

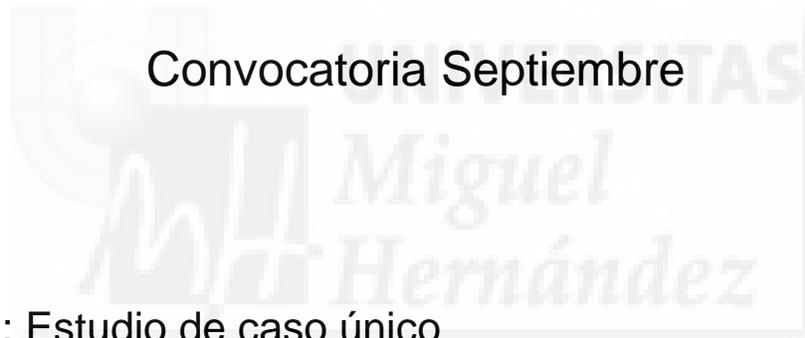


Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Septiembre



**Modalidad:** Estudio de caso único

**Título:** Intervención cognitivo-conductual para la mejora de la adherencia al tratamiento en un caso de esquizofrenia.

**Autor:** Mari Paz Navarro Ruiz

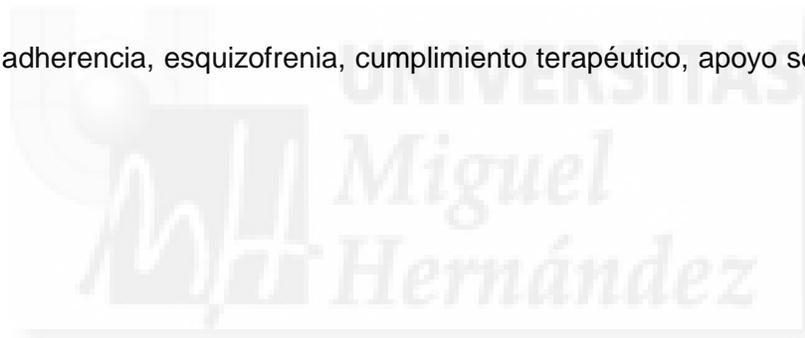
**Tutor:** Diego Macià Antón

Elche a 9 de Septiembre del 2015

## Resumen

El estudio tiene como objetivo presentar los efectos resultantes de aplicar una intervención con técnicas y estrategias cognitivo-conductuales para el aumento de la adherencia al tratamiento de un paciente con esquizofrenia. El tratamiento incluyó una fase de reconceptualización del problema, otra de entrenamiento y aplicación de técnicas, una tercera con prevención de recaídas y la cuarta que consta de un seguimiento posterior al cabo de seis meses. Las pruebas de evaluación empleadas fueron el Cuestionario de evaluación breve de influencias y creencias de la medicación (BEMIB), el Inventario de actitudes y adherencia al tratamiento de Hogan (DAI 10) y Cuestionario MOS de apoyo social percibido, junto con un autorregistro de medicación. Los resultados muestran mejoras significativas entre pretest y posttest, con un escaso descenso tras el seguimiento.

Palabras clave: adherencia, esquizofrenia, cumplimiento terapéutico, apoyo social, experimento de caso.



## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>1-2</b>
<b>Identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema.....</b>	<b>2-4</b>
<b>Evaluación del caso.....</b>	<b>4-7</b>
Instrumentos.....	4-5
Formulación clínica del caso.....	5-7
<b>Tratamiento.....</b>	<b>8-13</b>
Objetivos terapéuticos.....	8
Elección.....	8-10
Aplicación.....	10-12
Factores relacionados con el terapeuta.....	12-13
<b>Resultados.....</b>	<b>13-15</b>
<b>Discusión y conclusiones.....</b>	<b>15-18</b>
Validez y limitaciones.....	17-18
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>19-20</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>21</b>

## Introducción

La adherencia terapéutica es un fenómeno mundial que arroja cifras de prevalencia en enfermedades crónicas muy bajas. (Orueta, 2006) Concretamente, de un 4 a un 12% de pacientes con enfermedades mentales siguen el tratamiento farmacológico, mientras que es entre un 25-50% de pacientes esquizofrénicos los que incumplen el tratamiento y un 30-60% los que acaban abandonándolo en el primer año. (González, Cuixart, Manteca, Carbonell, Armengol y Azcon, 2005)

El término de adherencia también es mencionado en diferentes estudios como “incumplimiento terapéutico”, sin embargo Hayness y Sackett define la adherencia desde el punto de vista activo del papel del paciente y la participación en sus propios cuidados: “La medida en que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coinciden con las indicaciones dadas por su médico”. (Orueta, 2005)

Cabe destacar la multicausalidad de la baja adherencia puesto que son muchos los factores que van a intervenir en la actuación del paciente de abandonar el tratamiento. Algunos autores como Acosta, Hernández y Pereira, (2009), González, et al. (2005) y Silva, Galeano y Correa, (2005) coinciden en dar lugar a una clasificación de estos factores determinantes en el seguimiento del tratamiento; factores relacionados con el paciente, relacionados con el entorno, con el tratamiento, y relacionados con la interacción médico-paciente. Teniendo en cuenta estos cuatro grupos, algunas de las razones de incumplimiento en la esquizofrenia son los efectos secundarios del tratamiento, su coste elevado, creencias propias e irracionales del paciente, complejidad del tratamiento o falta de confianza de beneficio de éste, deterioro cognitivo, estigmatización, baja conciencia de enfermedad... (Asensi, Cerdán y Nieto, 2011). Además es importante no olvidar las repercusiones de la no-adherencia desde niveles individuales hasta globales en la sociedad. Es decir, va a haber consecuencias de empeoramiento a nivel psicopatológico, un peor pronóstico, pérdidas laborales y sociales, e incluso conductas suicidas sufridas por el paciente. Pero además, implica costes sanitarios elevados debido a las frecuentes recaídas que conllevan ingresos hospitalarios constantes o en bajos periodos de tiempo, fenómeno ya conocido como “puerta giratoria”.

