establecer objetivos de los cuidados</p> <p>Ayudar al paciente a identificar cómo este tratamiento contribuye a alcanzar sus objetivos</p>

**Estrategias de manejo de la medicación antipsicótica inyectable de larga duración (pregunta 39)**

De elección	<p>Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente</p> <p>Ayudar al paciente y/o cuidador principal a identificar los beneficios de seguir adecuadamente este tratamiento</p> <p>Observar si se producen efectos adversos</p> <p>Controlar el cumplimiento de las citas para la administración del fármaco</p>
Primera línea	<p>Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación</p> <p>Identificar las dificultades derivadas de la adquisición y conservación del fármaco</p> <p>Explicar al paciente y/o cuidador principal los posibles efectos secundarios del tratamiento</p> <p>Determinar el impacto del tratamiento en la vida habitual del paciente</p> <p>Vigilar la eficacia de la modalidad de administración del fármaco</p>

**Estrategias de otro tipo de intervenciones (pregunta 40)**

De elección	Facilitar y fomentar en el paciente su capacidad de procesar y comprender la información proporcionada sobre su tratamiento
Primera línea	<p>Consultar por teléfono para apoyo, información o enseñanza sobre dificultades del paciente con su tratamiento</p> <p>Facilitar al paciente la utilización adecuada de servicios sanitarios (farmacia-visado, administración en caso de desplazamiento, servicios de urgencia o atención programada)</p> <p>Ofrecer asesoramiento al paciente y/o cuidador principal sobre todo lo relativo a estos fármacos y su administración</p> <p>Facilitar el apoyo del paciente por parte del cuidador principal, implicándole en el proceso terapéutico</p> <p>Animar al paciente a que asuma más responsabilidad sobre el seguimiento de su tratamiento con antipsicótico ILD</p>

**Desventajas de la utilización de inyectable de larga duración (pregunta 41)**

Primera línea	<p>Molestias derivadas de un tratamiento inyectable periódico (desplazamientos, cumplir citas, dolor, temor a la administración, etc.)</p> <p>Falta de aceptación por parte del paciente</p>
Segunda línea	<p>Estigma asociado a las inyecciones</p> <p>Dificultad para identificar sus efectos positivos</p>

**Ventajas de la utilización de inyectable de larga duración (pregunta 42)**

De elección	<p>Contacto periódico con el paciente</p> <p>Contribuir a la estabilización: menor riesgo de recaídas/hospitalizaciones</p> <p>Conocer de forma inmediata cuándo el paciente abandona el tratamiento</p> <p>Asegurar la administración de la medicación</p>
Primera línea	<p>Tranquilidad para el cuidador principal y entorno del paciente</p> <p>Comodidad para el paciente</p> <p>Saber que la recaída se produce a pesar del seguimiento correcto del tratamiento farmacológico</p> <p>Aumento de la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico</p>

**Diferencias entre los dos principales tipos (atípicos/convencionales) de antipsicóticos inyectables de larga duración (pregunta 43)**

Primera línea	<p>Mayor facilidad en la preparación de administración en los convencionales depot vs atípico ILD</p> <p>Administración menos dolorosa del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot</p> <p>Mayor facilidad de conservación (no necesita frío) en los convencionales depot vs atípico ILD</p> <p>Mejor aceptación por parte del cuidador principal del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot</p> <p>Mayor flexibilidad en el periodo de administración en los convencionales depot vs atípico ILD</p> <p>Mejor aceptación por parte del paciente del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot</p>
Segunda línea	<p>Efectos terapéuticos observados que sugieren liberación estable y sostenida en antipsicóticos atípicos ILD vs convencional depot</p> <p>Menor presencia de sedación inmediata tras la administración del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot ILD</p> <p>Mejor tolerabilidad global del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot</p> <p>Eficacia frente síntomas negativos y afectivos del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot</p> <p>Menor sedación provocada por el tratamiento del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot</p>

## Anexo 2

## Resultado de las preguntas para la elaboración del Consenso de enfermería en salud mental sobre adherencia al tratamiento en la esquizofrenia

## GENERALIDADES

En la elaboración de este consenso se utilizan las siguientes definiciones de niveles de cumplimiento (siguiendo las definiciones más frecuentes en la literatura científica):

- Paciente cumplidor: realiza más del 80% del tratamiento prescrito.
- Paciente parcialmente cumplidor: realiza entre un 20% y un 80% del tratamiento prescrito.
- Paciente no cumplidor/incumplidor: realiza menos del 20% del tratamiento prescrito.

## Pregunta 1. Niveles de cumplimiento en los pacientes que usted atiende

Estamos interesados en averiguar qué proporción de los pacientes con esquizofrenia que usted atiende son cumplidores, parcialmente cumplidores y no cumplidores a partir de las definiciones indicadas anteriormente.

Nivel de cumplimiento	Total
Cumplidor	
Media (DE)	53,34 (28,00)
Mediana	60,00
(Mín; Máx)	0,00; 100,00
Parcialmente cumplidor	
Media (DE)	27,04 (17,90)
Mediana	20,00
(Mín; Máx)	(0,00; 85,00)
Paciente no cumplidor	
Media (DE)	19,62 (20,53)
Mediana	10,00
(Mín; Máx)	(0,00; 98,00)

Mín: mínimo; Máx: máximo; DE: desviación estándar

## Pregunta 2. ¿Cómo clasifica usted el cumplimiento?

Quisiéramos saber cómo clasifica usted el cumplimiento en su práctica cotidiana para poder comparar su opinión con las definiciones indicadas anteriormente.

Nivel de cumplimiento	Total
Cumplidor	
Media (DE)	81,79 (12,32)
Mediana	80,0
(Mín; Máx)	(7,0; 100,0)
Parcialmente cumplidor (límite inferior)	
Media (DE)	41,76 (24,23)
Mediana	30,0
(Mín; Máx)	(2,0; 100,0)
Parcialmente cumplidor (límite superior)	
Media (DE)	71,33 (20,59)
Mediana	80,0
(Mín; Máx)	(7,0; 100,0)
Paciente no cumplidor	
Media (DE)	28,72 (16,86)
Mediana	20,0
(Mín; Máx)	(1,0; 90,0)

Mín: mínimo; Máx: máximo; DE: desviación estándar

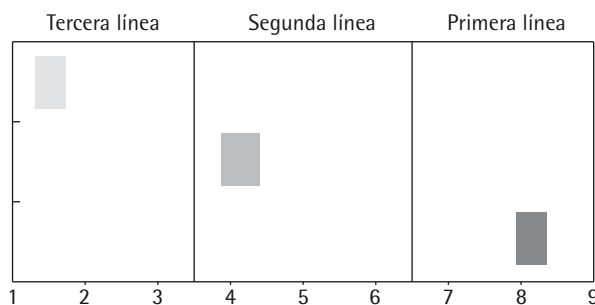
## Pregunta 3. Papel de la adherencia en la conducta de salud del paciente con esquizofrenia.

Indique en qué medida considera que la adherencia está relacionada con un patrón de comportamiento saludable del paciente con esquizofrenia

## Comentarios

Los enfermeros/as consideran que una buena adherencia al tratamiento constituye un comportamiento saludable del paciente con esquizofrenia, así como que existe una asociación entre la adherencia al tratamiento del paciente con esquizofrenia y un mayor número de comportamientos saludables.

Intervalos de confianza al 95 %





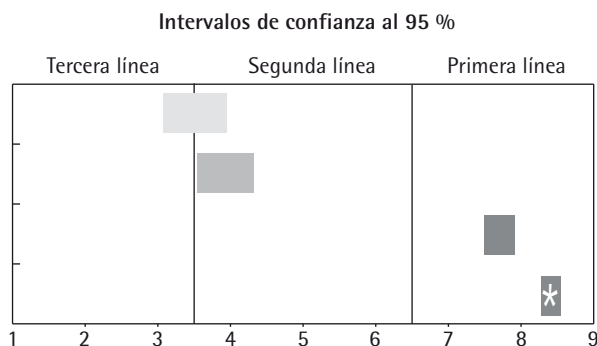
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	1,58 (0,96)	(1,4; 1,7)	0	98	2	1	No hay ninguna relación entre una buena adherencia y comportamientos saludables del paciente con esquizofrenia.
160	4,13 (2,04)	(3,8; 4,4)	3.8	48	38	14	Una buena adherencia puede mejorar comportamientos saludables en la esquizofrenia sólo en algunos casos concretos.
160	8,09 (1,01)	(7,9; 8,2)	40.6	0	6	94	Una buena adherencia proporciona más comportamientos saludables en el paciente con esquizofrenia

### Pregunta 4. Importancia del problema que representa la falta de cumplimiento terapéutico

Indique en qué medida considera que la falta de cumplimiento terapéutico en los enfermos que padecen esquizofrenia es un problema.

#### Comentarios

La falta de adherencia al tratamiento se valora como un problema grave en las manifestaciones de la enfermedad. Consideran la falta de adherencia importante en los comportamientos saludables del paciente y en la agudización de los síntomas.



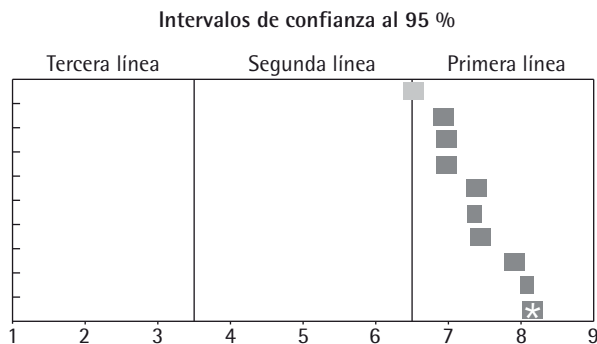
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	3,53 (2,80)	(3,1; 4,0)	6.3	66	12	23	Intrascendente en la manifestación de los síntomas
160	3,96 (2,43)	(3,6; 4,3)	4.4	56	26	18	Menos en los comportamientos de salud del enfermo
160	7,61 (1,30)	(7,4; 7,8)	25.6	2	13	85	Importante en los comportamientos saludables del enfermo
160	8,40 (0,74)	(8,3; 8,5)	53.1	0	2	98	Importante en la agudización de los síntomas

### Pregunta 5. Motivos de recaída

Los siguientes factores han sido descritos como motivos de recaída en los pacientes con esquizofrenia. Indique su opinión sobre la importancia en los pacientes que usted atiende habitualmente.

#### Comentarios

En general, todos los factores evaluados se consideraron de importancia. No obstante, el consumo de drogas, alcohol, o el hecho de ser paciente no cumplidor, fueron los que obtuvieron mayor puntuación.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,51 (1,76)	(6,2; 6,8)	15	6	39	56	Eficacia insuficiente del tratamiento antipsicótico
160	6,88 (1,42)	(6,7; 7,1)	14.4	1	38	61	Insuficientes sistemas de apoyo familiar

160	6,98 (1,27)	(6,8; 7,2)	13.1	0	33	68	Carencia de terapia rehabilitadora
160	6,99 (1,36)	(6,8; 7,2)	11.9	2	29	69	Cumplimiento parcial del tratamiento antipsicótico (paciente cumplidor parcial es aquel que deja de tomar entre un 20% y un 80% de la medicación prescrita)
160	7,34 (1,51)	(7,1; 7,6)	28.8	1	23	76	Falta de insight asociado a la enfermedad
160	7,32 (1,31)	(7,1; 7,5)	17.5	1	24	75	Acontecimientos vitales estresantes
160	7,36 (1,38)	(7,1; 7,6)	21.9	1	24	75	Falta de soporte o implicación familiar
160	7,84 (1,38)	(7,6; 8,1)	38.1	3	9	89	Pérdida de seguimiento del paciente en el ámbito extra-hospitalario
160	8,13 (0,95)	(8,0; 8,3)	42.5	0	6	94	Consumo de drogas o alcohol
160	8,24 (1,28)	(8,0; 8,4)	53.8	2	3	95	Incumplimiento del tratamiento antipsicótico (paciente incumplidor es aquel que deja de tomar más del 80% de la medicación)

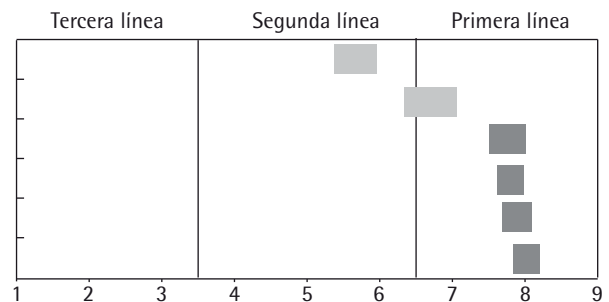
### Pregunta 6. Consecuencias de la falta de adherencia

Indique en qué medida considera que las siguientes situaciones son consecuencia directa de la falta de adherencia terapéutica.

