



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Junio

Modalidad: Trabajo de carácter profesional – Diseño de una propuesta de intervención.

Título: Protocolo de intervención mediante intenciones de implementación para incrementar la adhesión a la medicación en esquizofrenia.

Autora: Laura Quiles Higuero.

Tutoras: Sofía López Roig y M^a Ángeles Pastor.

Elche a 15 de junio de 2016

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
a. Contextualización del problema.....	4
b. Intervenciones habituales.....	5
c. Justificación de la intervención.....	7
3. Método.....	8
a. Evaluación de necesidades.....	8
b. Diseño de intervención.....	9
i. Participantes.....	9
ii. Variables e instrumentos.....	10
iii. Procedimiento.....	11
iv. Descripción de la intervención propuesta.....	11
1. Objetivos.....	11
2. Descripción de las sesiones.....	12
3. Temporalización.....	18
v. Evaluación.....	19
4. Resultados esperados.....	19
5. Conclusiones.....	20
6. Referencias bibliográficas.....	21
Tabla 1.....	19
Anexo A.....	26
Anexo B.....	29
Anexo C.....	31
Anexo D.....	32
Anexo E.....	33
Anexo F.....	34
Anexo G.....	35
Anexo H.....	38
Anexo I.....	40
Anexo J.....	42

Resumen

La falta de adhesión a la medicación es un problema habitual en la mayoría de las patologías. Sin embargo, en los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, este fenómeno se ve agravado dada su alta frecuencia y los riesgos que conlleva. La falta de adhesión al tratamiento farmacológico se ve influida, además, por los déficits cognitivos de esta población. Teniendo en cuenta que se requieren habilidades de memoria y de planificación para reconocer las oportunidades y planificar acciones, estos problemas pueden reducir la probabilidad de logro de objetivos conductuales y pueden explicar por qué las personas con esquizofrenia presentan problemas al iniciar acciones, como la toma de medicación. El presente trabajo propone el diseño de una intervención psicológica destinada a incrementar la adhesión al tratamiento psicofarmacológico de las personas con esquizofrenia, utilizando las intenciones de implementación.

Palabras clave: Esquizofrenia, adhesión a la medicación, intenciones de implementación.



2. Introducción.

a. Contextualización del problema.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave (TMG) definido, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5 (APA, 2014), por la existencia de una o más de las siguientes anomalías: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos (por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia). La esquizofrenia afecta a la calidad de vida del individuo y está asociada a un perjuicio funcional significativo (Switaj et al., 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), esta enfermedad afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Su prevalencia es aproximadamente del 0.3 al 0.7 (DSM-5, 2014), siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Esta enfermedad tiene un origen multifactorial y están involucrados tanto factores genéticos como ambientales. Los primeros síntomas suelen aparecer en la adolescencia tardía o primeros años de la edad adulta. (Rebolledo y Lobato, 2005).

El informe de la OMS de Salud Mental en el Mundo (2001) alerta sobre la importancia cuantitativa de las enfermedades mentales como responsables de discapacidad. En concreto, la esquizofrenia se encuentra entre las 10 enfermedades más incapacitantes en personas con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años (OMS, 2016).

Para los pacientes con esquizofrenia, el tratamiento farmacológico es primordial para prevenir la recurrencia de los síntomas y obtener buenos resultados en el tratamiento (Velligan et al., 2009). Además de la reducción de los síntomas, la medicación proporciona beneficios, como la mejora del bienestar subjetivo, la calidad de vida y las relaciones, mejora de la socialización y el desempeño de actividades y aumento de la sensación de seguridad y autocontrol (Graziani e Inocenti, 2014). Por su parte, la falta de adhesión a la medicación es causa frecuente de empeoramiento en la psicopatología, recaídas psicóticas, ingresos hospitalarios, mayor riesgo de suicidio, mayor tiempo hasta conseguir la remisión, peor pronóstico, pérdida de trabajo y peligrosidad para uno mismo y otros (Acosta, Hernández y Pereira, 2009), teniendo una clara repercusión en las familias y cuidadores de los pacientes (Rettenbacher et al., 2004). Además, las recaídas implican altos costes sanitarios (Gilmer et al., 2004).

El tratamiento medicamentoso debe ir acompañado de otras modalidades terapéuticas, como la psicoterapia o la psicoeducación (Graziani e Inocenti, 2014).

Sin embargo, pese a la importancia de la medicación, aproximadamente, la mitad de las personas con esquizofrenia no consume los fármacos prescritos (Nicolino, Verdana, Miasso, Cardoso y Galera, 2011; Silva, Lovisi, Verdolin y Cavalcanti, 2012).

El *cumplimiento* es definido por Haynes (1979) como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por los profesionales sanitarios. Mientras que la *adhesión* incluye, además, en su definición, el aspecto del mutuo acuerdo entre paciente y médico o personal sanitario (Barofsky, 1978; National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization, 2005). Es un fenómeno complejo condicionado por factores de diversa naturaleza. Hernández, Acosta y Pereira (2009), la definen como “una conducta o repertorio de conductas modulado por componentes subjetivos, pero también influenciado por factores externos” (p. 13).

Velligan et al. (2009) han publicado una guía de consenso de expertos en pacientes con trastornos mentales graves y persistentes sobre los criterios para definir adhesión. El *porcentaje de medicación tomado*, no relacionado con un intervalo de tiempo determinado, fue considerada la mejor manera de definir la adhesión. La mayoría estableció el 80% como el punto de corte válido para diferenciar la “adhesión” de la “no-adhesión”. Cuando en los tratamientos se incluían varios fármacos, se consideró que la toma de todos era necesaria para calificar al paciente como cumplidor.