Algunos estudios coinciden en afirmar la eficacia de la terapia cognitivo conductual (TCC) para

el aumento de la adherencia en esquizofrenia. A diferencia de otros tipos de tratamiento la TCC se preocupa por explorar las creencias de las personas hacia la negativa de la toma de medicación. Además ayuda al paciente a comprobar la relación entre una baja adherencia y una recaída a través de la entrevista motivacional (Turkington, D., Kingdon, D., y Weiden, P., 2006). Se puede observar una mejora en la conciencia de enfermedad de los pacientes utilizando la TCC pero además incluyendo psicoeducación y terapia familiar el cumplimiento es mayor y se reducen las recaídas. (Gutiérrez, C., Ocampo, M.V., y Gómez, J., 2008). La intervención farmacológica a través del depot inyectable de larga duración también ha sido comprobada de mayor eficacia para potenciar la adherencia según el Consenso Clínico Español sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (Roca, M., Cañas, F., Olivares, J.M., Rodríguez, A., y Giner, J., 2007)

Conforme a lo expuesto y a las cifras de prevalencia cabe preguntarse: ¿Realmente se otorga la importancia merecida a la atención y evaluación de la adherencia que el paciente presenta sobre su tratamiento? Si es considerado una de las principales causas, sino la principal del fracaso de los tratamientos, ¿No sería necesario estudiar esta problemática asociada a tantas enfermedades y no arrojarla, como en muchas ocasiones, a un segundo plano? Desde este trabajo se pretende identificar cuáles son los factores que afectan a la baja adherencia en un caso de esquizofrenia. De esta forma, poder realizar un análisis funcional de aquellas variables que estén actuando y establecer una intervención integral en la que el paciente además adopte medidas específicas con respecto a la toma de medicación ajustando el tratamiento a su hábito de vida.

## **Identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema**

### *Identificación del paciente*

Varón, 23 años de edad, convive con su padre y la pareja de éste. Soltero, sin hijos y mayor de cuatro hermanos. Relación con la madre empeorada tras el diagnóstico de la enfermedad. Estudios básicos hasta 1º ESO. Inactivo laboralmente en la actualidad.

### *Motivo de consulta*

Acude a nuestra Unidad de Salud Mental (San Vicente del Raspeig) diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide CIE-10: F.20.00. Es derivado de la Unidad de Hospitalización

Psiquiátrica de Agudos desde el hospital general de Alicante. El psiquiatra de la USM cree conveniente realizar un seguimiento del paciente, así como establecer un plan de intervención que mejore su adherencia al tratamiento, por lo que es atendido por el psicólogo.

### *Historia del problema*

Con 12 años comienza el consumo de tóxicos con preferencia por el cannabis y la cocaína, así como la aparición de alteraciones conductuales con agresividad en su domicilio y síntomas psicóticos consistentes en ideas delirantes, centradas en el entorno familiar. Destaca también la presencia de sintomatología negativa en forma de escasas relaciones sociales, cierto embotamiento afectivo y con escaso interés en actividades laborales, académicas o de otro tipo. Cuenta con tres ingresos previos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital general de Alicante.

En el tercer ingreso el paciente presentó sintomatología psicótica aún más florida con ideas delirantes de perjuicio erotománicas y megaloides así como alucinaciones auditivas y fenómenos de robo y lectura del pensamiento.

El paciente abandona el tratamiento una semana antes de su ingreso, presentando alteraciones de conducta en su domicilio con desinhibición, heteroagresividad, soliloquios, risas inmotivadas y verbalización de ideas delirantes de perjuicio centradas en su familia. Exploración psicopatológica: consciente y orientado, tranquilo psicomotrizmente, abordable pero escasamente colaborador, cierta perplejidad. Lenguaje pobre en contenido, inducido pero coherente, impresiona de un posible deterioro cognitivo o limitación intelectual de base. El afecto es discretamente aplanado, verbalizando sentimientos de anhedonia, así como anergia.

Actualmente permanece con sintomatología psicótica positiva, con alucinaciones auditivas en ausencia de la medicación, con planes de futuro poco realistas y nula conciencia de enfermedad; junto con sintomatología de tipo negativo. La medicación prescrita en el paciente es Zyprexa en comprimidos, con una toma de 10mg diarios como antipsicótico para la reducción de los síntomas positivos de la esquizofrenia. El paciente menciona sufrir efectos secundarios de la medicación no deseados y que le llevan al abandono del tratamiento. También achaca el incumplimiento a olvidos frecuentes de la toma diaria establecida. "Olvido a menudo tomarme la medicación porque estoy concentrado en mis cosas". Las relaciones sociales son escasas, no presenta grupo de amistades y existe rechazo por parte de la madre a causa del

desconocimiento de la enfermedad lo que implica estigmatización. “Mi madre pone excusas para quedar conmigo, siento que me evita porque piensa que le voy a agredir”

## **Evaluación del caso**

El objetivo de la evaluación principalmente es valorar la baja adherencia que presenta el paciente de cara al tratamiento, puesto que es el motivo por el que es remitido a la unidad. A continuación, se evaluarán aquellas variables que aparentemente, y acorde a la información recogida de la historia clínica, parecen estar apoyando la conducta problema principal. Para ello se aplican una serie de instrumentos.

### *Instrumentos*

#### *Drug Attitude Inventory de Hogan (DAI 10; Hays et al., 1993)*

Esta escala mide adherencia al tratamiento siendo la versión reducida de 10 ítems con respuesta dicotómica, heteroadministrada. En los ítems 1, 3, 4, 7, 9 y 10 las respuestas verdaderas valen 2 puntos y las falsas 1 punto. En el resto de los ítems 2, 5, 6 y 8, las respuestas verdaderas valen 1 punto y las falsas 2 puntos. Finalmente, se obtendrá un resultado entre diez y veinte puntos, sin que exista un corte determinado. Cuanto mayor sea el puntaje del paciente mejor será la adherencia terapéutica.