#### Comentarios

Todas las propuestas fueron bastante aceptadas a excepción del intento de suicidio y el aumento de la utilización de recursos sanitarios, cuya relación se consideró más controvertida.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	5,74 (1,84)	(5,5; 6,0)	7.5	14	52	34	Intento de suicidio
160	6,74 (2,12)	(6,4; 7,1)	18.1	11	24	65	Aumento de la utilización de recursos sanitarios
160	7,66 (1,07)	(7,5; 7,8)	21.9	0	13	88	Empeoramiento del funcionamiento social del paciente
160	7,83 (1,00)	(7,7; 8,0)	26.3	0	7	93	Pérdida de calidad de vida del paciente y su núcleo de convivencia
160	7,98 (1,06)	(7,8; 8,1)	37.5	0	9	91	Empeoramiento de la sintomatología de la enfermedad
160	8,07 (1,15)	(7,9; 8,2)	45	1	9	91	Recaídas y/o re-hospitalizaciones

## EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

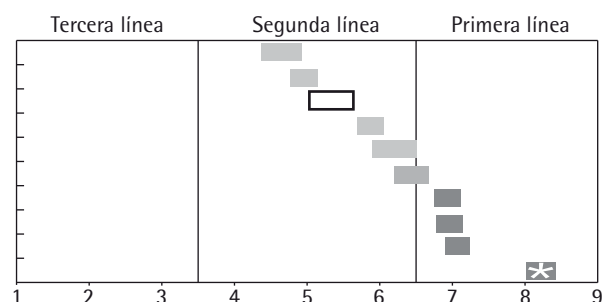
### Pregunta 7. Fiabilidad de los métodos para evaluar el cumplimiento

Indique en qué medida considera que los siguientes métodos son fiables para la evaluación del cumplimiento del tratamiento farmacológico para la esquizofrenia.

#### Comentarios

El recuento de pastillas y la información proporcionada por el paciente fueron los métodos evaluados como menos fiables, mientras que el registro de administración de fármacos inyectables fue el sistema mejor valorado.

Intervalos de confianza al 95 %



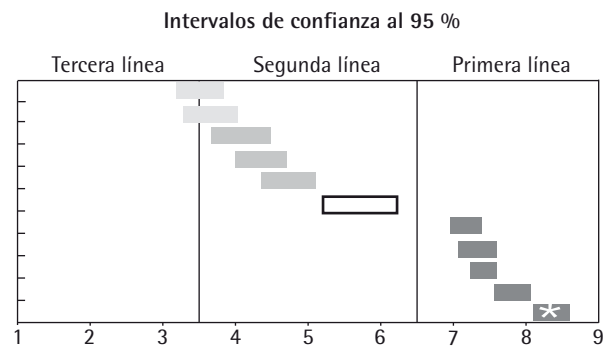
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	4,57 (2,09)	(4,2; 4,9)	1.9	38	40	22	Recuento de pastillas
160	4,84 (1,85)	(4,6; 5,1)	1.3	26	53	21	Preguntar al paciente
160	5,22 (2,48)	(4,8; 5,6)	10	33	30	38	Análisis de orina
160	5,86 (1,68)	(5,6; 6,1)	1.9	8	54	38	Escalas de evaluación del cumplimiento
160	6,09 (2,43)	(5,7; 6,5)	17.5	21	26	53	Análisis de sangre
160	6,47 (1,44)	(6,2; 6,7)	3.8	4	44	53	Impresión clínica de otros profesionales del equipo
160	6,97 (1,30)	(6,8; 7,2)	10	1	30	69	Preguntar al cuidador
160	7,04 (1,31)	(6,8; 7,2)	11.9	0	34	66	Impresión clínica del psiquiatra
160	7,07 (1,29)	(6,9; 7,3)	10	0	34	66	Su impresión clínica como enfermera/o
160	8,21 (1,03)	(8,0; 8,4)	53.8	0	9	91	Registro de administración de fármacos inyectables, en caso de utilizar esta formulación

### Pregunta 8. Métodos que usted utiliza para evaluar el cumplimiento

Indique los métodos que usted utiliza de forma habitual en su práctica clínica para la evaluación del cumplimiento en el tratamiento para la esquizofrenia.

#### Comentarios

El registro de administración de inyectables y la impresión clínica como enfermero/a son los métodos más utilizados, mientras que el recuento de pastillas y los análisis de orina son los menos comunes.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	3,51 (2,69)	(3,1; 3,9)	6.9	63	18	19	Análisis de orina
160	3,67 (2,65)	(3,3; 4,1)	6.3	53	30	17	No utiliza habitualmente métodos de evaluación del cumplimiento de tratamiento oral antipsicótico
160	3,96 (2,43)	(3,6; 4,3)	4.4	53	28	19	Recuento de pastillas
160	4,28 (2,51)	(3,9; 4,7)	4.4	49	29	23	Escalas de evaluación del cumplimiento
160	4,74 (2,85)	(4,3; 5,2)	12.5	38	30	33	Análisis de sangre
160	5,66 (3,46)	(5,1; 6,2)	33.1	36	7	58	Supervisión de tomas en la Unidad de Agudos
160	7,21 (1,68)	(7,0; 7,5)	23.8	4	23	73	Preguntar al cuidador principal
160	7,41 (1,71)	(7,1; 7,7)	35	2	23	76	Preguntar al paciente
160	7,49 (1,41)	(7,3; 7,7)	28.8	1	21	78	Impresión clínica del psiquiatra
160	7,88 (1,19)	(7,7; 8,1)	37.5	0	13	87	Su impresión clínica como enfermera/o
160	8,39 (1,32)	(8,2; 8,6)	68.1	3	1	97	Registro de administración de fármacos inyectables, en caso de utilizar esta formulación

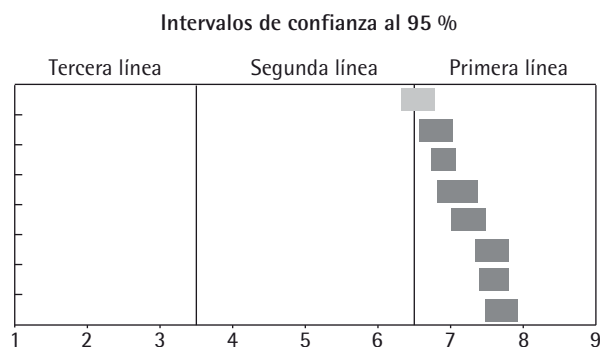
## FACTORES IMPLICADOS EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

### Pregunta 9. Factores del plan de cuidados relacionados con la falta de adherencia o incumplimiento terapéutico

Estamos interesados en averiguar el grado de importancia que usted otorga a los siguientes factores del plan de cuidados de los pacientes que atiende en su consulta, hospital o domicilio.

#### Comentarios

Todos los factores fueron considerados responsables de la falta de adherencia, especialmente la complejidad de los tratamientos.



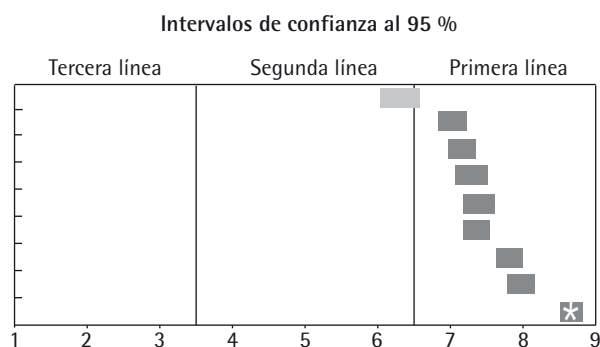
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,61 (1,97)	(6,3; 6,9)	14.4	9	26	65	Coste asociado al plan terapéutico (desplazamientos, permisos, pérdida de días laborales)
160	6,86 (1,59)	(6,6; 7,1)	13.8	3	28	69	Incompatibilidad del plan terapéutico con otras actividades diarias.
160	6,95 (1,43)	(6,7; 7,2)	12.5	3	32	65	Mala relación con personas significativas
160	7,09 (1,54)	(6,8; 7,3)	18.8	3	31	66	Duración del tratamiento
160	7,26 (1,50)	(7,0; 7,5)	19.4	3	21	76	Ausencia de relación con personas significativas
160	7,50 (1,33)	(7,3; 7,7)	24.4	2	16	82	Mala relación con la familia / cuidador principal
160	7,56 (1,11)	(7,4; 7,7)	18.8	0	13	87	Intensidad del tratamiento (dosis, nº de fármacos)
159	7,71 (1,20)	(7,5; 7,9)	29.4	1	11	89	Complejidad del tratamiento (politerapia)

### Pregunta 10. Factores individuales relacionados con la falta de adherencia o incumplimiento terapéutico

Estamos interesados en averiguar el grado de importancia que usted otorga a estos factores en los pacientes que atiende.

#### Comentarios

Las influencias culturales se consideran el factor menos importante —aunque ello no significa que no se considere un factor a tener en cuenta—. El factor más destacado es la falta de conciencia de la enfermedad.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	6,28 (1,77)	(6,0; 6,6)	8.1	10	38	52	Influencias culturales
160	7,02 (1,60)	(6,8; 7,3)	18.8	3	31	66	Falta de habilidades para llevar a término el plan terapéutico correctamente
160	7,18 (1,41)	(7,0; 7,4)	16.9	2	24	74	Otros estilos de vida incompatibles con el plan terapéutico

160	7,34 (1,45)	(7,1; 7,6)	23.1	3	19	79	Creencias personales sobre la salud, la enfermedad o el plan terapéutico
160	7,43 (1,47)	(7,2; 7,7)	28.8	1	23	76	Deterioro cognitivo / Problemas de memoria
160	7,38 (1,34)	(7,2; 7,6)	23.1	1	24	75	Falta de conocimiento sobre el plan terapéutico propuesto
160	7,83 (1,08)	(7,7; 8,0)	33.8	0	13	87	Falta de motivación para iniciar o seguir el plan terapéutico
160	8,00 (0,96)	(7,8; 8,2)	35	0	9	91	Consumo de tóxicos
158	8,58 (0,76)	(8,5; 8,7)	68.1	0	2	98	Falta de conciencia de enfermedad

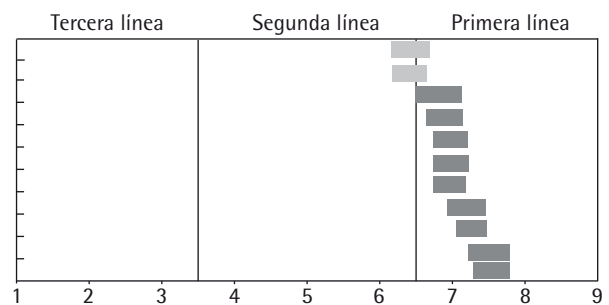
### Pregunta 11. Factores del sistema de salud relacionados con la falta de adherencia o incumplimiento terapéutico

Estamos interesados en averiguar el grado de importancia que usted otorga a estos factores en los pacientes que atiende.

#### Comentarios

Todos los factores se consideraron muy importantes excepto las dificultades burocráticas y la falta de confianza en el sistema sanitario, que se consideraron entre importantes y muy importantes.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,49 (1,92)	(6,2; 6,8)	13.1	9	33	58	Dificultades burocráticas para el acceso a las terapias prescritas
160	6,47 (1,74)	(6,2; 6,7)	8.1	8	32	60	Falta de confianza con la red sanitaria
159	6,80 (1,81)	(6,5; 7,1)	14.4	8	24	68	Dificultades de acceso al equipo asistencial
159	6,81 (1,62)	(6,6; 7,1)	13.1	4	30	65	Prejuicios sobre indicaciones terapéuticas
159	7,00 (1,66)	(6,7; 7,3)	17.5	6	21	72	Falta de recursos para el acceso a los cuidados
160	7,01 (1,65)	(6,7; 7,3)	14.4	5	24	71	Insuficiente información por parte del personal sanitario
160	6,91 (1,60)	(6,7; 7,2)	15.6	6	26	68	Insatisfacción con el tipo de cuidados o plan terapéutico
160	7,20 (1,77)	(6,9; 7,5)	24.4	6	20	74	Lenguaje inadecuado en la comunicación personal sanitario-paciente
159	7,29 (1,38)	(7,1; 7,5)	19.4	1	23	76	Falta de recursos en la comunidad, falta de conocimiento, fallos de sistema del salud
160	7,42 (1,65)	(7,2; 7,7)	28.1	5	14	81	Falta de confianza con el personal sanitario
160	7,53 (1,40)	(7,3; 7,7)	26.9	2	16	82	Falta de continuidad entre los distintos recursos o dispositivos de la red

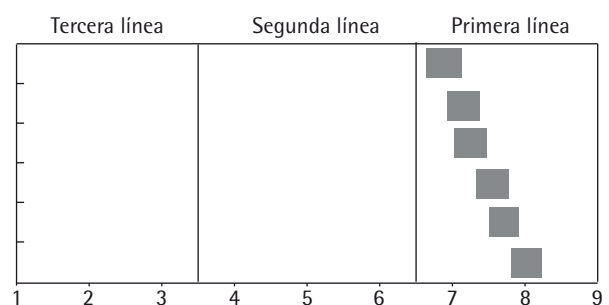
### Pregunta 12. Redes de soporte relacionadas con la falta de adherencia o incumplimiento terapéutico

Estamos interesados en averiguar el grado de importancia que usted otorga a estos factores en los pacientes que atiende.