Por tanto, a la vista de lo expuesto, la adhesión a la medicación se plantea como un objetivo clave en los tratamientos de la esquizofrenia.

b. Intervenciones habituales

En relación con la mejora de la adhesión a la medicación en la esquizofrenia, se recomienda utilizar la *psicoeducación*, la *terapia cognitivo-conductual* y las *entrevistas motivacionales* (Kane, Kishimoto y Correll, 2013). Pese a haber sido la principal estrategia utilizada durante años, la psicoeducación, de forma aislada, no ha demostrado su eficacia en la mejora de la adhesión farmacológica (Barkhof, Meijer, de Sonnevile, Linszen y de Haan, 2012; Lincoln, Wilhelm y Nestouric, 2007).

Por otro lado, se han creado intervenciones que combinan los componentes anteriores. Una de ellas es la *terapia para la adhesión o apego* (Merinder et al., 1999), que ha resultado eficaz para mejorar la comprensión, aceptación y adhesión a la medicación (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt y David, 1996; Maneesakorn, Robson, Gournay y Gray, 2007), aunque hay resultados contradictorios en este sentido (Gray et al., 2006; O’ Doneell et al., 2003). Otras intervenciones con resultados positivos son la *educación para hacer frente a la*

adhesión al tratamiento (Uzenoff, Perkins, Hamer, Wiesen y Penn, 2008), la *terapia de ritmo interpersonal y social* (Sajatovic, Davies y Hrouda, 2004) y la *capacitación para la adaptación cognitiva* (Velligan et al., 2009).

Otros autores destacan el uso periódico de técnicas de refuerzo tales como recompensas monetarias o vales, contacto frecuente del profesional sanitario con el paciente y otros tipos de recordatorios personalizados (Mundt, Clarke, Burroughs, Breneman y Griest, 2001; Pekkala y Merinder, 2002; Ran et al., 2003; Shon y Park, 2002).

Por otro lado, en relación con las prescripciones farmacológicas, es importante considerar, para mejorar la adhesión, cuestiones como: el cambio de medicación, el ajuste de la dosis, el tratamiento de los efectos secundarios, la simplificación del esquema de tratamiento y la utilización de inyecciones de acción prolongada (Kane et al., 2013).

En el presente trabajo se propone trabajar la adhesión a las pautas farmacológicas sobre la base de las intenciones de implementación, II (Gollwitzer; 1993, 1999, 2014). Las II son planes sobre cómo alcanzar una meta. Está demostrado que aumentan la probabilidad de que la intención de meta se transforme en acción, ayudando a manejar los problemas de autorregulación que puedan menoscabar el esfuerzo hacia la meta (en este caso el correcto seguimiento de las prescripciones médicas). Las II incluyen un componente “*si*” (situación crítica) y un componente “*entonces*” (conducta a realizar para lograr la meta). Especifican cuándo, dónde y cómo se va a llevar a la acción una meta propuesta: “*Si me encuentro con la situación X, entonces llevaré a cabo la conducta Y*”, uniendo de esta manera una situación crítica con una conducta dirigida a la meta. Están jerárquicamente subordinadas a intenciones o metas simples (“*Quiero Z*”).

En un meta-análisis de 94 estudios (Gollwitzer y Sheeran, 2006), se mostraron efectos positivos de media a gran magnitud en el cambio comportamental (tamaño del efecto, d , de 0.65). Sin embargo, estos autores incluyeron únicamente tres estudios con poblaciones clínicas. Por su parte, Toli, Webb y Hardy (2016) realizaron una revisión de 29 estudios experimentales con muestras clínicas de personas con problemas de salud mental (entre los que se incluyeron participantes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo), obteniendo un tamaño del efecto de gran magnitud ($d = 0.99$) y comparable al efecto de formar II entre muestras con problemas psicológicos encontrado por Gollwitzer y Sheeran en 2006 ($d = 1.10$). Estos hallazgos sugieren que la formación de II puede ser una estrategia útil para ayudar a personas con problemas de salud mental a lograr varios objetivos y podrían ser integradas en los tratamientos existentes.

Hasta la fecha, únicamente se ha realizado un estudio basado en la formación de II con pacientes con esquizofrenia que, aunque no estaba relacionado con la adhesión a la

prescripción farmacológica, ha mostrado la viabilidad y pertinencia de utilizar esta técnica en dichas personas. Brandstätter, Lengfelder y Gollwitzer (2001) emplearon una muestra de 20 sujetos, así como un grupo de control para su Estudio 2, en el que les pidieron que realizaran una tarea go/no-go. Los resultados mostraron que los pacientes que se formaron una II aumentaron la velocidad de respuesta con respecto a los estímulos críticos; a pesar del déficit cognitivo relacionado con la atención selectiva y de la mayor vulnerabilidad a distracciones así como a pensamientos intrusivos de estas personas. Dichos hallazgos sugieren que las respuestas alcanzadas por las II son eficientes y no se ven afectadas por la carga cognitiva.

En relación con la adhesión a la medicación, Sheeran y Orbell (1999) y Bermúdez, Contreras, Margüenda y García (2004), analizaron si las II podrían promover la consecución de la conducta “toma diaria de vitaminas”. Ambos estudios constataron que los participantes que se formaban una II se olvidaban de menos pastillas tras 3-4 semanas que los participantes del grupo con meta simple.