#### *Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB, Dolder et al., 2004)*

Se desarrolló para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Está basada en el modelo de creencias sobre la salud. Evalúa tres factores: conciencia de enfermedad y de los beneficios del tratamiento, obstáculos externos y obstáculos internos. Tiene 8 ítems que puntúan según una escala de Likert de cinco puntos según el grado de acuerdo con la sentencia, y es autoadministrada. Requiere 5-10 minutos para su administración

#### *Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (Revilla et al., 2005)*

Consta de 20 ítems, en un formato tipo likert con 5 opciones de respuesta que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), donde a mayor puntuación mayor apoyo percibido y viceversa. El cuestionario está dividido en 4 dimensiones: 1). Apoyo emocional con 8 ítems, un rango de 8 a 40 puntos y un punto de corte de 24 puntos, 2). Apoyo instrumental con 4 ítems, un rango de 4

a 20 puntos y un punto de corte de 12 puntos, 3). Interacción social positiva con 4 ítems, un rango de 4 a 20 puntos y un punto de corte de 9 puntos, 4). Apoyo afectivo con 3 ítems, un rango de 3 a 15 puntos y un punto de corte de 9. La consistencia interna de la escala total es de 0.97 y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96.

#### *Autorregistro de toma de medicación (elaboración propia) (Anexo1)*

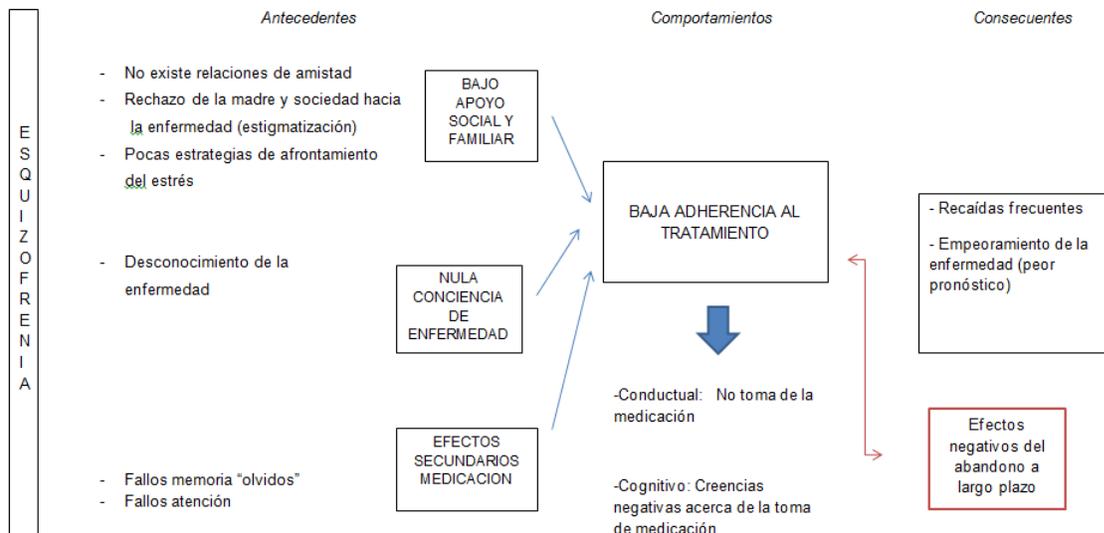
La hoja de registro es de fácil cumplimentación y debe ser rellenada por el mismo paciente. Se especifica si cumple o no las dos tomas diarias prescritas (mañana y noche) de medicación. Independientemente del número de pastillas se registra la conducta según sea correcta (todas las pastillas en los dos momentos diarios) o incorrecta (no se produce alguna toma de las pastillas correspondientes). La última columna registra anotaciones del motivo de no cumplir la toma de medicación ya que puede ser intencionado o no intencionado.

#### *Formulación clínica del caso*

Tras la recopilación de información se plantea realizar un análisis funcional de aquellos factores causales que están actuando de forma directa en que se dé la conducta disruptiva en el paciente: la baja adherencia al tratamiento.

Los resultados obtenidos tras el proceso de evaluación junto con la entrevista ponen de manifiesto que los factores influyentes principales son el bajo apoyo social, nula conciencia de enfermedad y efectos secundarios adversos de la medicación. El análisis funcional se llevó a cabo realizando un registro A-B-C y la información necesaria para realizarlo estuvo basada en tres fuentes:

- Autorregistro de medicación
- La información que aportan las escalas e inventarios
- La historia clínica y la observación



Las tres variables que causan y funcionan como antecedente al problema se describen a continuación:

### Bajo apoyo social y familiar

La situación familiar es desadaptativa. Conflictividad manifiesta familiar, agravada tras la separación de los padres. La relación con el padre es aparentemente buena y recibe apoyo por parte de éste, ya que convive con él y con su pareja y comenta una buena convivencia en el núcleo familiar. La madre por otro lado, muestra rechazo hacia el paciente desde que conoce el diagnóstico de la enfermedad causado en gran medida por el desconocimiento que tiene de ésta. Menciona tener contacto con los hermanos, pero no siente recibir apoyo de ningún tipo por parte de ellos. En general, los conocimientos de la familia sobre la enfermedad son básicos. No existe red de amistades cercanas por las que él perciba apoyo o con las que comparta actividades o intereses en común. La actitud y conducta de la madre junto con la visión que existe en la sociedad acerca de los enfermos mentales dispone al paciente en una situación de estigmatización que le impide mantener el tratamiento por temor a los prejuicios y al rechazo.

### Nula conciencia de enfermedad

Su nula conciencia de enfermedad es el principal desencadenante de la baja adhesión al tratamiento. La imposibilidad de apreciar su rol de enfermo lleva al paciente a la negación de llevar a cabo actividades y terapias psicológicas así como hacer un adecuado seguimiento de la medicación correspondiente.