#### Comentarios

Todas las propuestas se consideraron muy importantes, especialmente la ausencia de un cuidador principal.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,93 (1,54)	(6,7; 7,2)	13.8	4	28	68	Falta de redes de soporte informal para el seguimiento del plan terapéutico
160	7,11 (1,44)	(6,9; 7,3)	18.8	3	27	71	Impacto del prejuicio sobre el paciente
160	7,24 (1,50)	(7,0; 7,5)	23.8	2	26	73	Falta de soporte institucional para el seguimiento del plan terapéutico
160	7,47 (1,30)	(7,3; 7,7)	22.5	1	20	79	Falta de habilidades terapéuticas del cuidador principal para influir eficazmente en el plan de cuidados del paciente
159	7,70 (1,21)	(7,5; 7,9)	29.4	0	18	82	Sobrecarga del cuidador principal
160	8,02 (1,27)	(7,8; 8,2)	46.9	1	10	89	Ausencia de cuidador principal

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ENFERMERÍA

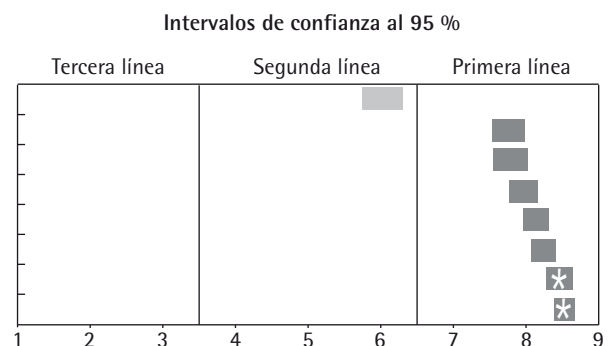
### ESTRATEGIAS GENERALES

#### Pregunta 13. Situaciones clínicas en las que se precisa intervención

Indique en qué medida considera apropiado intervenir para mejorar la adherencia terapéutica en las siguientes situaciones clínicas.

#### Comentarios

A excepción del caso en el que el paciente está bajo control, con buena tolerabilidad del tratamiento y cumplimiento, en el resto de situaciones propuestas el personal de enfermería considera una intervención habitual.



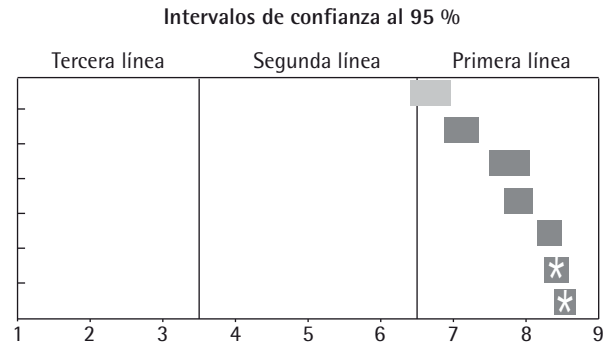
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	5,94 (2,20)	(5,6; 6,3)	15	17	42	42	Cuando el paciente se encuentra estable en el control sintomático, con buena tolerabilidad del tratamiento y/o cumple adecuadamente el tratamiento
159	7,81 (1,26)	(7,6; 8,0)	38.1	0	14	86	Cuando el paciente presenta falta de memoria y/o déficit cognitivo
160	7,84 (1,21)	(7,6; 8,0)	35	1	12	88	Cuando el paciente ha sufrido recaídas previas sin causa reconocida
160	7,94 (1,14)	(7,8; 8,1)	41.3	0	14	86	Cuando el paciente consume drogas o alcohol
160	8,15 (1,00)	(8,0; 8,3)	44.4	1	6	93	Cuando el paciente carece de soporte familiar o social
160	8,24 (1,17)	(8,1; 8,4)	57.5	1	6	93	Desde el comienzo de la enfermedad (primer episodio)
160	8,44 (0,81)	(8,3; 8,6)	60	0	2	98	Cuando el paciente ha sufrido recaídas previas debidas a un problema de cumplimiento del tratamiento
160	8,49 (0,73)	(8,4; 8,6)	62.5	0	1	99	Cuando el paciente muestra evidente falta de conciencia de enfermedad

### Pregunta 14. Situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico en las que se precisa intervención

Indique en qué medida considera apropiado intervenir para mejorar la adherencia terapéutica en las siguientes situaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico.

#### Comentarios

Se consideró la intervención habitual en todos los casos excepto en el caso de que el paciente no tome algunas dosis de forma eventual –en el que la intervención no tendría lugar de forma tan habitual–.



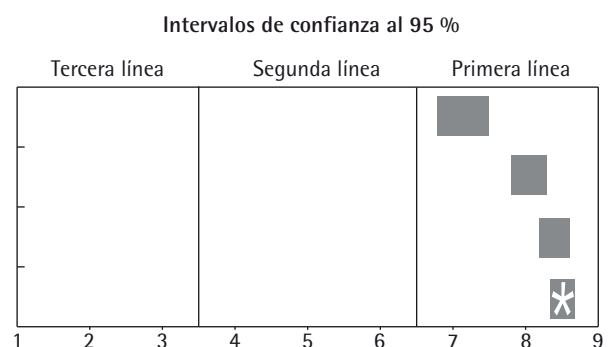
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,68 (1,86)	(6,4; 7,0)	20	8	29	63	Cuando el paciente deja de tomar algunas dosis eventualmente
159	7,16 (1,80)	(6,9; 7,4)	26,9	6	19	75	Cuando el cumplimiento de la medicación no es conocido por el profesional sanitario
160	7,72 (1,69)	(7,5; 8,0)	44,4	4	11	86	Cuando la medicación no es conocida por el paciente
160	7,79 (1,35)	(7,6; 8,0)	42,5	1	14	84	Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente el 20% de la medicación prescrita
160	8,23 (0,87)	(8,1; 8,4)	47,5	0	4	96	Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente el 50% de la medicación prescrita
160	8,33 (0,94)	(8,2; 8,5)	56,3	0	5	95	Cuando el paciente deja de tomar aproximadamente más del 80% de la medicación prescrita
160	8,49 (0,96)	(8,3; 8,6)	70,6	0	6	94	Cuando el paciente ha abandonado totalmente la medicación

### Pregunta 15. Estrategias en un paciente incumplidor

Indique en qué medida considera apropiadas las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente que no cumple con el tratamiento (realiza menos del 20% del tratamiento prescrito).

#### Comentarios

Las cuatro propuestas se consideraron muy apropiadas.



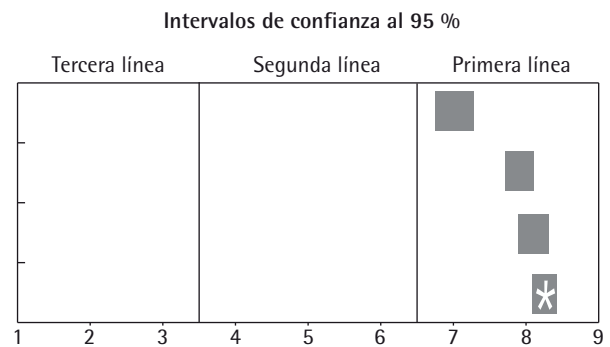
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	7,02 (1,66)	(6,8; 7,3)	23,8	5	31	64	Información de las guías o recursos del sistema sanitario
159	8,03 (1,39)	(7,8; 8,2)	50	3	7	90	Información sobre la medicación prescrita
159	8,26 (1,14)	(8,1; 8,4)	59,4	0	8	92	Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente
159	8,43 (0,92)	(8,3; 8,6)	60,6	0	2	98	Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación

### Pregunta 16. Estrategias en un paciente cumplidor parcial

Indique en qué medida considera apropiadas las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente con cumplimiento parcial del tratamiento (realiza entre un 20% y un 80% del tratamiento prescrito).

#### Comentarios

En la misma línea que la anterior pregunta, todas las estrategias fueron consideradas muy apropiadas.



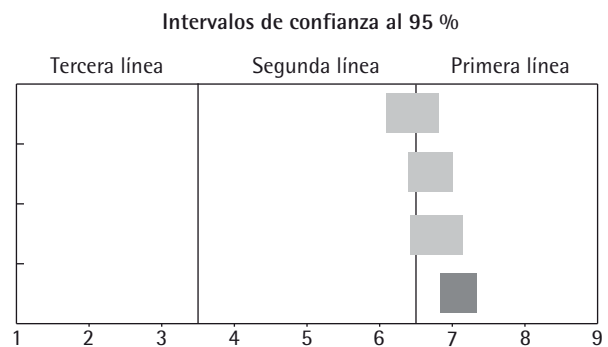
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,96 (1,61)	(6,7; 7,2)	24.4	3	34	63	Información de las guías o recursos del sistema sanitario
160	7,95 (1,18)	(7,8; 8,1)	43.1	1	7	93	Información sobre la medicación prescrita
160	8,08 (1,12)	(7,9; 8,3)	46.3	1	8	92	Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente
160	8,28 (0,94)	(8,1; 8,4)	53.1	0	4	96	Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación

### Pregunta 17. Estrategias en un paciente con cumplimiento adecuado

Indique en qué medida considera apropiadas las siguientes estrategias para mantener la adherencia terapéutica en un paciente que actualmente presenta un cumplimiento adecuado del tratamiento (realiza más del 80% del tratamiento prescrito).

#### Comentarios

Las estrategias se consideraron muy apropiadas a excepción de las intervenciones dirigidas a alcanzar un acuerdo con el paciente, que se consideraron entre apropiadas y muy apropiadas.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,44 (2,28)	(6,1; 6,8)	23.8	17	29	54	Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente
160	6,70 (1,89)	(6,4; 7,0)	23.1	6	33	61	Información de las guías o recursos del sistema sanitario
159	6,74 (2,04)	(6,4; 7,1)	26.9	8	31	60	Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación
160	6,99 (1,75)	(6,7; 7,3)	26.3	5	32	63	Información sobre la medicación prescrita

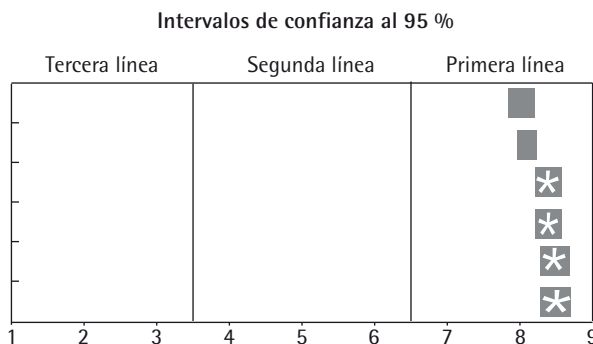


**Pregunta 18. Intervenciones dirigidas a lograr un acuerdo con el paciente**

Indique en qué medida considera apropiadas las siguientes actuaciones para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente con problemas de incumplimiento.

**Comentarios**

Todas las intervenciones se consideraron muy apropiadas.



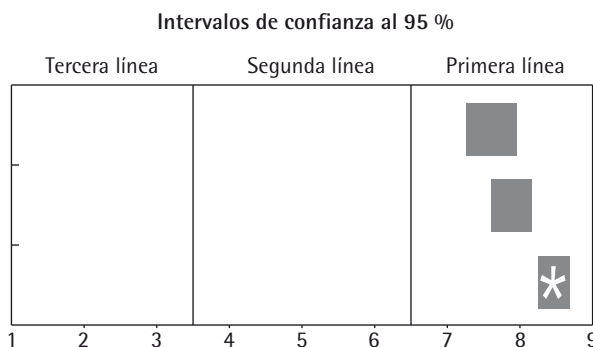
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,00 (1,10)	(7,8; 8,2)	41.9	1	9	90	Disponer de un ambiente adecuado para favorecer el acuerdo
160	8,06 (1,11)	(7,9; 8,2)	46.3	0	11	89	Desarrollar psicoeducación específica para el cuidador principal
160	8,36 (0,93)	(8,2; 8,5)	58.1	0	6	94	Desarrollar psicoeducación específica para el paciente
160	8,31 (0,95)	(8,2; 8,5)	56.9	0	6	94	Animar al paciente a que explique sus dificultades para tomar la medicación
160	8,48 (0,83)	(8,3; 8,6)	64.4	0	2	98	Identificar con el paciente las consecuencias de no tomar medicación
160	8,43 (0,85)	(8,3; 8,6)	61.3	0	5	95	Mostrar interés por los problemas y necesidades del paciente

**Pregunta 19. Información sobre la medicación prescrita**

Indique en qué medida considera apropiadas las siguientes actuaciones para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente con problemas de incumplimiento.