En resumen, las II han demostrado ser técnicas útiles para superar dificultades de autorregulación y cerrar la brecha entre intención y comportamiento, tanto en conductas como la toma diaria de medicamentos, como en la facilitación de las acciones encaminadas hacia una meta en pacientes con esquizofrenia.

c. Justificación de la intervención

La eficacia de las II se fundamenta en dos tipos de procesos subyacentes: los relacionados con la situación anticipada y los relacionados con la conducta especificada (Gollwitzer, 1993, 1999; Schweiger-Gallo, De Miguel, Rodríguez-Monter, Álvaro y Gollwitzer, 2009). En el primer caso, se crea un vínculo mental entre la situación crítica especificada y la conducta orientada a la meta. De este modo, la representación mental de la situación crítica se activa y es altamente accesible, permitiendo una detección fácil, un recuerdo efectivo y una disposición a atender la situación crítica, incluso estando ocupado. Respecto al segundo proceso, la formación del vínculo “si-entonces”, delega el control de la conducta a la situación crítica, produciéndose la automatización del inicio de los esfuerzos dirigidos a la meta en presencia de la situación especificada, de forma inmediata, eficiente y sin esfuerzo consciente.

De hecho, las II evitan una de las consecuencias negativas de los esfuerzos de autorregulación, como es el agotamiento, cansancio cognitivo o “ego-depletion” (Webb y Sheeran, 2003).

Según el National Institute of Mental Health (NIMH, 2011), las personas con esquizofrenia presentan: deficiencias en el funcionamiento ejecutivo, la concentración o atención sostenida y la memoria de trabajo. Teniendo en cuenta que se requieren habilidades de memoria y de planificación para reconocer oportunidades y planificar acciones, estos problemas pueden reducir la probabilidad de consecución de objetivos y, además, explicar las dificultades de las personas con esquizofrenia para iniciar conductas (Metzinger, 2006; Spence y Parry, 2006). Por ello, las II podrían ser una estrategia útil en esta población, dadas sus ventajas de control automático y ausencia de esfuerzo consciente.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia de la falta de adhesión a la medicación (un 50% aproximadamente), sus importantes consecuencias y la falta de eficacia de las intervenciones aplicadas (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald y Yao, 2008), resulta vital la búsqueda de nuevas intervenciones adaptadas a las condiciones y características de este colectivo. Así, dados los déficits cognitivos mencionados, el carácter autorregulado y autónomo de la adhesión a la medicación y la eficacia demostrada de las II, éstas podrían ser estrategias útiles en este contexto. Por tanto, este trabajo tiene como objetivo diseñar una intervención psicológica utilizando II para aumentar la adhesión al tratamiento farmacológico en personas con esquizofrenia.

3. Método

a. Evaluación de necesidades

En la literatura revisada, las tasas de adhesión en esquizofrenia son muy variables. En una revisión de 10 estudios publicados se estimó una tasa media del 41,2% (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband y Jeste, 2002), siendo sólo un tercio de los pacientes completamente cumplidores, según Oehl, Hummer y Fleischhacker (2000). Este problema es mayor en los pacientes ambulatorios que en los hospitalizados (Hare y Willcox, 1967; Irwin, Weitzel y Morgan, 1971).

En una revisión sistemática de 54 artículos publicados entre 2001 y 2010, Silva et al. (2012) obtuvieron una prevalencia media de adhesión a la medicación del 57%. A pesar de la variabilidad de muestras y métodos utilizados por los diferentes estudios, los factores asociados a la falta de adhesión se repiten: falta de conciencia de enfermedad, consumo de tóxicos, falta de apoyo social, efectos secundarios de la medicación y determinados factores sociodemográficos, entre otros. Graziani e Inocenti (2014) añaden: limitaciones para la autoadministración de los fármacos, olvidos y esquemas terapéuticos complejos. Por su parte, García et al. (2010), identificaron, además: falta de motivación, deterioro cognitivo,

estilos de vida incompatibles con el plan terapéutico o falta de habilidades para llevarlo a término.

Para evaluar la situación en el contexto donde se sitúa la intervención diseñada, se elaboró una entrevista semiestructurada (Anexo A), para administrarla a dos profesionales que trabajan con pacientes con esquizofrenia del Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS) de Ciudad Jardín y del Centro de Día (CD) del Dr. Esquerdo, seleccionados por abordar específicamente la adhesión. La entrevista cuenta con 4 preguntas abiertas, un inventario de causas relacionadas con la no-adhesión a la medicación, adaptado de Hernández, Acosta y Pereira (2009), y una pregunta de respuesta ordinal.

La variabilidad mencionada respecto a las tasas de adhesión, se observa también en este contexto. Los porcentajes de no adhesión a la medicación antipsicótica oscilan entre el 50% de los pacientes de uno de los centros, y el 25% del otro. La entrevista con el paciente o sus familiares es el medio habitual para identificar a aquellos que no siguen las pautas prescritas, coincidiendo con el principal método (40.7%) identificado por Silva et al. (2012) en su revisión.

Los profesionales coinciden en que la causa más importante por la que los pacientes no toman la medicación prescrita es la experimentación de efectos secundarios, como dolor de cabeza o disfunciones sexuales. Además, señalan: la creencia de que no necesitan tomarla cuando se sienten mejor, la falta de percepción de resultados positivos, el estigma y los olvidos.

La psicoeducación se utiliza en ambos centros para incrementar la adhesión a la mediación. Sin embargo, estiman que es necesario implementar nuevos programas de intervención psicológica para favorecer la adhesión terapéutica, individualizados y adaptados a las necesidades reales de la persona respecto de la medicación. Además, plantean la importancia de emplear estrategias farmacológicas como el ajuste de la dosis y el tratamiento de los efectos secundarios.

b. Diseño de intervención

i. Participantes

La intervención descrita se dirige a personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos comprendidos dentro del espectro de la esquizofrenia, según el DSM-5 (APA, 2014).