### Efectos secundarios adversos

La medicación prescrita es Zyprexa en comprimidos, con una toma de 10mg diarios. Los efectos secundarios del antipsicótico experimentados por el paciente son principalmente aumento de peso y somnolencia. Con menor frecuencia sufre mareos, agitación, excesivo cansancio y aumento del apetito. En consecuencia el paciente rechaza la medicación exponiéndose a posibles recaídas. En una ocasión duplicó la toma de medicación debido al olvido de días anteriores como método compensatorio y desencadenó sintomatología aguda: convulsiones, aumento de fiebre, respiración enlentecida... Los efectos negativos del antipsicótico provocan descontento con la medicación y deseo de no tomarla con expresiones del tipo “las pastillas me dejan tonto” “me engorda y siempre tengo sueño”

Son estos aspectos mencionados junto con otros como la edad del paciente, por ejemplo, lo que supone una conducta de incumplimiento constante con un soporte de creencias negativas hacia la medicación que implican en definitiva consecuencias desagradables y a largo plazo incluso fatales para el paciente. El mismo hecho del abandono de la medicación antipsicótica no refleja efectos negativos ni recaídas inmediatas sino que tiene una acción retardada. Esto implica un efecto de contingencia y ayuda a mantener la situación de baja adherencia, ya que el paciente deja de tomar la Zyprexa y se reducen los efectos secundarios de ésta que resultaban molestos para él pero a su vez no aparecen los efectos positivos propios de la esquizofrenia y los brotes psicóticos hasta un período más largo de tiempo.

Se comprobó además de los tres factores causales principales de la baja adherencia, otros muchos aspectos que estaban interviniendo indirectamente en el problema por lo que el programa de tratamiento se ajustó en la mayor medida posible a las necesidades del paciente. Se pretendía conseguir, marcando una serie de objetivos, que acordes a actividades específicas para cada uno se logre el cumplimiento de éstos al finalizar el período de tratamiento.

## Tratamiento

### Objetivos terapéuticos

La intervención estuvo dirigida desde una perspectiva amplia en la que no únicamente había pretensión de cumplimiento de los fármacos sino también que el paciente trabajara una serie de estrategias psicosociales. En definitiva, con un objetivo principal de aumentar la adhesión al tratamiento también se intentó conseguir una mejor calidad de vida en el enfermo adoptando habilidades y mejorando sus relaciones sociales. Los objetivos fueron acordados teniendo en cuenta una estrategia concreta para el cumplimiento de cada uno de ellos. Quedan reflejados en la siguiente tabla: (tabla 1)

Objetivo general	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Describir un programa de intervención aplicando estrategias cognitivo-conductuales para contribuir a la mejora de la adhesión terapéutica del paciente</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Aumentar la conciencia de enfermedad y eliminar falsas creencias acerca de la medicación</i></li><li>- <i>Aumentar la red social de apoyo y mejorar la conflictividad familiar existente</i></li><li>- <i>Reducir los efectos secundarios adversos de la medicación</i></li><li>- <i>Controlar los olvidos de la toma de medicación</i></li><li>- <i>Establecer un vínculo afectivo entre el paciente y el equipo terapéutico</i></li></ul>

### Elección

Se lleva a cabo la intervención utilizando técnicas cognitivo-conductuales debido a su eficacia demostrada en estudios acerca del aumento de la adherencia en trastornos crónicos, y concretamente psicóticos. (Ballester, 2003., Márquez Contreras, Casado y Márquez Cabeza, 2001., Gutierrez, Ocampo y Gómez, 2008., Cuevas-Yust, 2006.)

Esta elección está fundamentada además en el análisis funcional que permite identificar

aquellas variables que afectan al paciente y sobre las que poder actuar diseñando programas de intervención para acabar reduciendo o eliminando el comportamiento disruptivo original a través de la modificación de esas variables causales. (Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez, 2008). La teoría de creencias sobre la salud ha demostrado ser explicativa de las conductas llevadas a cabo por personas con enfermedades crónicas y en relación a la adherencia al tratamiento. (Robles, 2013).

Es la psicoeducación entre muchas técnicas una de las más eficaces en conseguir concienciación acerca de la enfermedad, de sus causas, consecuencias... tanto en el paciente como en sus familiares. Implica la creencia de que el paciente con información acerca de riesgos y beneficios de la enfermedad, será capaz de adherirse al tratamiento más a largo plazo. Junto con la psicoeducación ha sido comprobada como estrategia de aumento de la adherencia la intervención familiar. (Robles, 2013., Gutierrez, Ocampo y Gómez, 2008). La reestructuración cognitiva como técnica para realizar modificaciones en creencias irracionales acerca de la enfermedad y del tratamiento y que impiden adherirse a la medicación. (Robles, 2013). Según el Consenso Clínico Español sobre Adherencia en esquizofrenia (2007) la estrategia de primera elección son los fármacos inyectables de acción prolongada, fundamentalmente atípicos. (Roca, Cañas, Olivares, Rodríguez y Giner, 2007). Además se da la existencia de algunos estudios que plasman la eficacia de utilizar estos fármacos de acción prolongada para mejorar las actitudes hacia la medicación y la prevención de recaídas (Pérez, Gil, Pina y García-Cabeza, 2010). Tal y como menciona la revista Infac (2011) la simplificación del régimen prescrito de medicación es una estrategia eficaz para una adherencia al tratamiento positiva, en la que la reducción de dos/tres tomas diaria a una provoca un beneficio en la adherencia.

Junto a estas los recordatorios para la toma de medicación como las llamadas telefónicas o los envíos postales son estrategias de eficacia comprobada (Márquez Contreras, et al., 2001).

La intervención estuvo orientada en cuatro grupos de estrategias: técnicas, educativas, conductuales y de apoyo social-familiar (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009) Se ha utilizado una combinación de diferentes estrategias debido a su eficacia demostrada en comparación con técnicas aisladas y quedan reflejadas en la tabla 2. La intención de la combinación también fue integrar aspectos farmacológicos reduciendo las dosis o utilizando recordatorios, junto con aspectos más psicosociales en los que el paciente pudiese trabajar apoyando la mejora del cumplimiento.