**Comentarios**

Las tres estrategias se consideraron muy apropiadas.



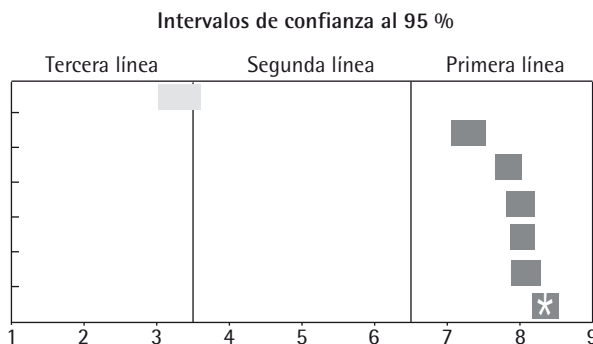
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,61 (1,70)	(7,3; 7,9)	38.8	4	18	78	Informar sobre interacciones y efectos secundarios
160	7,84 (1,42)	(7,6; 8,1)	41.3	3	12	86	Informar al paciente del propósito y acción de cada medicamento
160	8,46 (0,98)	(8,3; 8,6)	66.3	1	3	96	Informar sobre los beneficios de cumplimentar la medicación

**Pregunta 20. Intervenciones para conseguir la administración adecuada de la medicación**

Indique en qué medida son apropiadas las siguientes actuaciones para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente con problemas de incumplimiento.

**Comentarios**

Se consideraron muy adecuadas todas las intervenciones excepto la que implica obligar al enfermo, que no se consideró adecuada.



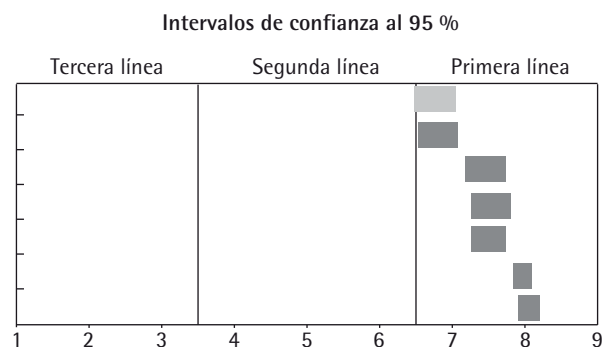
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	3,24 (1,97)	(2,9; 3,6)	1.9	70	22	8	Obligar al enfermo, ante posibles medidas de coacción/intimidación, a que tome la medicación
160	7,24 (1,66)	(7,0; 7,5)	27.5	4	24	71	Convencer al enfermo para que tome la medicación prescrita
160	7,83 (1,31)	(7,6; 8,0)	40	1	15	84	Recomendar la cumplimentación del tratamiento prescrito
159	7,98 (1,15)	(7,8; 8,2)	40	1	10	89	Observar la respuesta adecuada al tratamiento
160	8,06 (1,07)	(7,9; 8,2)	42.5	0	9	91	Enseñar al cuidador principal a detectar efectos secundarios
160	8,08 (1,17)	(7,9; 8,3)	47.5	0	8	92	Enseñar formas de compensar los efectos adversos de la medicación
159	8,36 (0,90)	(8,2; 8,5)	57.5	0	4	96	Indicar al enfermo las consecuencias, en su vida y su entorno, de no tomar la medicación prescrita de forma adecuada

### Pregunta 21. Información de las guías o recursos del sistema sanitario

Indique en qué medida considera apropiadas las siguientes actuaciones para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente con problemas de incumplimiento.

#### Comentarios

Todas las estrategias se consideraron muy apropiadas.

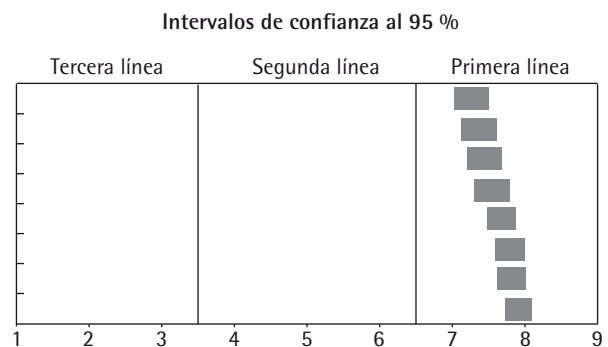


N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,76 (1,83)	(6,5; 7,0)	20.6	6	36	58	Informar sobre los recursos económicos a los que tienen derecho
160	6,88 (1,75)	(6,6; 7,1)	25	3	41	56	Facilitar el conocimiento del servicio de atención al usuario
160	7,47 (1,66)	(7,2; 7,7)	40	3	24	73	Informar sobre horarios, teléfonos, etc.
160	7,53 (1,54)	(7,3; 7,8)	35.6	3	22	76	Información sobre las asociaciones de familiares y usuarios
160	7,52 (1,42)	(7,3; 7,7)	36.3	0	23	77	Informar sobre los recursos sanitarios existentes en su área
160	7,88 (1,37)	(7,7; 8,1)	45	1	11	88	Informar sobre las personas con las que debe contactar
160	7,96 (1,27)	(7,8; 8,2)	48.8	0	18	82	Informar cómo acceder a los servicios de urgencia

### ESTRATEGIAS EN PACIENTES EXTRAHOSPITALARIOS

#### Pregunta 22. Estrategias en paciente ambulatorio con falta de conciencia de enfermedad

Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento y que muestra falta de conciencia de la enfermedad.

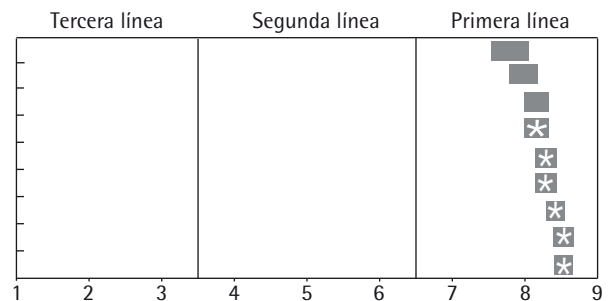


## Comentarios

Todas las estrategias se consideraron muy importantes.

N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,21 (1,30)	(7,0; 7,4)	18.1	1	27	73	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,37 (1,57)	(7,1; 7,6)	30	3	21	76	Seguimiento domiciliario
160	7,48 (1,56)	(7,2; 7,7)	33.1	3	21	76	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
160	7,52 (1,54)	(7,3; 7,8)	36.9	2	24	74	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
160	7,74 (1,27)	(7,5; 7,9)	36.3	1	13	86	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento
160	7,79 (1,19)	(7,6; 8,0)	36.3	1	12	88	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria
160	7,76 (1,30)	(7,6; 8,0)	35	1	16	84	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores
159	7,89 (1,35)	(7,7; 8,1)	43.8	2	11	87	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos

Intervalos de confianza al 95 %



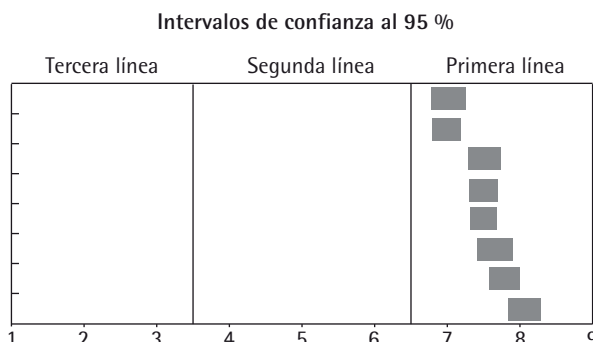
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,88 (1,28)	(7,7; 8,1)	42.5	1	12	87	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración
160	8,06 (1,17)	(7,9; 8,2)	48.1	1	9	91	Informar al paciente del propósito de acción del tratamiento
160	8,12 (0,97)	(8,0; 8,3)	44.4	0	6	94	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	8,13 (1,08)	(8,0; 8,3)	46.9	0	6	94	Darle apoyo emocional
160	8,27 (0,89)	(8,1; 8,4)	50.6	0	3	97	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
160	8,28 (0,96)	(8,1; 8,4)	55	0	5	95	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento
160	8,39 (0,82)	(8,3; 8,5)	58.1	0	3	97	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad
160	8,49 (0,76)	(8,4; 8,6)	63.1	0	2	98	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
160	8,50 (0,77)	(8,4; 8,6)	65	0	2	98	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento

**Pregunta 23. Estrategias en paciente ambulatorio con efectos secundarios**

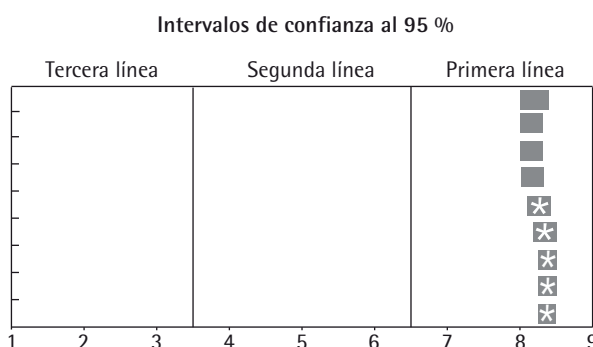
Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento y que manifiesta efectos secundarios que están provocando su bajo cumplimiento.

**Comentarios**

Todas las estrategias fueron consideradas muy importantes por los enfermeros/as.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	7,05 (1,81)	(6,8; 7,3)	24.4	5	29	66	Seguimiento domiciliario
160	7,01 (1,56)	(6,8; 7,2)	20.6	3	32	65	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,59 (1,52)	(7,3; 7,8)	36.9	3	17	80	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
159	7,50 (1,38)	(7,3; 7,7)	31.9	1	21	78	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria
159	7,49 (1,40)	(7,3; 7,7)	30	1	22	77	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores
160	7,66 (1,44)	(7,4; 7,9)	36.9	2	18	81	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
160	7,81 (1,33)	(7,6; 8,0)	41.3	1	14	86	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	8,09 (1,10)	(7,9; 8,3)	45.6	1	8	92	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,20 (0,99)	(8,0; 8,4)	50.6	0	5	95	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento
160	8,14 (1,06)	(8,0; 8,3)	46.9	0	8	92	Darle apoyo emocional
160	8,16 (0,94)	(8,0; 8,3)	43.1	0	6	94	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
159	8,18 (1,03)	(8,0; 8,3)	46.9	1	6	94	Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento
159	8,28 (0,86)	(8,1; 8,4)	50	0	3	97	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento

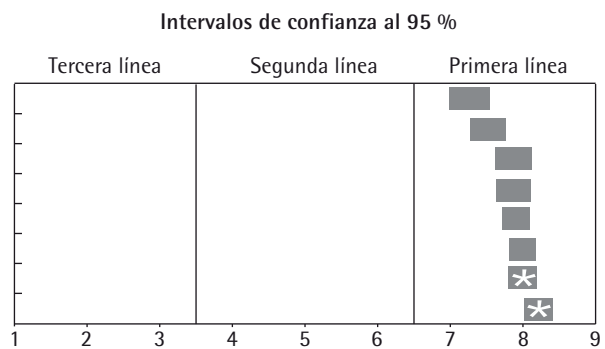
160	8,39 (0,96)	(8,2; 8,5)	60.6	1	3	97	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos
159	8,42 (0,81)	(8,3; 8,5)	58.8	0	2	98	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
160	8,42 (0,81)	(8,3; 8,5)	59.4	0	2	98	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento
160	8,41 (0,81)	(8,3; 8,5)	57.5	0	4	96	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad

**Pregunta 24. Estrategias en paciente ambulatorio con bajo soporte familiar y/o social**

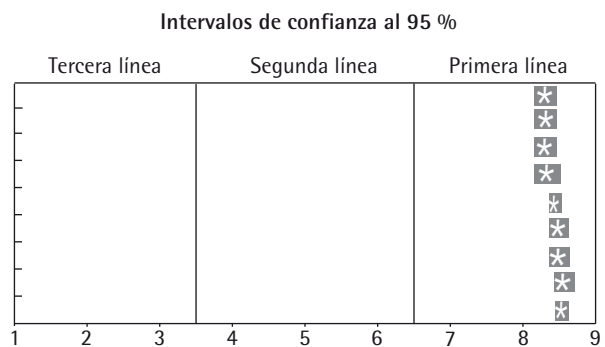
Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento, que presenta bajo soporte familiar y/o social y que sufre frecuentes recaídas.