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres de entre 18 y 65 años de edad, con Diagnóstico de esquizofrenia, siguiendo los criterios del DMS-5 (APA, 2014).
- Régimen ambulatorio.
- Falta de adhesión a la pauta de medicación prescrita (la operativización de este criterio se realiza en el apartado correspondiente).
- Conservación de capacidades básicas (orientación, concentración, memoria, etc.). Puntuaciones en el Mini Examen Cognoscitivo, MEC (Lobo, Saz, Marcos y grupo de trabajo ZARADEMP, 2002), superiores a 24 en personas mayores de 65 años, y superiores a 29 en adultos no geriátricos.

Criterios de exclusión:

- Régimen interno (hospitalización psiquiátrica).
- Pacientes con enfermedades neurológicas o retraso mental.
- Pacientes sin conciencia de enfermedad o insight, evaluados con la Escala de Evaluación del Insight, SUMD (Amador y Strauss, 1990), en su adaptación española (Ruiz et al., 2008), y consiguiente obtención de puntuaciones altas en "Conciencia global", que indiquen menor conciencia de enfermedad y de atribución y, por tanto, mayor severidad (los autores no proponen puntos de corte).

ii. Variables e instrumentos

Falta de adhesión a antipsicóticos: Porcentaje de medicación tomada inferior o igual al 80%, sin tener en cuenta los intervalos de tiempo, evaluada mediante la Brief Adherence Rating Scale, BARS (Byerly, Nakonezny y Rush, 2008).

Problemas de autorregulación: Obstáculos o dificultades para la consecución de la meta (tomar medicación antipsicótica diariamente) identificados mediante una entrevista semiestructurada que explorará los problemas habituales en la autorregulación de la adhesión (Anexo B). La entrevista consta de 2 preguntas abiertas y un listado de ejemplos elaborados a partir de la adaptación de la misma escala administrada a los profesionales sobre las causas de la falta de adhesión (Hernández, Acosta y Hernández, 2009), y de los problemas de autorregulación más habituales en el ámbito de la salud identificados por Gollwitzer y Sheeran (2008).

Meta e II (plan): Se planteará la meta de tomar la medicación antipsicótica diariamente. El plan hará referencia a la conducta que realizará el sujeto para alcanzar esa meta, considerando el problema de autorregulación detectado en formato “Si-Entonces”. El grado de motivación, compromiso y autoeficacia percibida en relación con la meta y su respectivo plan, serán evaluados mediante el Cuestionario “Valoro mi meta-Valoro mi plan” (Pastor, López-Roig, Peñacoba y Schweizer-Gallo, 2016), (Anexo C). Se evaluarán mediante las Hojas de autorregistro de ingesta de medicación (Anexo D) y la Hoja de registro de Intenciones de implementación (Anexo E).

iii. Procedimiento

Esta intervención está diseñada para aplicarse en pacientes en régimen ambulatorio, tales como un CD de atención a personas con TMG o un CRIS, tratando de utilizar los recursos habituales del centro relacionados con la evaluación de la falta de adhesión al tratamiento antipsicótico. Es por ello que se enmarca en las diferentes actuaciones del profesional de la psicología en un centro ambulatorio.

Tal y como se especifica posteriormente en el desarrollo de la intervención, tanto la evaluación como la intervención se realizarán mediante sesiones clínicas individuales de aproximadamente 60 minutos de duración y periodicidad semanal. Los instrumentos seleccionados se aplicarán en ese contexto mediante entrevista individual.

iv. Descripción de la intervención propuesta

En el Anexo F, se presenta un resumen de la intervención propuesta, que será desarrollada a continuación.

1. Objetivos

Objetivo general: Incrementar la adhesión a la medicación antipsicótica en pacientes con esquizofrenia, utilizando II.

Objetivos específicos:

- Identificar el grado inicial de adhesión a la medicación antipsicótica.
- Identificar los problemas de autorregulación del sujeto relacionados con la toma de la medicación prescrita.
- Elaborar la II relacionada con el principal problema de autorregulación.
- Evaluar la eficacia de su aplicación a corto y largo plazo.

2. Descripción de las sesiones

Fase de evaluación pre-intervención

Sesión 1. Evaluación inicial de la adhesión a la medicación y problemas de autorregulación.

Objetivos:

1. Identificar el grado inicial de adhesión a la medicación.
2. Identificar los problemas de autorregulación del sujeto relacionados con la toma de la medicación prescrita.

Contenidos:

- Presentación (del terapeuta y el paciente).
- Evaluación inicial adhesión a la medicación.
- Identificación de los problemas de autorregulación.

Duración: 45 minutos.

Instrumentos:

- Escala BARS (Byerly et al., 2008).
- Entrevista semiestructurada para identificar los problemas de autorregulación asociados a la toma de medicación.

Procedimiento:

La presentación de terapeuta y paciente se hará en un clima de confianza, con el objetivo de crear una alianza terapéutica óptima y necesaria.

Se administrará la Escala BARS (Byerly et al., 2008). La descripción de esta escala, así como de los restantes instrumentos empleados durante la intervención, se incluye en el Anexo G.

A continuación, se identificarán los problemas de autorregulación relacionados con la adhesión, mediante la entrevista semiestructurada diseñada. Si se considera oportuno, se administrará también al familiar acompañante. Estos problemas de autorregulación serán los obstáculos que se manejarán mediante las II.

Fase de intervención

Como se ha comentado, las II dependen jerárquicamente de una intención simple. Para que sean eficaces esta intención debe ser fuerte o, lo que es lo mismo, la persona debe tener un alto compromiso con la meta a lograr. Para ello, la meta debe ser viable (determinado por la percepción de control) y deseable (determinado por expectativas), como indican Barg, Gollwitzer y Oettingen (2010). Por ello, todas las intervenciones con II van precedidas de

información sobre los beneficios de la conducta a incorporar y de información sobre las posibilidades reales de control para la persona.