Tabla 2. Estrategias y técnicas de intervención para el aumento de la adherencia al tratamiento. Agrupadas en cuatro grupos según Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, (2009).

TÉCNICAS	EDUCATIVAS	CONDUCTUALES	APOYO SOCIAL
- Depot inyectable de larga duración	- Información individualizada  - Reestructuración cognitiva	- Recordatorios con llamadas telefónicas y/o alarmas en el móvil  - Habilidades sociales y de enfrentamiento	- Terapia familiar

### *Aplicación*

Tal y como queda plasmado en el cronograma (Anexo 2) el mes de Enero se planificó para la evaluación del sujeto, de forma que se completaron los inventarios y cuestionarios seleccionados. Tras este proceso junto con el análisis funcional del caso se formularon los objetivos a alcanzar en el tratamiento y se dividió este en cuatro fases:

La primera fase de educación o re-conceptualización del problema, en la segunda fase se desarrolló las diferentes técnicas para el abordaje de las conductas y actitudes a modificar, la tercera fase consta de dos últimas sesiones de prevención de recaídas, y por último, la cuarta fase consta del seguimiento posterior al tratamiento.

Se utilizó un paquete de tratamiento multicomponente integrado por doce sesiones con una duración de 90 minutos cada una y aplicadas con periodicidad semanal, lo que implica una duración total de tres meses de tratamiento. En la etapa de seguimiento se re-evalúa al paciente con los mismos instrumentos al cabo de seis meses para valorar los resultados y la efectividad del tratamiento.

En la primera fase que coincide con la primera sesión del tratamiento se describió los resultados obtenidos por el análisis funcional así como por los cuestionarios e inventarios completados durante el periodo de evaluación anterior. Se hizo llegar tanto al paciente como a sus familiares cual era el principal problema a resolver y las situaciones que lo mantenían y anticipaban. Se dio a conocer los objetivos y metas establecidas del tratamiento como las técnicas

correspondientes para llevarlo a cabo. En todo momento se utilizó un lenguaje acorde a los beneficiarios de la información y fomentando motivación en el paciente y sus familiares hacia la elección del tratamiento.

En la segunda fase (sesiones nº 2-nº10) se trabajaron estrategias destinadas al aumento de la adherencia en el paciente pero para ello era necesario hacerlo también con la familia. A continuación se describe el procedimiento de cada sesión:

En la segunda y tercera sesión se imparte psicoeducación dando a conocer al paciente las características de su enfermedad y tomando conciencia del problema, relacionando el trastorno con la importancia de adherirse al tratamiento dejando ver las consecuencias que supone el incumplimiento de éste. En la sesión dos se informó al paciente de las ventajas de utilizar el depot inyectable de larga duración consiguiendo el consentimiento de forma que en la siguiente sesión se realizó la administración del fármaco (Risperidona).

Las sesiones cuatro y cinco se centraron en la técnica de reestructuración cognitiva identificando y sustituyendo pensamientos y creencias desadaptativas hacia la negación de la medicación siguiendo el modelo ABC de Ellis.

Las sesiones seis, siete y ocho fueron utilizadas para una terapia familiar basada en la *intervención familiar cognitivo conductual de Tarrier* (Vallina y Lemos, 2000) utilizando dos de sus tres componentes; un componente educativo y otro de habilidades para el manejo del estrés y respuestas de afrontamiento. En la sesión seis se trabajaron ejercicios en el que los familiares escribían las creencias acerca de la enfermedad y pensamientos que les suscita. A continuación se ponían en común las frases del papel haciendo aclaración de ellas a la vez que se les iba aportando información acerca del trastorno. Es en las sesiones siete y ocho dónde se hizo hincapié en dotar de habilidades a los familiares para afrontar situaciones de estrés que se presenten en relación con la enfermedad. El objetivo fue que aprendieran a manejar emociones y para ello se utilizaron ejercicios de relajación y respiración y autoafirmaciones tranquilizadoras. Se recomienda a los familiares hacer uso de estas técnicas en casa e ir adoptándolas en las situaciones que precisen su uso.

Las sesiones nueve y diez sirvieron para que el paciente fuera capaz de lograr habilidades sociales y de afrontamiento que le permitieran hacer frente a situaciones de estrés. Se realizaron actividades para potenciar la asertividad y la empatía pero en mayor medida se trabajaba conseguir un sentimiento de autoeficacia en el paciente que le permitiera una adherencia continua al tratamiento. Para alcanzar este objetivo se utilizó el refuerzo positivo en

todas las actitudes o actividades que iba teniendo acorde al cumplimiento, fomentando así la repetición de las conductas. Para finalizar el período de tratamiento, y ya que la adhesión no es un fenómeno que suele perdurar a lo largo del tiempo, era necesario planificar dos sesiones de prevención de recaídas. El objetivo era identificar situaciones que para el paciente supusieran riesgo de abandono de la medicación, y para ello se aconsejó que en una hoja anotara las situaciones que anteriormente le hubiesen hecho dejar de tomar la medicación y también las que pudiesen hacerle recaer en ese momento. A partir de aquí en las sesiones once y doce se trataron estas situaciones proponiendo alternativas para hacerles frente. Para complementar se hizo uso del balance decisional en el que el paciente debía argumentar los pros y contras de continuar con el tratamiento.

Como ya se ha mencionado es en la sesión tres donde se realiza la primera administración del fármaco Risperidona vía parenteral y de larga duración y se iba administrando nuevas dosis cada cuatro semanas. El objetivo fue reducir los efectos secundarios provocados por la medicación anterior (Zyprexa) además de un aumento de la adherencia puesto que era más cómodo para el paciente este procedimiento. Como método para facilitar el recuerdo de las citas mensuales y semanales, se hacían llegar llamadas telefónicas un día antes de la cita desde la USM. Se recomendó como posible opción el uso de una aplicación móvil o el dispositivo de alarma del teléfono para el recuerdo de las citas. Al cambiar la medicación y la vía de administración no fue necesario simplificar las dosis diarias vía oral puesto que ya no se daban.