**Comentarios**

Todas las estrategias se consideraron muy importantes



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
158	7,33 (2,04)	(7,0; 7,6)	39.4	8	18	75	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
160	7,67 (1,43)	(7,4; 7,9)	35.6	2	17	81	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento
158	7,94 (1,36)	(7,7; 8,2)	46.9	2	11	87	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
159	7,97 (1,74)	(7,7; 8,2)	55.6	5	7	88	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
160	7,96 (1,29)	(7,8; 8,2)	45	2	8	91	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
159	8,11 (1,16)	(7,9; 8,3)	48.1	1	9	91	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración
159	8,14 (1,29)	(7,9; 8,3)	56.3	1	11	89	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	8,17 (1,21)	(8,0; 8,4)	54.4	1	6	93	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,25 (0,95)	(8,1; 8,4)	52.5	0	5	95	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria

160	8,28 (1,00)	(8,1; 8,4)	56.9	0	6	94	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores
160	8,24 (1,18)	(8,1; 8,4)	56.9	2	6	93	Seguimiento domiciliario
160	8,31 (1,07)	(8,1; 8,5)	56.9	1	4	95	Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento
160	8,41 (0,84)	(8,3; 8,5)	59.4	0	4	96	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	8,46 (0,86)	(8,3; 8,6)	63.8	0	4	96	Darle apoyo emocional
160	8,47 (0,93)	(8,3; 8,6)	65.6	0	3	97	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento
160	8,56 (0,77)	(8,4; 8,7)	67.5	0	2	98	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento
159	8,50 (0,85)	(8,4; 8,6)	66.9	0	3	97	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad

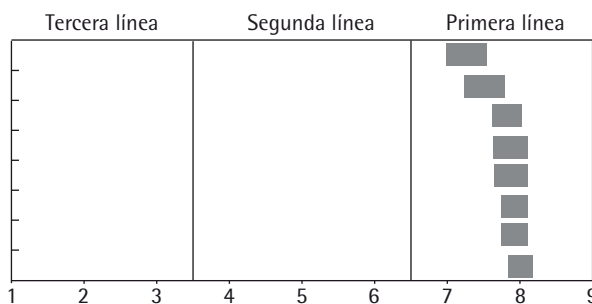
**Pregunta 25. Estrategias en un paciente ambulatorio con historial de intentos de suicidio**

Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento que presenta un historial de intentos de suicidio.

**Comentarios**

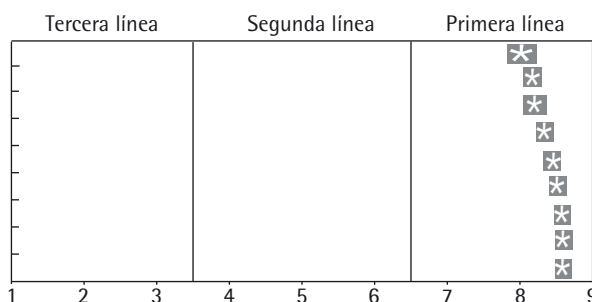
Todas las estrategias se consideraron muy importantes, en especial reforzar las conductas y actividades positivas del paciente respecto al tratamiento.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	7,31 (1,83)	(7,0; 7,6)	35.6	7	21	72	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
160	7,60 (1,74)	(7,3; 7,9)	43.1	4	16	79	Seguimiento domiciliario
160	7,79 (1,54)	(7,6; 8,0)	45	3	14	84	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos
160	7,87 (1,43)	(7,6; 8,1)	45.6	2	11	87	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
159	7,81 (1,60)	(7,6; 8,1)	45.6	3	14	84	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores
160	7,88 (1,36)	(7,7; 8,1)	43.8	1	13	86	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración
160	7,90 (1,35)	(7,7; 8,1)	43.8	2	10	88	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria
159	7,96 (1,32)	(7,8; 8,2)	45.6	1	12	87	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,98 (1,42)	(7,8; 8,2)	48.1	3	9	89	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	8,15 (1,15)	(8,0; 8,3)	51.9	1	6	93	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	8,21 (1,13)	(8,0; 8,4)	54.4	1	4	94	Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento
160	8,34 (1,09)	(8,2; 8,5)	64.4	1	5	94	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento
159	8,41 (0,96)	(8,3; 8,6)	61.9	1	4	96	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad
160	8,53 (0,81)	(8,4; 8,7)	66.9	0	2	98	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
159	8,57 (0,74)	(8,5; 8,7)	68.8	0	2	98	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
160	8,63 (0,77)	(8,5; 8,7)	74.4	0	3	98	Darle apoyo emocional
160	8,59 (0,72)	(8,5; 8,7)	70.6	0	1	99	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento

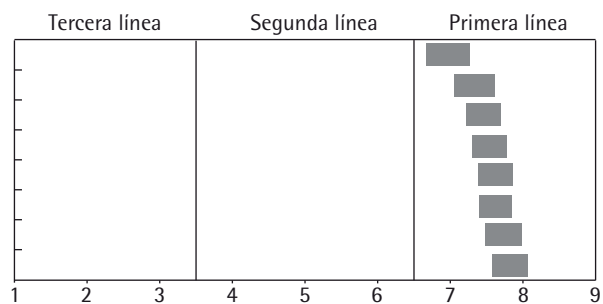
### Pregunta 26. Estrategias en paciente ambulatorio con historial de agresividad

Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento y que presenta un historial de agresividad.

#### Comentarios

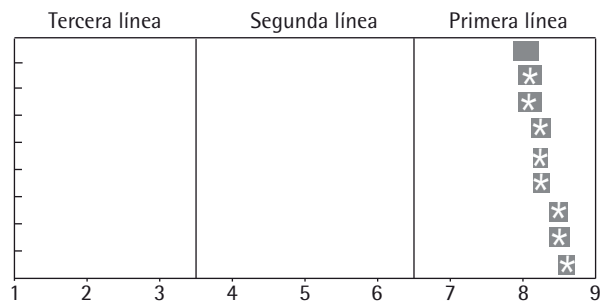
Aunque todas las estrategias fueron consideradas muy importantes, el seguimiento domiciliario fue la considerada menos importante y reforzar las conductas y actitudes positivas fue la considerada de mayor importancia.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,03 (1,88)	(6,7; 7,3)	28.1	8	27	66	Seguimiento domiciliario
159	7,28 (1,80)	(7,0; 7,6)	32.5	6	22	72	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
159	7,42 (1,69)	(7,2; 7,7)	33.8	4	19	77	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,58 (1,60)	(7,3; 7,8)	38.1	3	17	80	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores
160	7,67 (1,58)	(7,4; 7,9)	41.3	3	16	81	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos
160	7,66 (1,49)	(7,4; 7,9)	38.1	1	19	80	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria
160	7,73 (1,49)	(7,5; 8,0)	41.9	2	16	82	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
159	7,82 (1,54)	(7,6; 8,1)	45.6	3	13	84	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
8	7,97 (1,23)	(7,8; 8,2)	44.4	1	13	87	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento
160	8,06 (1,26)	(7,9; 8,3)	51.3	1	11	88	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	8,13 (1,18)	(7,9; 8,3)	51.9	1	6	93	Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento
160	8,30 (1,11)	(8,1; 8,5)	56.9	1	4	95	Darle apoyo emocional
160	8,28 (0,95)	(8,1; 8,4)	53.1	0	6	94	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
160	8,31 (1,03)	(8,1; 8,5)	57.5	1	3	96	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento
160	8,43 (0,85)	(8,3; 8,6)	61.3	0	4	96	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
160	8,41 (0,91)	(8,3; 8,6)	61.3	0	3	97	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad
160	8,57 (0,70)	(8,5; 8,7)	66.3	0	1	99	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento

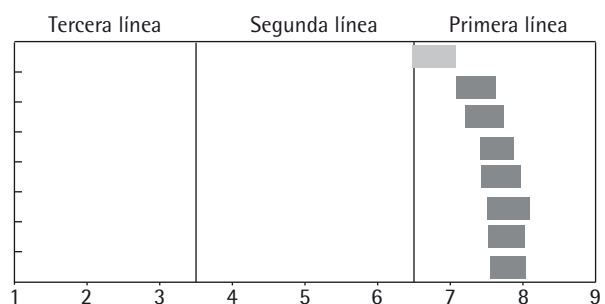
**Pregunta 27. Estrategias en paciente ambulatorio que consume drogas y/o alcohol**

Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento y que abusa de drogas y/o alcohol.

**Comentarios**

El seguimiento domiciliario fue considerado entre muy importante y de cierta importancia. El resto de estrategias fueron consideradas muy importantes, en especial incentivar la autorresponsabilidad del paciente estableciendo acuerdos con éste.

Intervalos de confianza al 95 %

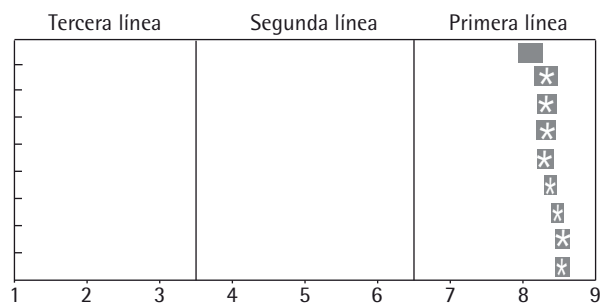


N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	6,81 (1,97)	(6,5; 7,1)	23.8	9	31	60	Seguimiento domiciliario
159	7,40 (1,69)	(7,1; 7,7)	33.8	4	19	77	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
159	7,54 (1,68)	(7,3; 7,8)	36.9	4	16	80	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores



159	7,70 (1,33)	(7,5; 7,9)	36.3	0	21	79	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento
159	7,75 (1,51)	(7,5; 8,0)	43.1	3	16	81	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
159	7,84 (1,50)	(7,6; 8,1)	43.8	2	11	87	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos
158	7,78 (1,39)	(7,6; 8,0)	39.4	1	15	84	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración
159	7,83 (1,35)	(7,6; 8,0)	41.3	1	16	84	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	8,06 (1,19)	(7,9; 8,2)	48.1	1	11	89	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
159	8,31 (1,09)	(8,1; 8,5)	58.1	1	4	95	Darle apoyo emocional
158	8,32 (1,05)	(8,2; 8,5)	58.8	1	4	95	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
159	8,32 (0,95)	(8,2; 8,5)	55.6	0	6	94	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
159	8,30 (0,88)	(8,2; 8,4)	51.9	0	3	97	Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento
159	8,40 (0,89)	(8,3; 8,5)	60	0	4	96	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
159	8,52 (0,71)	(8,4; 8,6)	63.8	0	1	99	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento
159	8,60 (0,66)	(8,5; 8,7)	68.1	0	1	99	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento
159	8,60 (0,65)	(8,5; 8,7)	67.5	0	1	99	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad

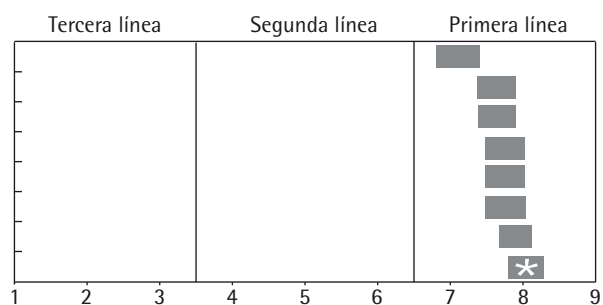
### Pregunta 28. Estrategias en paciente ambulatorio de inicio reciente

Indique en qué medida considera importantes cada una de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en un paciente ambulatorio que cumple parcialmente el tratamiento, al que se ha diagnosticado recientemente de esquizofrenia.