Sesión 2. Psicoeducación.

Objetivos:

1. Informar sobre los psicofármacos que toma el sujeto, su funcionamiento y correcta administración, sus efectos secundarios y la forma de aliviarlos, así como las interacciones de los mismos con las drogas o el alcohol.
2. Ofrecer información veraz sobre los riesgos de la no adhesión a la medicación, así como las ventajas de la adhesión.
3. Potenciar la percepción de control sobre la conducta de adhesión.

Contenidos:

- Información sobre los resultados de la evaluación de la sesión anterior.
- Explicación general de la intervención y énfasis en la generalización, es decir, en la necesidad de aplicar las estrategias aprendidas en sesión, recordando la existencia de sesiones de seguimiento.
- Presentación y acuerdo sobre las normas (puntualidad, confidencialidad, avisos de falta de asistencia, entre otras).
- Explicación de los diferentes tipos de medicación que se le administra, sus funciones y efectos positivos. Además, se explicarán los posibles efectos secundarios junto con claves para su reconocimiento.
- Explicación de las pautas adecuadas para la toma de la medicación.

Duración: 60 minutos.

Procedimiento:

En primer lugar, se agradecerá la asistencia del paciente y se informará de los resultados de las pruebas de la sesión anterior.

A continuación, se dará una explicación general del programa de intervención, así como de las normas del mismo (puntualidad, confidencialidad y respeto, avisos de falta de asistencia). Se hará énfasis en la generalización de las estrategias aprendidas durante el programa.

Utilizando las reglas de transmisión de información se explicarán las cuestiones relacionadas con la adhesión a la medicación. Se tendrán en cuenta las consecuencias psicosociales que para el paciente supone el tratamiento farmacológico prescrito (estigmatización por los efectos adversos como la obesidad, temblores o lentitud del

pensamiento, incompatibilidad con tóxicos y alcohol, etc.), teniendo muy presentes los múltiples factores que están asociados a la falta de adhesión.

El terapeuta hará explícita la necesaria complementariedad del tratamiento farmacológico y el psicosocial. Se explicará de forma sencilla el funcionamiento de los psicofármacos prescritos para el sujeto y sus beneficios, así como las pautas adecuadas que ha de seguir para su toma. En este aspecto, el terapeuta mostrará empatía y comprensión respecto a las razones del paciente sobre los inconvenientes de tomar la medicación.

Por último, en cuanto al abordaje de los efectos secundarios que causa el tratamiento, la intervención se centrará en el significado emocional y las repercusiones que estos tienen en el funcionamiento diario del paciente.

Durante esta sesión, se pretenderá obtener el compromiso con la meta de adhesión a la medicación, persuadiendo al sujeto de su capacidad para realizar esta conducta.

Sesión 3. Establecimiento de metas y formación de intenciones de implementación.

Objetivos:

1. Lograr un alto grado de motivación y compromiso con las metas.
2. Formar II.

Contenidos:

- Resumen de las ideas principales de la sesión anterior y feedback del paciente.
- Explicación de la importancia de tener metas y ayudarnos con técnicas para conseguirlas, manejando los obstáculos que pueden surgir.
- Explicación de qué son las II y la importancia de formularlas para manejar un problema concreto que impide llegar a nuestra meta.
- Identificación de la fuerza de la intención del sujeto respecto a la medicación.
- Establecimiento de metas en relación con la toma de la medicación prescrita, de manera conjunta (paciente y terapeuta).
- Formación de la II y cumplimentación de la Hoja de registro de intenciones de implementación.
- Evaluación del grado de motivación, compromiso y capacidad percibida del sujeto respecto a las metas y el plan propuestos, mediante el Cuestionario "Valoro mi meta-Valoro mi plan" (Pastor et al., 2016).
- Presentación de un Autorregistro de ingesta de la medicación.

Duración: 60 minutos.

Instrumentos:

- Cuestionario “Valoro mi meta-Valoro mi plan”.
- Hoja de registro de intenciones de implementación.
- Hoja de autorregistro de ingesta de medicación.

Procedimiento:

En primer lugar, se repasarán los contenidos de la sesión anterior y se resolverán las dudas que hayan podido surgir durante la semana.

Posteriormente, se dará una explicación teórica sobre la importancia de tener metas y ayudarnos con técnicas para conseguirlas, manejando los obstáculos que pueden surgir.

Además, se abordarán las II, utilizando ejemplos y solicitando feedback al paciente, con el fin de constatar que ha comprendido de qué se tratan y cómo actúan.

A continuación tendrá lugar la “Fase motivacional”. El paciente, conjuntamente con el terapeuta, establecerá la meta “*Tomar la medicación antipsicótica todos los días*”.

De acuerdo con los resultados obtenidos respecto de los problemas de autorregulación relacionados con la adhesión, se identificará el más frecuente o el que dificulta en mayor grado alcanzar la meta. Posteriormente, en la fase de seguimiento, se potenciará que la persona use las II para manejar otros problemas.

Seleccionado el problema, se seleccionará una respuesta eficaz para manejarlo o una ocasión adecuada para iniciar la respuesta. De este modo, el propio sujeto seleccionará la situación crítica (una hora, momento del día, acción, lugar, etc., en el caso de problemas relacionados con olvidos; o una autoinstrucción, en caso de otros inhibidores) y diseñará con el terapeuta el componente “entonces” del plan. En el Anexo H, se enumeran “Ejemplos-guía” de diferentes problemas de autorregulación y sus correspondientes estrategias. Una vez elaborada la estrategia, el terapeuta la modelará con el sujeto.

Así, se tendrían ya los dos componentes de la II, adaptados a la persona concreta:

Si _____ (X), entonces _____ (Y).