#### *Factores relacionados con el terapeuta*

Es importante mencionar que la intervención estuvo dirigida por la psicóloga de la USM, acompañada de la enfermera y del psiquiatra que trataron el cambio de fármaco conveniente y adaptado al paciente y la administración de éste en los días programados, lo que conllevó un trabajo multidisciplinar. La relación terapéutica durante el tratamiento-seguimiento no siguió una entrevista específica continua. Sin embargo, se intentó potenciar la motivación con orientación al cambio en creencias y conductas adversas al cumplimiento. Se estableció una relación mutualista haciendo partícipe al paciente en su propio tratamiento, a través de feedback y aclaraciones se creó un vínculo entre el profesional y el paciente que permitió un contacto cercano y en un ambiente de confianza, lo que ayudaría a conseguir el objetivo final.

## Resultados

Los resultados se obtienen a partir de la valoración de la adherencia del sujeto antes del tratamiento, después y tras el seguimiento de seis meses. Por tanto, al sujeto se le administra la agrupación de los tres cuestionarios en tres veces diferentes y se hace la comparativa de cada variable. Las cuatro variables que se miden son: Apoyo Social percibido, (MOS, Revilla et al., 2005), Adherencia al tratamiento (DAI-10, Sherbourne et al., 1993) y por último conciencia de enfermedad y efectos adversos (BEMIB, Dolder et al., 2004).

Figura 1. Adherencia al tratamiento en pretest, postest y seguimiento.

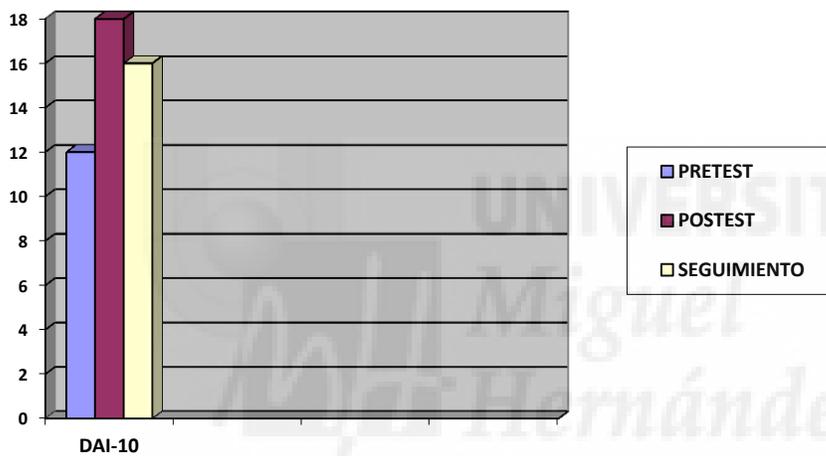


Figura 2. Apoyo Social Percibido en pretest, postest y seguimiento.

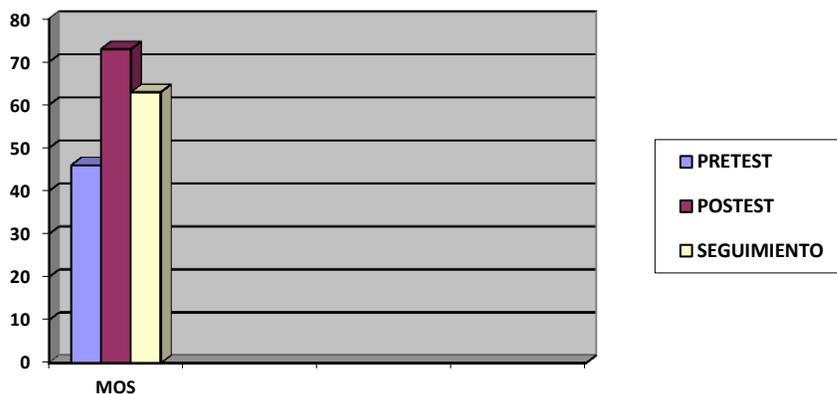
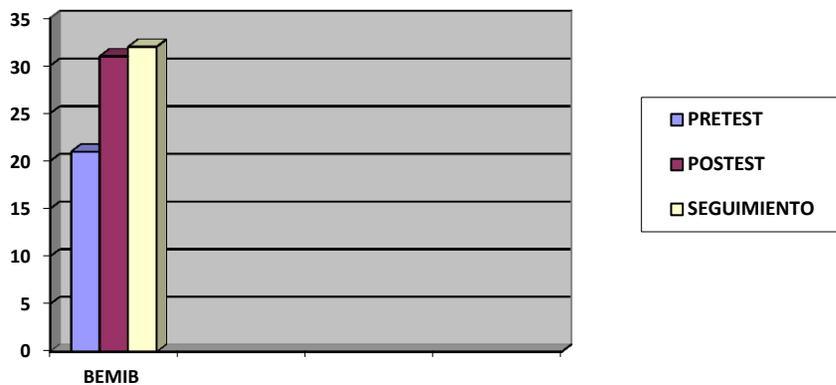


Figura 3. Conciencia de enfermedad y Efectos adversos en pretest, postest y seguimiento.



En la figura 1 se representa la adherencia experimentada por el paciente antes de aplicar el tratamiento, al finalizarlo (tres meses después) y tras el seguimiento a los seis meses. Las puntuaciones son 12 en el pretest, 18 en el postest y disminuye a 16 en el seguimiento. El rango de puntuación oscila entre 10 y 20. En la figura 2 se representa el apoyo social percibido por el paciente antes, después del tratamiento y tras el seguimiento a los seis meses. Las puntuaciones obtenidas son; en el pretest 46, en el postest 73 y tras el seguimiento 63. El rango oscila entre 20 y 100. La figura 3 refleja los resultados obtenidos por conciencia de enfermedad y efectos adversos de la medicación antes, después del tratamiento y tras el seguimiento. Las puntuaciones son las siguientes; en el pretest 21, en el postest 31 y en el seguimiento 32. El rango de puntuación oscila entre 8 y 40.