#### Comentarios

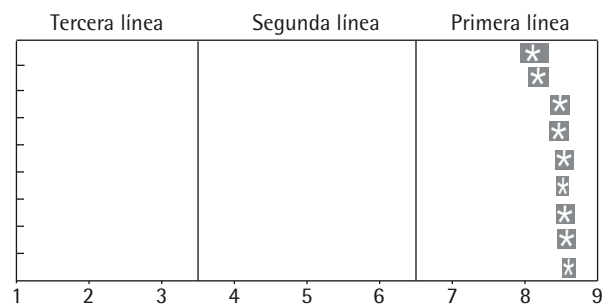
Aunque todas las estrategias se consideraron muy importantes, el seguimiento domiciliario fue considerado, una vez más, el menos importante.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,08 (2,04)	(6,8; 7,4)	34.4	8	23	69	Seguimiento domiciliario
159	7,67 (1,68)	(7,4; 7,9)	42.5	4	14	82	Medidas recordatorias (Seguimiento telefónico, sms, agenda...) a pacientes y cuidadores
159	7,67 (1,71)	(7,4; 7,9)	47.5	3	20	77	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,74 (1,53)	(7,5; 8,0)	42.5	3	13	84	Favorecer la coordinación con los equipos de Atención Primaria
158	7,75 (1,32)	(7,5; 8,0)	37.5	1	17	82	Consultar con el psiquiatra para que ajuste o modifique el tratamiento
160	7,74 (1,62)	(7,5; 8,0)	46.9	4	14	81	Monitorizar el cumplimiento del tratamiento
160	7,91 (1,39)	(7,7; 8,1)	47.5	1	14	85	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
159	8,06 (1,41)	(7,8; 8,3)	54.4	2	9	89	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,07 (1,36)	(7,9; 8,3)	54.4	1	9	90	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos
160	8,16 (1,20)	(8,0; 8,3)	53.1	1	8	92	Explicar por qué se opta por el medicamento y su forma de administración
160	8,49 (0,92)	(8,3; 8,6)	68.1	0	4	96	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento
160	8,46 (1,01)	(8,3; 8,6)	66.9	1	3	96	Informar al paciente del propósito y acción del tratamiento
159	8,55 (0,77)	(8,4; 8,7)	68.8	0	3	97	Establecer una relación terapéutica con el paciente y su cuidador principal
160	8,51 (0,92)	(8,4; 8,6)	67.5	1	2	98	Darle apoyo emocional
159	8,55 (0,97)	(8,4; 8,7)	72.5	1	3	96	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento, e incentivar su auto responsabilidad
160	8,56 (0,75)	(8,4; 8,7)	68.1	0	3	97	Incluir al cuidador principal como apoyo en el plan terapéutico
160	8,60 (0,86)	(8,5; 8,7)	73.8	1	1	98	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento

## ESTRATEGIAS EN PACIENTES EN UNIDADES DE AGUDOS

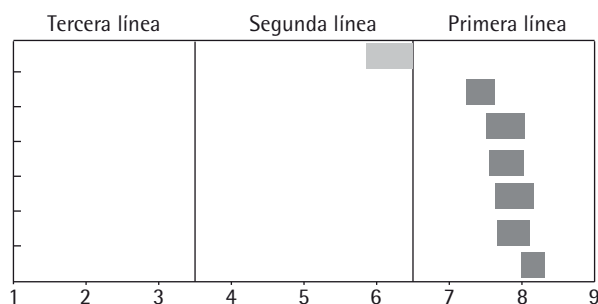
### Pregunta 29. Recaída por incumplimiento del tratamiento

Indique en qué medida considera adecuadas cada una de las siguientes actuaciones para mejorar la adherencia terapéutica tras el alta, en un paciente ingresado por recaída por incumplimiento total del tratamiento psicofarmacológico indicado (toma menos del 20% de la medicación prescrita).

#### Comentarios

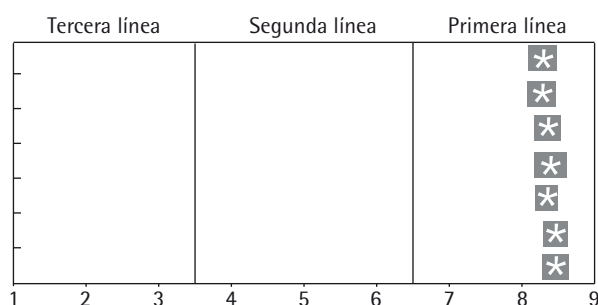
Todas las propuestas fueron consideradas muy adecuadas a excepción de la administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario, que fue considerada adecuada.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,09 (2,42)	(5,7; 6,5)	22.5	23	27	50	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario
160	7,41 (1,46)	(7,2; 7,6)	29.4	2	23	75	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
159	7,77 (1,60)	(7,5; 8,0)	43.8	4	14	82	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito
160	7,81 (1,46)	(7,6; 8,0)	40	2	13	85	Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos
160	7,96 (1,40)	(7,7; 8,2)	46.3	4	6	91	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	7,89 (1,34)	(7,7; 8,1)	42.5	1	13	86	Enseñar el proceso de su enfermedad
159	8,18 (1,0)	(8,0;8,3)	48.8	0	8	92	Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a su enfermedad

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,23 (1,10)	(8,1; 8,4)	56.9	0	8	92	Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia
160	8,25 (1,08)	(8,1; 8,4)	55	0	9	91	Darle apoyo emocional
160	8,39 (0,97)	(8,2; 8,5)	60.6	1	3	96	Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados
159	8,36 (1,21)	(8,2; 8,6)	63.8	2	5	93	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito

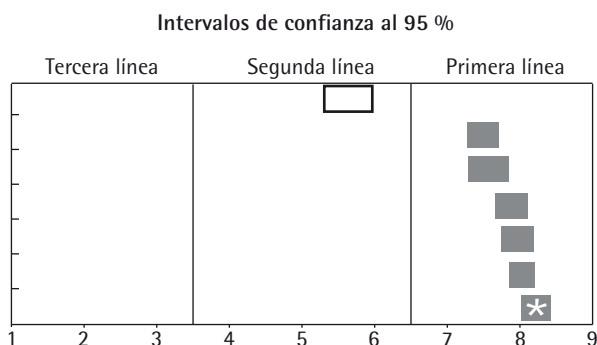
159	8,33 (1,09)	(8,2; 8,5)	60.6	1	6	93	Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento
160	8,46 (0,79)	(8,3; 8,6)	60	0	2	98	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento
159	8,46 (0,94)	(8,3; 8,6)	64.4	1	3	96	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento

### Pregunta 30. Recaída por cumplimiento parcial del tratamiento

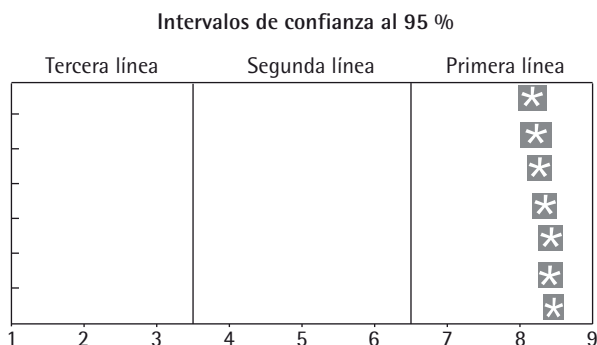
Indique en qué medida considera adecuadas cada una de las siguientes actuaciones para mejorar la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída y que está cumpliendo de forma parcial el tratamiento psicofarmacológico indicado (toma entre un 20% y un 80% de la medicación prescrita).

#### Comentarios

Todas las propuestas fueron consideradas muy adecuadas a excepción de la administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario, que fue considerada adecuada.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	5,60 (2,39)	(5,2; 6,0)	16.3	28	33	40	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario
160	7,50 (1,45)	(7,3; 7,7)	32.5	1	24	75	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,60 (1,65)	(7,3; 7,9)	39.4	3	19	78	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito
159	7,94 (1,34)	(7,7; 8,1)	44.4	3	10	87	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	7,96 (1,29)	(7,8; 8,2)	43.8	2	8	91	Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos
160	8,04 (1,09)	(7,9; 8,2)	43.1	0	8	93	Enseñar el proceso de su enfermedad
160	8,19 (1,07)	(8,0; 8,4)	52.5	0	7	93	Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,18 (1,04)	(8,0; 8,3)	50	0	9	91	Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a sus problemas

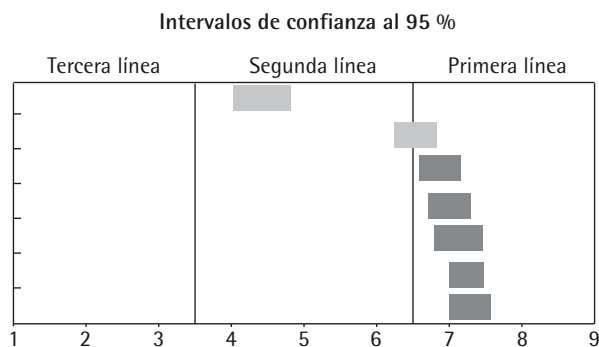
160	8,20 (1,29)	(8,0; 8,4)	56.3	3	8	90	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito
160	8,23 (1,03)	(8,1; 8,4)	53.1	0	7	93	Darle apoyo emocional
160	8,32 (1,04)	(8,2; 8,5)	58.8	1	5	94	Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados
160	8,41 (1,02)	(8,3; 8,6)	65	1	4	95	Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento
159	8,42 (0,88)	(8,3; 8,6)	60	0	3	97	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento
159	8,50 (0,67)	(8,4; 8,6)	59.4	0	1	99	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento

**Pregunta 31. Recaída con cumplimiento adecuado del tratamiento**

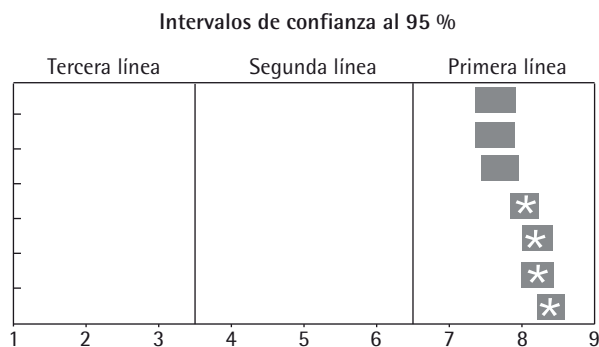
Indique en qué medida considera adecuadas cada una de las siguientes actuaciones para mantener la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída y que está cumpliendo de forma adecuada con el tratamiento psicofarmacológico prescrito (toma más del 80% de la medicación prescrita).

**Comentarios**

La administración domiciliar de la medicación prescrita fue considerada sólo adecuada, mientras que la citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot se consideró entre adecuada y muy adecuada. El resto de estrategias se consideraron muy adecuadas.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	4,44 (2,72)	(4,0; 4,9)	11.9	50	23	28	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario
159	6,56 (2,30)	(6,2; 6,9)	27.5	17	25	58	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito
159	6,89 (2,05)	(6,6; 7,2)	30.6	9	28	62	Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia
159	7,02 (2,14)	(6,7; 7,4)	33.1	10	23	67	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento
160	7,14 (2,15)	(6,8; 7,5)	38.8	13	14	73	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito
160	7,27 (1,79)	(7,0; 7,5)	33.1	6	23	72	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,28 (1,97)	(7,0; 7,6)	38.8	7	22	71	Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,58 (1,72)	(7,3; 7,8)	41.3	4	17	79	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	7,53 (1,64)	(7,3; 7,8)	37.5	3	19	78	Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos
159	7,62 (1,59)	(7,4; 7,9)	40.6	3	18	80	Enseñar el proceso de su enfermedad
160	7,98 (1,36)	(7,8; 8,2)	50	1	14	85	Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados
160	8,19 (1,22)	(8,0; 8,4)	55	1	7	92	Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a sus problemas
160	8,20 (1,23)	(8,0; 8,4)	56.3	1	7	92	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento
160	8,37 (0,97)	(8,2; 8,5)	61.3	0	6	94	Darle apoyo emocional

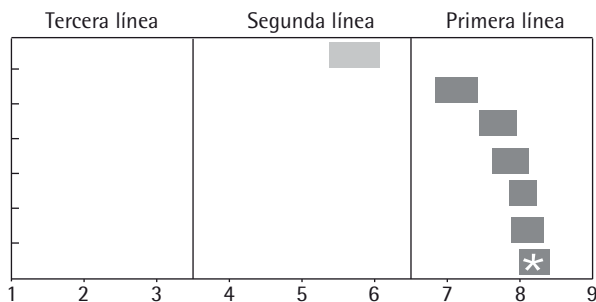
### Pregunta 32. Recaída en pacientes de inicio reciente

Indique en qué medida considera adecuadas cada una de las siguientes actuaciones para mantener la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída con menos de dos años de evolución de su esquizofrenia (de inicio reciente).