“X” hará referencia a la *situación crítica*: una clave interna (un sentimiento o un pensamiento intrusivo) o una señal externa (un lugar, acción o momento). “Y” será la respuesta cognitiva o comportamental dirigida a la meta.

Como parte de la técnica, la persona se visualizará durante 30 segundos ejecutando el plan y lo escribirá tres veces. El terapeuta se quedará con una copia del mismo:

1. El terapeuta indicará a la persona que escriba el plan establecido en la Hoja de registro de intenciones de implementación.
2. El profesional guiará la visualización:
“Cierre los ojos. Imagínese que _____ (situación crítica establecida). Véase a sí mismo aplicando el plan que ha elegido. Procure verse lo más claramente posible, cómo va vestido, dónde está, ... y mantenga su imagen unos segundos aplicando el plan. Ya puede abrir los ojos”.
3. El terapeuta pedirá que escriba dos veces más su plan y se quedará con una copia.

La Hoja de registro de intenciones de implementación le servirá al paciente de recuerdo y motivación.

Para evaluar el grado de motivación, compromiso y autoeficacia percibida con la meta y el plan propuestos, se administrará el cuestionario “Valoro mi meta-Valoro mi plan” (Pastor et al., 2016), en el que se preguntará al sujeto por estas cuestiones (escala de 0 a 10). Si obtiene una puntuación total inferior a 5, se revisarán la meta y el plan.

Por último, el terapeuta presentará al paciente una Hoja de autorregistro de ingesta de medicación, le enseñará cómo cumplimentarla y le comunicará que deberá llevarla en la próxima sesión (después de 1 semana) para analizarla conjuntamente.

Fase de evaluación post-intervención

Sesión 4. Evaluación post-intervención de la adhesión a la medicación (1 semana después).

Objetivos:

1. Evaluar la comprensión y aplicación de las estrategias aprendidas durante las sesiones en la vida diaria (generalización).

Contenidos:

- Valoración del autorregistro de ingesta de medicación aportado por el paciente. Evaluación de la calidad de las II.
- Resolución de posibles dudas.
- Expresión de posibles dificultades surgidas desde la última sesión y discusión de posibles soluciones frente a las situaciones expuestas.
- Entrega de un nuevo autorregistro de ingesta de medicación.
- Pase de la Escala BARS (Byerly et al., 2008).

- Cumplimentación del Cuestionario de satisfacción personal del paciente con el programa de intervención (Anexo I).

Duración: 45 minutos.

Instrumentos:

- Hoja de autorregistro de ingesta de medicación.
- Escala BARS (Byerly et al., 2008).
- Cuestionario de evaluación de satisfacción personal del paciente con el programa de intervención.

Procedimiento:

Se analizarán los datos aportados por el autorregistro de ingesta de medicación. Además, se valorará la calidad de las II escritas por el sujeto en la semana y, en su caso, el terapeuta reforzará los progresos realizados.

Se resolverán las posibles dudas que pueda tener el paciente y se le solicitará que exprese las dificultades surgidas desde la última sesión, con el fin de buscar posibles soluciones.

Se entregará al paciente un nuevo autorregistro de ingesta de medicación.

Por último, se pedirá al sujeto que cumplimente un cuestionario de satisfacción con el programa de intervención, así como la Escala BARS (Byerly et al., 2008), ya aplicada en la primera sesión.

Fase de seguimiento

Sesión 5. Seguimiento (entre 2-4 semanas después, dependiendo de la ejecución en la sesión anterior).

Objetivos:

1. Aplicar las estrategias aprendidas en las sesiones en la vida diaria (generalización).

Contenidos:

- Valoración del autorregistro de ingesta de medicación aportado por el paciente.
- Contraste con los datos de la Historia clínica del paciente (si fuera posible).
- Resolución de posibles dudas.
- Expresión de dificultades surgidas desde la última sesión y discusión de posibles soluciones frente a las situaciones expuestas.
- Entrega de un nuevo Autorregistro de ingesta de medicación.

Duración: 45 minutos.

Instrumentos:

- Hoja de autorregistro de ingesta de medicación.

Procedimiento:

Esta sesión será igual a la anterior, con una única distinción. En esta sesión se contrastarán los datos aportados por el paciente (Hoja de autorregistro de ingesta de medicación) con los de la Historia clínica, si fuera posible.

Además, se podrá solicitar la colaboración de familiares, cuidadores y/o profesionales que aporten información respecto a la toma de medicación.

A partir de esta sesión, se podrá potenciar que la persona utilice las II para manejar otros problemas de autorregulación, si resulta conveniente, según su progreso.

Sesión 6. Seguimiento (opcional, en función de la ejecución).

Esta sesión será igual a la anterior de seguimiento.

En caso de que el paciente ejecute de manera correcta las II y el nivel de adhesión sea superior al 80%, el seguimiento de la medicación se incorporará al seguimiento habitual de la Unidad de Salud Mental; de lo contrario, se continuará con el programa, mediante la revisión de los problemas de autorregulación del sujeto, así como del plan establecido, y nuevas sesiones de seguimiento.

3. Temporalización

La intervención propuesta se divide en un total de 5 sesiones: una primera de evaluación pre-intervención, dos de intervención, una de evaluación post-intervención y una de seguimiento. Además, se incluye la posibilidad de realizar más sesiones de seguimiento, en función de la ejecución del paciente en la sesión previa.