El cuestionario BEMIB permitió medir dos variables; conciencia de enfermedad y efectos adversos de la medicación. Además de recoger los obstáculos externos e internos que impiden al paciente mantener el cumplimiento. Por ello, en la tabla 3 se recoge los ítems del cuestionario junto a las puntuaciones del paciente en los tres momentos de evaluación. Se comprueba que según el ítem "Tengo un trastorno psiquiátrico que mejora con la medicación antipsicótica" la conciencia de enfermedad aumenta en el postest y se mantiene a los seis meses. En cuanto a los efectos adversos el ítem "Los efectos secundarios de la medicación antipsicótica me fastidian" muestra una puntuación más elevada en el pretest que en el postest, y aumenta en un punto en el seguimiento.

Tabla 3. Efecto del tratamiento en conciencia de enfermedad, efectos adversos, obstáculos externos y obstáculos internos. (Rango: 0-5)

Ítems BEMIB	Pretest	Postest	Seguimiento
- Tomar la medicación antipsicótica me hace sentir mejor (Efectos adversos)	1	3	3
- Tomar la medicación antipsicótica me ayuda a evitar la hospitalización (C.E)	2	4	4
- Los efectos secundarios de la medicación antipsicótica me fastidian (Efectos adversos)	5	3	4
- Tengo un sistema que me ayuda a recordar tomar la medicación antipsicótica. (O.E)	1	5	5
- Es difícil de recordar cada día que hay que tomar la medicación antipsicótica (O.I)	4	2	3
- No tengo problema en obtener la medicación antipsicótica (O.E)	4	4	4
- Mi familia, amigos y doctores me ayudan a tomar la medicación antipsicótica (O.E)	3	5	4
- Tengo un trastorno psiquiátrico que mejora con la medicación antipsicótica. (C.E)	1	5	5

### Discusión y conclusiones

El presente estudio tuvo como propósito evaluar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual administrado de forma individual sobre un sujeto con el objetivo principal de aumentar la adherencia a su tratamiento. Medidas por tres cuestionarios se trabajó y evaluó cuatro variables; adherencia al tratamiento, apoyo social, conciencia de enfermedad y efectos adversos de la medicación.

Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron a corroborar los resultados que plasman algunos de los estudios mencionados a continuación: El estudio de Boyer et al. (2012) en el que se muestra la relación entre adherencia y baja conciencia de enfermedad, haciendo hincapié en la psicoeducación y en la importancia de detectar las actitudes problemáticas hacia la medicación. Aldebot et al. (2009) comprueba la hipótesis de su estudio en el que las estrategias de afrontamiento positivas mejoran la adherencia al tratamiento. Roca et al. (2007) en el

Consenso Clínico Español sobre Adherencia en Esquizofrenia también apoyan la eficacia de fármacos inyectables de larga duración, atípicos frente a convencionales por el mayor número de ventajas encontradas. En estudios como el de Acosta, Hernández y Pereira (2005) se menciona la eficacia de utilizar estrategias en las que se implique la familia junto con el paciente, debido a que el factor de apoyo social toma una importancia relevante en la cuestión de la adherencia.

En términos generales, los resultados reflejaron que las intervenciones empleadas fueron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas. Por otro lado, se obtuvo mejoría en las creencias acerca de la medicación que inicialmente resultaban negativas y en oposición al cumplimiento. De igual forma los recordatorios a través de llamadas junto con la ayuda de la aplicación móvil intervinieron en que el paciente no se ausentara a ninguna cita programada. Se comprobó el cumplimiento del objetivo general a través del cuestionario de Adherencia al tratamiento (DAI-10), en el que se observó una mejora al finalizar el tratamiento tal y como se puede observar en el apartado de resultados. En cuanto a los objetivos específicos superaron las expectativas propuestas inicialmente, ya que el paciente logró una mayor conciencia de su enfermedad así como a modificar algunos pensamientos des adaptativos y contrapuestos a la toma de la medicación. Fue capaz de adquirir conceptos básicos acerca de la enfermedad y sus características más relevantes junto con la importancia que supone una adherencia al tratamiento prescrito. También cabe destacar los resultados positivos que se obtuvieron en relación al apoyo social que el paciente percibía tras haber finalizado la fase de entrenamiento. La terapia familiar incrementó la unión familiar de los miembros cercanos al paciente y ayudó a que estos empatizaran con la situación y comprendieran las implicaciones que conlleva la enfermedad. Gracias al trabajo con los familiares el vínculo familiar aumentó y sirvió para que el paciente percibiera un mayor apoyo de su entorno. En definitiva, lo que se buscaba era no solo conseguir una mayor afinidad en el núcleo familiar sino que esto desencadenara en el paciente una motivación para llevar a cabo un tratamiento adecuado. Se observó la eficacia de un tratamiento farmacológico inyectable de larga duración para aumentar la adherencia al tratamiento. Este método implicó algunas ventajas de cara al cumplimiento; por un lado se produjo la reducción de efectos adversos en comparación a ocasiones anteriores debido a que el nivel de medicación en sangre era más estable, y por otro lado, el paciente sustituyó el tener que recordar las tomas diarias de medicación por una cita mensual al centro de salud para la administración del fármaco. Esto facilitó considerablemente la adherencia. Cabe mencionar,

que este procedimiento se aplicó también con la intención de mantener la adherencia a largo plazo puesto que el paciente tendría que continuar con las visitas mensuales a la USM. En situaciones futuras el paciente será atendido para la administración del fármaco y servirá como revisiones periódicas en las que mantendrá contacto con los profesionales sanitarios asegurando que prevalezca el vínculo profesional-paciente, además de obtener la información necesaria que solicite.