#### Comentarios

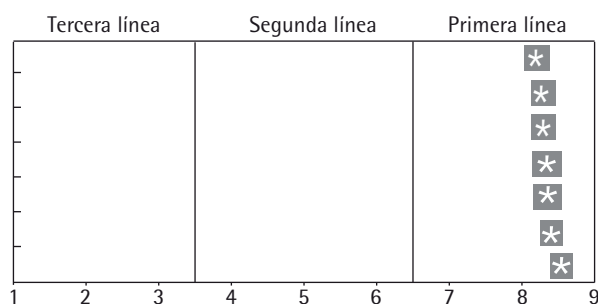
A excepción de la administración domiciliar de la medicación prescrita, valorada como adecuada, el resto de propuestas se valoraron como muy adecuadas.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	5,72 (2,51)	(5,3; 6,1)	20.6	26	32	42	Administración de la medicación oral prescrita a nivel domiciliario
159	7,10 (2,14)	(6,8; 7,4)	37.5	10	21	69	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico convencional depot prescrito
158	7,63 (1,47)	(7,4; 7,9)	36.9	2	18	80	Informar de los sistemas de apoyo, poniéndolo en contacto con asociaciones de enfermos y familiares
160	7,86 (1,60)	(7,6; 8,1)	47.5	3	11	86	Citación y seguimiento para administrar un antipsicótico atípico inyectable de larga duración prescrito
160	8,04 (1,22)	(7,9; 8,2)	46.9	2	7	91	Desarrollar programas específicos, psicoeducativos, de seguimiento y/o rehabilitadores
160	8,09 (1,29)	(7,9; 8,3)	49.4	1	8	91	Explicar los efectos, tanto positivos como secundarios, de los medicamentos prescritos
159	8,20 (1,15)	(8,0; 8,4)	54.4	1	7	92	Realizar una intervención familiar dirigida a la adherencia

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	8,24 (1,14)	(8,1; 8,4)	55.6	1	7	93	Enseñar el proceso de su enfermedad
160	8,36 (0,93)	(8,2; 8,5)	59.4	0	5	95	Promover la coordinación para garantizar la continuidad de los cuidados
160	8,31 (0,98)	(8,2; 8,5)	56.9	0	8	93	Enseñarle nuevas habilidades para enfrentarse a sus problemas
160	8,44 (0,87)	(8,3; 8,6)	61.3	0	5	95	Darle apoyo emocional
159	8,47 (0,91)	(8,3; 8,6)	65	0	4	96	Incentivar la auto responsabilidad sobre el tratamiento
160	8,49 (0,86)	(8,4; 8,6)	65	0	3	97	Llegar a un acuerdo con el paciente sobre la importancia del tratamiento
160	8,59 (0,68)	(8,5; 8,7)	68.8	0	1	99	Reforzar sus conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento

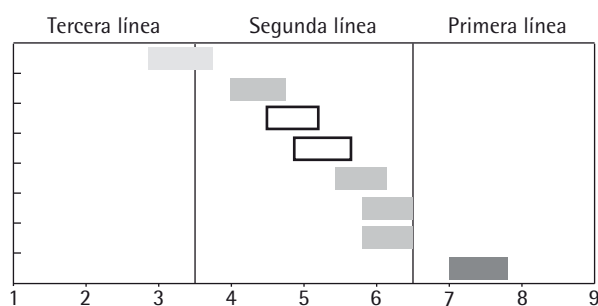
### Pregunta 33. Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en un paciente con incumplimiento del tratamiento

Indique en qué momento considera adecuadas las diferentes intervenciones de enfermería, señaladas en las preguntas 28 a 30, para mejorar la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída por incumplimiento total con el tratamiento psicofarmacológico (toma menos del 20% de la medicación prescrita).

#### Comentarios

El momento más adecuado seleccionado es tras remitir la sintomatología aguda, mientras que el momento menos adecuado es antes de recibir el alta.

Intervalos de confianza al 95 %



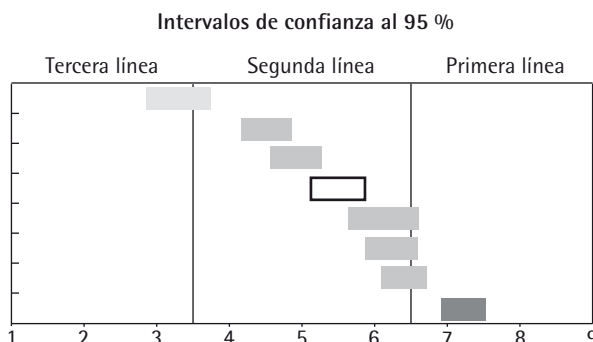
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	3,24 (2,79)	(2,8; 3,7)	10	66	16	18	Antes del alta (el día previsto)
160	4,43 (2,50)	(4,0; 4,8)	10.6	44	34	23	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra
160	4,87 (2,40)	(4,5; 5,2)	6.9	34	38	29	Cuando lo indique el psiquiatra
160	5,28 (2,52)	(4,9; 5,7)	15	31	33	37	Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda
160	5,83 (2,67)	(5,4; 6,2)	25	26	29	45	Desde el inicio del ingreso
160	6,14 (2,06)	(5,8; 6,5)	9.4	13	36	51	Entre la primera y la segunda semana de ingreso
159	6,15 (2,11)	(5,8; 6,5)	11.3	13	36	50	En la primera semana del ingreso
160	7,36 (2,05)	(7,0; 7,7)	40.6	7	19	74	Cuando haya remitido la sintomatología aguda

### Pregunta 34. Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en un paciente con cumplimiento parcial del tratamiento

Indique en qué momento considera adecuadas diferentes intervenciones de enfermería, señaladas en las preguntas 28 a 30, para mejorar la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída y que está cumpliendo de forma parcial con el tratamiento indicado (toma entre un 20% y un 80% de la medicación prescrita).

#### Comentarios

El momento más adecuado seleccionado es tras remitir la sintomatología aguda, mientras que el momento menos adecuado es antes de recibir el alta.



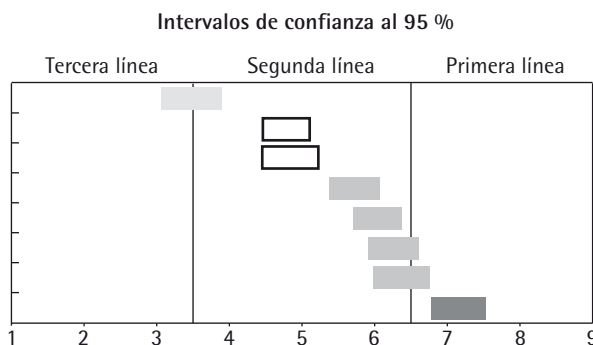
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	3,28 (2,79)	(2,8; 3,7)	9.4	66	15	19	Antes del alta (el día previsto)
160	4,46 (2,49)	(4,1; 4,9)	10	43	36	21	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra
160	4,92 (2,33)	(4,6; 5,3)	6.3	30	44	26	Cuando lo indique el psiquiatra
159	5,48 (2,60)	(5,1; 5,9)	17.5	27	35	38	Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda
160	6,14 (2,64)	(5,7; 6,6)	29.4	20	30	50	Desde el inicio del ingreso
160	6,26 (2,13)	(5,9; 6,6)	11.9	14	33	54	Entre la primera y la segunda semana de ingreso
160	6,43 (1,97)	(6,1; 6,7)	11.9	9	34	56	En la primera semana del ingreso
160	7,21 (2,03)	(6,9; 7,5)	33.8	8	19	74	Cuando haya remitido la sintomatología aguda

### Pregunta 35. Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en un paciente con cumplimiento adecuado del tratamiento

Indique en qué momento considera adecuadas las diferentes intervenciones de enfermería, señaladas en las preguntas 28 a 30, para mantener la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída y que está cumpliendo de forma adecuada con el tratamiento prescrito (toma más del 80% de la medicación prescrita).

#### Comentarios

Se mantiene la dinámica mostrada en las dos anteriores preguntas.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	3,43 (2,85)	(3,0; 3,9)	10	63	18	19	Antes del alta (el día previsto)
159	4,75 (2,52)	(4,4; 5,1)	10	38	35	27	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra
160	4,83 (2,44)	(4,4; 5,2)	9.4	33	41	27	Cuando lo indique el psiquiatra
159	5,75 (2,73)	(5,3; 6,2)	22.5	25	26	48	Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda



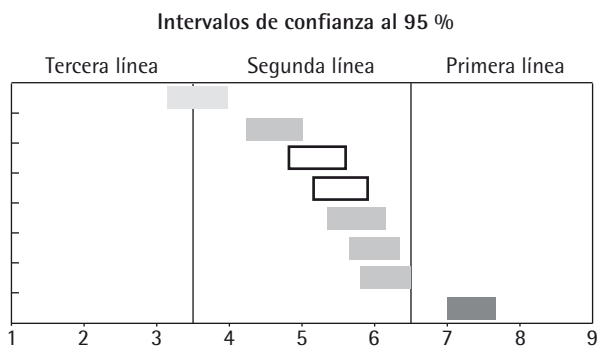
160	6,01 (2,31)	(5,7; 6,4)	13.8	18	35	48	Entre la primera y la segunda semana de ingreso
160	6,26 (2,14)	(5,9; 6,6)	13.1	12	34	54	En la primera semana del ingreso
160	6,40 (2,68)	(6,0; 6,8)	30.6	19	20	61	Desde el inicio del ingreso
159	7,13 (2,09)	(6,8; 7,5)	35	8	19	72	Cuando haya remitido la sintomatología aguda

**Pregunta 36. Momento más adecuado para comenzar las intervenciones en pacientes de inicio reciente**

Indique en qué momento considera adecuadas las diferentes intervenciones de enfermería, señaladas en las preguntas 28 a 30, para mantener la adherencia terapéutica tras el alta en un paciente ingresado por recaída con menos de dos años de evolución de su esquizofrenia (de inicio reciente).

**Comentarios**

En este caso, el peor momento también es antes del alta y el mejor cuando ha remitido la sintomatología aguda.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	3,50 (2,88)	(3,1; 3,9)	10.6	61	19	20	Antes del alta (el día previsto)
160	4,61 (2,45)	(4,2; 5,0)	9.4	39	38	23	En cualquier momento, con independencia de la indicación del psiquiatra
160	5,21 (2,40)	(4,8; 5,6)	8.8	29	38	33	Cuando lo indique el psiquiatra
159	5,48 (2,65)	(5,1; 5,9)	17.5	29	30	42	Hacerlo con independencia de la sintomatología, siempre que se pueda
160	5,78 (2,81)	(5,3; 6,2)	26.3	28	24	48	Desde el inicio del ingreso
160	5,92 (2,18)	(5,6; 6,3)	8.1	18	37	46	En la primera semana del ingreso
158	6,16 (2,10)	(5,8; 6,5)	11.3	13	33	54	Entre la primera y la segunda semana de ingreso
160	7,33 (1,89)	(7,0; 7,6)	34.4	6	21	74	Cuando haya remitido la sintomatología aguda

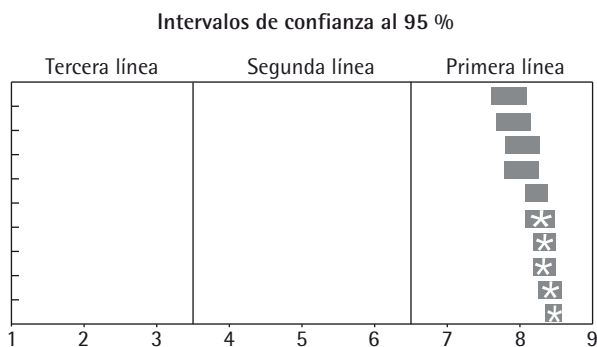
**ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN**

**Pregunta 37. Preparación del paciente para utilizar un antipsicótico inyectable de larga duración**

Indique su grado de acuerdo con las actividades propuestas dirigidas a que el paciente con esquizofrenia y tratado con un antipsicótico inyectable de larga duración, conozca el fármaco, lo siga y observe sus efectos.

**Comentarios**

Los enfermeros/as se mostraron muy de acuerdo con todas las actividades propuestas.



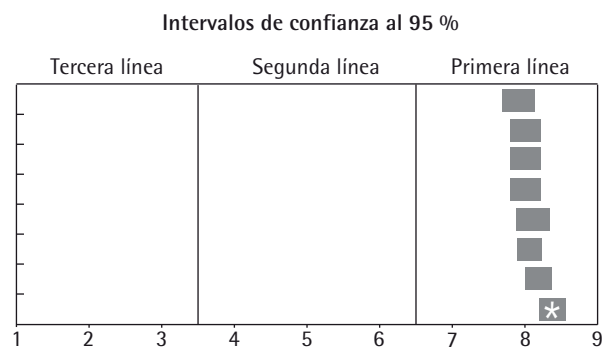
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	7,80 (1,34)	(7,6; 8,0)	36.9	1	13	86	Valorar el conocimiento que el paciente tiene de este tratamiento
159	7,87 (1,33)	(7,7; 8,1)	40	1	11	88	Valorar las consideraciones negativas del paciente sobre la forma de administración inyectable
160	8,03 (1,28)	(7,8; 8,2)	50.6	1	11	88	Proporcionar información relacionada con la adquisición y conservación del medicamento
160	8,01 (1,24)	(7,8; 8,2)	46.9	1	11	88	Instruir al paciente acerca de posibles efectos secundarios y forma de aliviarlos
159	8,13 (1,06)	(8,0; 8,3)	47.5	1	7	92	Inclusión en esta estrategia del cuidador principal como apoyo al seguimiento de este tratamiento
160	8,16 (1,22)	(8,0; 8,4)	55	1	8	91	Informar de por qué se opta por el medicamento y su forma de administración
159	8,26 (1,06)	(8,1; 8,4)	57.5	0	9	91	Proporcionar estrategias de recuento de fecha de administración del antipsicótico ILD
160	8,24 (1,03)	(8,1; 8,4)	54.4	0	6	94	Informar al paciente del propósito y acción del fármaco
160	8,39 (0,98)	(8,2; 8,5)	60	1	4	96	Informar al paciente de las ventajas de esta vía de administración
160	8,42 (0,81)	(8,3; 8,5)	60	0	1	99	Informar al paciente sobre las posibles consecuencias de un seguimiento irregular o abandono del tratamiento

### Pregunta 38. Acuerdo con el paciente que va a utilizar un antipsicótico ILD

Indique su grado de acuerdo con las actividades destinadas a favorecer el acuerdo con el paciente con esquizofrenia para la administración de un fármaco antipsicótico ILD

#### Comentarios

Los enfermeros/as se mostraron muy de acuerdo con todas las actividades propuestas.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,92 (1,17)	(7,7; 8,1)	41.3	0	13	87	Ayudar al paciente a identificar de manera realista sus dificultades derivadas de la enfermedad
159	7,99 (1,18)	(7,8; 8,2)	43.1	1	9	90	Inclusión en esta estrategia del cuidador principal como apoyo al acuerdo con el paciente
160	7,98 (1,27)	(7,8; 8,2)	45.6	1	13	86	Planificar con el paciente qué se va a trabajar en la cita, además de la administración del antipsicótico ILD
160	7,98 (1,11)	(7,8; 8,2)	39.4	0	9	91	Valorar qué importancia otorga el paciente a este tratamiento como ayuda para alcanzar sus objetivos
160	8,09 (1,06)	(7,9; 8,3)	45	0	8	92	Establecer, junto con el paciente, esos objetivos como conductas fácilmente identificables
160	8,03 (1,12)	(7,9; 8,2)	43.1	0	10	90	Ayudar al paciente a establecer objetivos de los cuidados
160	8,18 (0,98)	(8,0; 8,3)	46.9	0	6	94	Ayudar al paciente a identificar cómo este tratamiento contribuye a alcanzar sus objetivos
160	8,36 (0,94)	(8,2; 8,5)	60.6	0	5	95	Establecer con el paciente la citas, según procedimiento del centro, estrategias de recuerdo de las mismas y control de ausencias

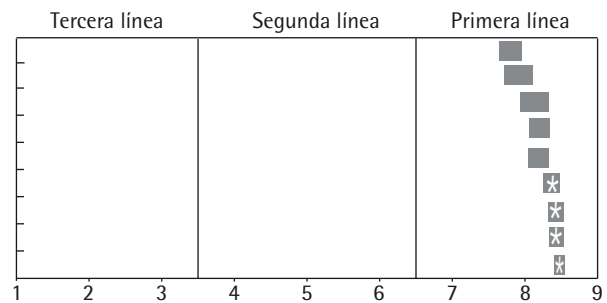
### Pregunta 39. Manejo de la medicación antipsicótica inyectable de larga duración

Indique la importancia de las siguientes actividades a la hora de facilitar la utilización segura y efectiva del antipsicótico ILD.

#### Comentarios

Todas las actividades se consideraron muy importantes.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
159	7,67 (1,30)	(7,5; 7,9)	32.5	1	16	84	Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación
159	7,86 (1,39)	(7,6; 8,1)	44.4	1	15	84	Identificar las dificultades derivadas de la adquisición y conservación del fármaco
159	8,12 (1,17)	(7,9; 8,3)	49.4	1	7	92	Explicar al paciente y/o cuidador principal los posibles efectos secundarios del tratamiento
158	8,12 (1,06)	(8,0; 8,3)	46.3	0	8	92	Determinar el impacto del tratamiento en la vida habitual del paciente
159	8,12 (1,05)	(8,0; 8,3)	45.6	1	7	92	Vigilar la eficacia de la modalidad de administración del fármaco
159	8,35 (0,89)	(8,2; 8,5)	55.6	0	4	96	Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
158	8,46 (0,75)	(8,3; 8,6)	57.5	0	2	98	Ayudar al paciente y/o cuidador principal a identificar los beneficios de seguir adecuadamente este tratamiento
159	8,45 (0,79)	(8,3; 8,6)	60	0	3	97	Observar si se producen efectos adversos
159	8,52 (0,78)	(8,4; 8,6)	65.6	0	3	97	Controlar el cumplimiento de las citas para la administración del fármaco

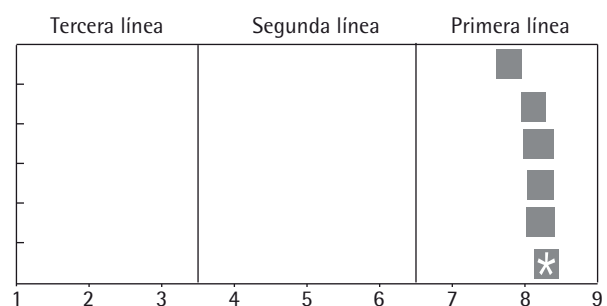
### Pregunta 40. Otras intervenciones

Indique cuáles de las siguientes intervenciones de enfermería considera usted importantes a la hora de contribuir al seguimiento adecuado de un antipsicótico ILD por un paciente con esquizofrenia.

#### Comentarios

Todas las intervenciones fueron valoradas como muy importantes.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	7,67 (1,28)	(7,5; 7,9)	33.1	1	18	82	Consultar por teléfono para apoyo, información o enseñanza sobre dificultades del paciente con su tratamiento
160	8,04 (1,07)	(7,9; 8,2)	44.4	0	9	91	Facilitar al paciente la utilización adecuada de servicios sanitarios (farmacia-visado, administración en caso de desplazamiento, servicios de urgencia o atención programada)
159	8,09 (1,14)	(7,9; 8,3)	48.1	1	9	90	Ofrecer asesoramiento al paciente y/o cuidador principal sobre todo lo relativo a estos fármacos y su administración
160	8,12 (1,04)	(8,0; 8,3)	47.5	0	8	92	Facilitar el apoyo del paciente por parte del cuidador principal, implicándole en el proceso terapéutico

160	8,18 (1,10)	(8,0; 8,3)	52.5	1	9	91	Animar al paciente a que asuma más responsabilidad sobre el seguimiento de su tratamiento con antipsicótico ILD
160	8,22 (0,98)	(8,1; 8,4)	51.3	0	6	94	Facilitar y fomentar en el paciente su capacidad de procesar y comprender la información proporcionada sobre su tratamiento

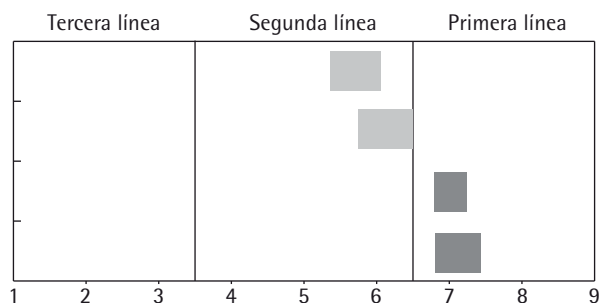
### Pregunta 41. Desventajas de la utilización de antipsicóticos inyectables de larga duración

Indique la importancia percibida de las siguientes desventajas para los pacientes tratados con antipsicóticos inyectables de larga duración.

#### Comentarios

La falta de aceptación por parte del paciente se consideró la desventaja más importante, mientras que el estigma asociado a las inyecciones fue la valorada como menos importante de las propuestas.

Intervalos de confianza al 95 %



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	5,70 (2,13)	(5,4; 6,0)	7.5	20	38	42	Estigma asociado a las inyecciones
160	6,17 (2,04)	(5,8; 6,5)	11.9	14	35	51	Dificultad para identificar sus efectos positivos
160	6,97 (1,67)	(6,7; 7,2)	18.8	3	32	65	Molestias derivadas de un tratamiento inyectable periódico (desplazamientos, cumplir citas, dolor, temor a la administración, etc.)
160	7,05 (1,94)	(6,7; 7,4)	27.5	6	24	70	Falta de aceptación por parte del paciente

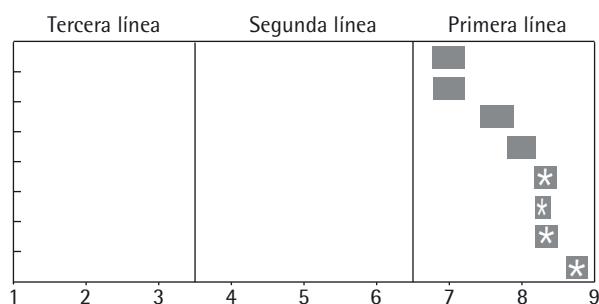
### Pregunta 42. Ventajas de la utilización de antipsicóticos inyectables de larga duración

Indique la importancia percibida de las siguientes ventajas para los pacientes tratados con antipsicóticos inyectables de larga duración.

#### Comentarios

Asegurar la administración de medicación fue la ventaja más destacada, pero todas se consideraron muy importantes.

Intervalos de confianza al 95 %



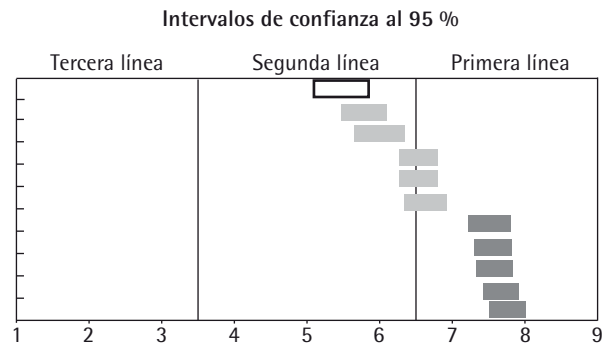
N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	6,99 (1,55)	(6,7; 7,2)	45	0	6	94	Tranquilidad para el cuidador principal y entorno del paciente
160	6,99 (1,55)	(6,7; 7,2)	18.1	4	31	66	Comodidad para el paciente
160	7,65 (1,68)	(7,4; 7,9)	37.5	4	12	84	Saber que la recaída se produce a pesar del seguimiento correcto del tratamiento farmacológico
160	8,00 (1,06)	(7,8; 8,2)	40	0	9	91	Aumento de la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico
160	8,34 (0,97)	(8,2; 8,5)	56.9	1	4	96	Contacto periódico con el paciente
160	8,30 (0,90)	(8,2; 8,4)	53.8	0	4	96	Contribuir a la estabilización: menor riesgo de recaídas/hospitalizaciones
160	8,38 (0,89)	(8,2; 8,5)	58.1	0	3	98	Conocer de forma inmediata cuándo el paciente abandona el tratamiento
160	8,68 (0,62)	(8,6; 8,8)	75.6	0	1	99	Asegurar la administración de la medicación

### Pregunta 43. Diferencias entre los dos principales tipos (atípicos/convencionales) de antipsicóticos inyectables de larga duración

Indique la importancia percibida de las siguientes diferencias entre los antipsicóticos atípicos ILD y convencionales ILD.

#### Comentarios

La diferencia considerada más importante fue la menor sedación producida por un antipsicótico atípico ILD en comparación con la generada por un antipsicótico convencional depot.



N	Media (DE)	IC 95%	Criterio de elección	3ª línea	2ª línea	1ª línea	
160	5,41 (2,49)	(5,0; 5,8)	13.1	31	31	38	Mayor facilidad en la preparación de administración en los convencionales depot vs atípico ILD
160	5,77 (2,12)	(5,4; 6,1)	10.6	21	38	41	Administración menos dolorosa del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot
160	5,93 (2,36)	(5,6; 6,3)	15	23	29	48	Mayor facilidad de conservación (no necesita frío) en los convencionales depot vs atípico ILD
159	6,47 (1,89)	(6,2; 6,8)	16.9	9	37	53	Mejor aceptación por parte del cuidador principal del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot
159	6,48 (1,94)	(6,2; 6,8)	15	7	37	56	Mayor flexibilidad en el periodo de administración en los convencionales depot vs atípico ILD
160	6,59 (1,88)	(6,3; 6,9)	16.3	9	34	57	Mejor aceptación por parte del paciente del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot
159	7,55 (1,37)	(7,3; 7,8)	28.8	1	18	82	Efectos terapéuticos observados que sugieren liberación estable y sostenida en antipsicóticos atípicos ILD vs convencional depot
160	7,60 (1,27)	(7,4; 7,8)	26.9	2	14	84	Menor presencia de sedación inmediata tras la administración del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot ILD
158	7,63 (1,38)	(7,4; 7,8)	31.3	1	15	84	Mejor tolerabilidad global del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot
160	7,68 (1,41)	(7,5; 7,9)	32.5	3	13	84	Eficacia frente síntomas negativos y afectivos del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot
160	7,84 (1,22)	(7,6; 8,0)	35.6	2	14	84	Menor sedación provocada por el tratamiento del antipsicótico atípico ILD vs convencional depot