### *Validez y Limitaciones*

Las limitaciones que principalmente condicionan el estudio vienen dadas por el diseño escogido. Al tratarse de un experimento de caso único no se considera una muestra representativa de la población y la validez interna queda perjudicada. Además no es posible detectar variables que pueden estar actuando sobre la adherencia terapéutica (V.I) ya que no están siendo medidas durante el estudio. Respecto a la interacción sujeto-tratamiento podría aparecer el sesgo del experimentador o efecto Rosenthal por lo que el análisis de datos se llevó a cabo a través de un estadístico ciego. En cuanto a las escalas, puede aparecer un sesgo de aprendizaje por parte del paciente al administrar las mismas escalas o herramientas en diferentes ocasiones durante el periodo de estudio. Para escapar de la limitación se intentó dilatar el proceso de medición todo lo posible para minimizar el sesgo. También podría cambiar la conducta o motivación del paciente para el estudio al saber que está siendo partícipe de éste, produciéndose el Efecto Hawthorne.

Por otro lado, es de importancia mencionar que el experimento de caso único es más frecuentemente utilizado en poblaciones clínicas, como es el caso, puesto que el sujeto del experimento suele representar bastante bien a sujetos con el mismo síndrome. Cabe añadir a lo anterior, que lo que se evalúa y se intenta cambiar son conductas asociadas a una conducta problema inicial lo que facilita la validez del estudio, ya que la baja adherencia en trastornos psicóticos sigue un patrón de conducta similar en todos los sujetos y se ve afectada por las mismas variables.

La cantidad de estudios que muestran los diferentes factores de riesgo o que actúan directamente en que se dé una baja adherencia en los pacientes esquizofrénicos, es lo que promovió la realización del estudio. A partir de la información publicada respecto al fenómeno de adherencia se consideró interesante llevar a cabo un plan de tratamiento integral en un único caso que presentaba varios frentes abiertos que parecían estar actuando en sus actitudes y

conducta frente a la medicación. Lo que se planteó fue combinar diferentes estrategias de forma que la intervención sobre el paciente fuera lo más completa posible abarcando no únicamente aspectos relacionados con la medicación sino también desde un ámbito psicosocial.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos tras la intervención, los que muestran una mejora en el cumplimiento de la medicación con una pequeña reducción de éste tras un período de seis meses después de finalizar la intervención, cabría preguntarse si ¿realmente las estrategias de intervención serían eficaces a largo plazo? o ¿el paciente mostrará una conducta de adherencia únicamente durante el entrenamiento de esas estrategias? Las investigaciones futuras deberían tratar de comprobar si las actitudes frente a la medicación aprendidas permanecen a lo largo del tiempo así como la conducta acorde a ellas. Sin olvidar hacer imprescindible el trabajo, en cualquier servicio sanitario, de motivar al paciente a implicarse activamente en su propio tratamiento tomando conciencia del beneficio que esto otorga al enfermo en particular y a la sociedad en general.



## Referencias bibliográficas

- Acosta, F.J., Hernández, J.L., y Pereira, J. (2009). La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9, 29-48.
- Aldebot, S., de Mamani, A.G. (2009). Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. *J Nerv Ment*, 197, 580-584.
- Asensi, L., Cerdán, A., y Nieto, Y. (2010). ¿Cómo influye el grado de información en pacientes esquizofrénicos para su adherencia al tratamiento? *Revista de Fundamentos de Psicología*, 2, 55-64.
- Batzordea, I. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Infac*, 19.
- Boyer, L., Cermolacce, M., Dassa, D., Fernández, J., Boucekine, M., Richieri, R., Vaillant, F., Dumas, R., Auquier, P. y Lancon, C. (2012). Neurocognition, insight and medication nonadherence in schizophrenia: a structural equation modeling approach. *Plos One*, 7(10).
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24, 267-292.
- Dilla, T., Valladares, A., Liza, L. y Sacristán, A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*, 41,342-348
- Dolder, C.R., Lacro, J.P., Warren, K.A., Golshan, S., Perkins, D.O., Jeste, D.V. (2004). Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol*, 24, 404–9.
- García, I., Granada, J.M, Leal, M.I., Sales, R., Lluch, M.T., Fornés, J., Rodríguez, A. y Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*, 38, 1-45.
- Giner, J., Cañas, F., Olivares, J.M., Rodríguez, A., Burón, J.A., Rodríguez-Morales, A. y Roca, A. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr*, 34, 386-392.
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., Azcon, MA. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. *Enfermería global*, 7.

- Gutiérrez, C., Ocampo, M.V., y Gómez, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura. *Rev. Colomb. Psiquiat*, 37, 164-174.
- Hays, R.D., Sherbourne, C.D., y Mazel, R.M. (1993). The RAND 36-Item Health Survey. *Health Econ*, 2, 217-27.
- Márquez, E., Casado, J.J., y Márquez, C. (2001). Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 8, 558-573.
- Orueta, R. (2006). Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la adherencia terapéutica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1, 185-192.
- Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29, 40-48.
- Pérez, A., Gil, S., Pina, L. y García-Cabeza, I. (2010). Psicofarmacología de la psicosis: Elección del fármaco, adherencia al tratamiento y nuevos horizontes. *Clínica y Salud*, 21, 271-283.
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E, y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-18.
- Robles, A.P. (2013). *Técnicas cognitivo conductuales y su efecto en la adherencia al tratamiento en la HTA: Diseño experimental de caso único*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Silva, G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no adherencia. *Acta Med Colomb*, 30.
- Turkington, D., Kingdon, D., y Weiden, P.J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163, 365–373.
- Valina, O., y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.
- Vargas, M. y Touriño, R. (2010). Evaluación en rehabilitación psicosocial. En C. Abelleira y R. Touriño. (Eds.), *Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento*. (pp. 97-110). Valladolid: FEARP
- Virues-Ortega, J. y Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guía de publicación de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 765-777.

## ANEXOS

Anexo 1

DÍA	MAÑANA	NOCHE	MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

Anexo 2

	TRATAMIENTO				SEGUIMIENTO						
MES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	
<b>Evaluación</b>											
<b>Fase 1</b>											
<b>Fase 2</b>											
<b>Fase 3</b>											
<b>Fase 4</b>											