Las cuatro primeras sesiones tendrán una periodicidad semanal. La duración oscilará entre los 45 y los 60 minutos. La primera sesión de seguimiento tendrá lugar entre dos y cuatro semanas después de la evaluación post-intervención, según criterio profesional.

v. Evaluación

1. Evaluación de los resultados:

Con el fin de observar posibles cambios en el grado de adhesión a la medicación, el paciente cumplimentará autorregistros semanales de toma de medicación, los cuales tendrán también una función motivadora para el paciente. Se comentarán y valorarán junto con el terapeuta en las sesiones de evaluación post-intervención y de seguimiento. Los datos aportados por las hojas de autorregistro serán contrastados por informes clínicos del paciente y/o información de profesionales de referencia.

Además, en la sesión de evaluación post-intervención, el paciente cumplimentará de nuevo la escala BARS (Byerly et al., 2008), a fin de comparar los resultados con los obtenidos en la evaluación inicial.

2. Evaluación del programa:

Para la valoración de la eficacia del programa se proponen una serie de indicadores para cada una de las sesiones (Anexo J). Además, en la sesión de evaluación post-intervención, se requerirá el grado de satisfacción del paciente con el programa de intervención, mediante un cuestionario que recogerá aspectos importantes del funcionamiento del mismo.

4. Resultados esperados

Al cabo de tres sesiones (a las 4 semanas del inicio), cuando se haya concluido la intervención, se realizará una nueva evaluación del nivel de adhesión del paciente en una cuarta sesión (de evaluación post-intervención), mediante la escala BARS (Byerly et al., 2008). Asimismo, se le hará un seguimiento en un período de 2 a 4 semanas, según criterio clínico. Ver Tabla 1 para resultados esperados utilizando las diferentes medidas.

Tabla 1. Resultados esperados en las diversas evaluaciones.

Escala BARS	Porcentaje de medicación tomada esperado		
	Pretest	Posttest	Seguimiento (2-4 semanas)
	≤ 80%	> 80%	100%

Los resultados obtenidos mediante la escala BARS (Byerly et al., 2008), en la evaluación pre-intervención, se espera que muestren un porcentaje de medicación tomada inferior o

igual al 80%. Una semana después de la intervención, en la sesión de evaluación post-intervención, se espera que incremente la adhesión del sujeto, aunque se pronostican posibles faltas en la toma de la medicación, de forma esporádica, debidas a posibles errores en la calidad de las II. Tras la cuarta sesión, en la que se solventarían las posibles dudas y problemas referentes a la aplicación de la estrategia propuesta, se espera que el porcentaje de medicación tomada ascienda al 100%. Estos cambios se mantendrían también en el seguimiento efectuado por la correspondiente Unidad de Salud Mental, CD o CRIS del sujeto. La información aportada por las Hojas de autorregistro de ingesta de medicación del paciente apoyaría los resultados de la Escala BARS (Byerly et al., 2008).

5. Conclusiones

La falta de adhesión a la medicación es un fenómeno frecuente en la mayoría de las enfermedades. Sin embargo, los pacientes con trastornos psicóticos presentan dificultades adicionales que aumentan el riesgo y la frecuencia de la falta de adhesión.

Dada la escasez de intervenciones eficaces en este ámbito, parece necesario dar más importancia clínica y a la investigación para encontrar mejores soluciones para la identificación y el manejo de esta problemática.

Desde el presente trabajo se propone incrementar la adhesión mediante la formación de II, presentando el diseño descrito diferentes ventajas.

La primera de ellas pudiera ser la individualización del problema de autorregulación de la persona (facilitada mediante una primera sesión de evaluación). Las II son específicas para cada caso en particular, para cada meta y para cada situación crítica. Esto, además, podría favorecer la motivación de la persona al sentirse un participante activo en la intervención, el cual colabora conjuntamente con el terapeuta (viéndose incrementada, de este modo, la alianza terapéutica).

La segunda ventaja es la brevedad de la intervención. Únicamente cinco sesiones podrían ser suficientes para obtener efectos satisfactorios, teniendo en cuenta la eficacia mostrada por los estudios realizados mediante la formación de II, tanto en general, como en particular en personas con esquizofrenia y en la toma diaria de medicación. A esto hay que añadirle que la intervención cuenta con una sesión de psicoeducación, elegida durante años principal estrategia para mejorar la adhesión.

Por último, tomando en consideración el estigma sufrido por las personas con TMG, parece importante dotarles de autonomía. Ésta intervención trata de empoderar al paciente, lograr que se maneje solo, sin ayuda de familiares o cuidadores.

Sin embargo, este trabajo es únicamente un diseño de propuesta de intervención, por lo que requiere de pruebas piloto posteriores que confirmen o desacrediten su eficacia.

6. 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 (1), 29-46.
- Amador, X. F. y Strauss, D. H. (1990). *The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bargh, J. A., Gollwitzer, P. M. y Oettingen, G. (2010). Motivation. En S. T. Fiske, D. T. Gilbert y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 268-316). New York: Wiley.
- Barkhof, E., Meijer, C. J., de Sonnevile, L. M., Linszen D. H. y de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *Eur Psychiatry*, 27 (9), 9-18.
- Barofsky, I. (1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Soc Sci Med*, 12, 369-376.
- Bermúdez, J., Contreras, A., Margüenda, A. y García, A. M. P. (2004). Procesos motivacionales y volitivos en el desarrollo de conducta saludable: Utilidad diferencial de la implementación de la intención. *Análisis y Modificación de conducta*, 30, 71-103.
- Brandstätter, V., Lengfelder, A. y Gollwitzer, P. M. (2001). Implementation intentions and efficient action initiation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 946-960.
- Byerly, M. J., Nakonezny, P. A. y Rush, A. J. (2008). The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Res.*, 100, 60-69.
- 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 Españolas de Psiquiatría*, 38 (1), 1-45.
- Gilmer, T. P., Dolder, D. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., García, P y Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care

- costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 161 (4), 692-699.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions. Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M. y Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38, 69-119.
- Gollwitzer, P. M. and P. Sheeran (2008). *Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research*. Cancer control and population sciences, National Institutes of Health: National Cancer Institute.
- Gollwitzer, P. M. (2014). Weakness of the will: Is a quick fix possible? *Motivation and Emotion*, 38, 305-322.
- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., Gournay, K., Kikkert, M., Koeter, M., Puschner, B., Schene, A., Thornicroft, G. y Tansella, M. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicenter randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 189, 508-514.
- Graziani, K. e Inocenti, A. (2014). El significado del tratamiento farmacológico para la persona con esquizofrenia. *RLAE*, 22 (4), 670-678.
- Hare, E. H. y Willcox, D. R. C. (1967). Do psychiatric inpatients take their pills? *British Journal of Psychiatry*, 113, 1435-1439.
- Haynes, R. B (1979). Introduction. En R. B. Haynes, D. W. Taylor y D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-7). Baltimore: John Hopkins University.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P. y Yao, X. (2008). *Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida)*. Oxford: Update Software Ltd.
- Hernández, E., Acosta, F. J. y Hernández, J. L. (2009). Estrategias de intervención para mejorar la adherencia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9 (1), 95-105.
- Hernández, J. L., Acosta, F. J. y Pereira, J. (2009). Adherencia Terapéutica. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9 (1), 13-28.
- Irwin, D. S., Weitzel, W. D. y Morgan, D. W. (1971). Phenothiazine intake and staff attitudes. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1631-1635.

- Kane, J. M., Kishimoto, T. y Correll, C. U. (2013). Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 12, 216-226.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B. y David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. *BMJ*, 312, 345-349.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G. y Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63 (10), 892-909.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K. y Nestouriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 96, 232-245.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y grupo de trabajo ZARADEMP (2002). *Examen cognoscitivo MINI MENTAL*. Madrid: TEA Eds.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K. y Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Nurs*, 16, 1302-1312.
- Merinder, L. B., Viuff, A. G., Laugesen, H. D., Clemmensen, K., Misfelt, S. y Espensen, B. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 34, 287-294.
- Metzinger, T. (2006). Conscious volition and mental representation: Towards a more fine-grained analysis. En N. Sebanz y W. Prinz (Eds.), *Disorders of volition* (pp. 19–48). Cambridge: MIT Press.
- Mundt, J. C., Clarke, G. N., Burroughs, D., Brenneman, D. O. y Griest, J. H. (2001). Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: the impact of medication compliance and patient education. *Depress Anxiety*, 13, 1-10.
- National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization, NCCSDO (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. University of Brighton: Centre for Health Care Research.
- National Institute of Mental Health, NIMH (2011). *Esquizofrenia*. Recuperado el 6 de mayo de 2016 desde <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtml>.

- Nicolino, O., Verdana, K., Miasso, A., Cardoso, L., Galera S. (2011). Esquizofrenia: Adesão ao tratamento e crenças sobre o transtorno e terapêutica medicamentosa. *Rev. Esc. Enferm. USP.*, 3 (45), 708-715.
- O' Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., Migone, M., Harries, R., Kinsella, A., Larkin, C. y O'Callaghan, E. (2003). Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. *BMJ*, 327, 834.
- Oehl, M., Hummer, W. y Fleischhacker, W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 407, 83-86.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001 – Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Esquizofrenia*. Recuperado el 3 de mayo de 2016 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Pastor, M. A., López-Roig, S., Peñacoba, C. y Schweizer-Gallo, I. (2016). *Informe final Proyecto MINECO PSI2011-25132*.
- Pekkala, E. y Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Re*, 2, CD002831.
- Ran, M. S., Xiang, M. Z., Chan, C. L., Leff, J., Simpson, P., Huang, M. S., Shan, Y. H. y Li, S. G. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia — a randomized controlled trial. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 38, 69-75.
- Rebolledo, S. y Lobato, M. J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Rettenbacher M., Hofer A., Eder U., Hummer M., Kemmler G., Weiss E. y Fleischhacker, W. (2004) Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry*, 65, 1211–1218.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cupp, S. y García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr*, 36, 111-119.
- Sajatovic, M., Davies, M. y Hrouda, D. R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 55, 264-269.

- Schweiger-Gallo, I., De Miguel, J., Rodríguez-Monter, M., Álvaro, J. L. y Gollwitzer, P. M. (2009). Efectos de las intenciones de implementación en las intervenciones sobre la salud. *Revista de Psicología Social*, 24 (3), 413-426.
- Sheeran, P. y Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behavior: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behavior. *European Journal of Social Psychology*, 29, 349-369.
- Shon, K. H. y Park, S. S. (2002). Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Med J.*, 43, 579-589.
- Silva, T., Lovisi, G., Verdolin, L., Cavalcanti, M. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatr.*, 61 (4), 242-251.
- Spence, S. A., y Parry, C. (2006). Schizophrenic avolition: Implications from functional and structural neuroimaging. En N. Sebanz y W. Prinz (Eds.), *Disorders of volition* (pp. 207–232). London: The MIT Press.
- Switaj, P., Anczeweska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J. y Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, 9 (12), 193-205.
- Toli, A., Webb, T. y Hardy, G. (2016). Does forming implementation intentions help people with mental health problems to achieve goals? A meta-analysis of experimental studies with clinical and analogue samples. *British Journal Psychology*, 55, 69-90.
- Uzenoff, S. R., Perkins, D. O., Hamer, R. M., Wiesen, C. A. y Penn, D. L. (2008). A preliminary trial of adherence coping-education (ACE) therapy for early psychosis. *J Nev Ment Dis*, 196, 572-575.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Roos, R., Docherty, J. P. (2009). The expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness. *J. Clin. Psychiatry*, 70, (suppl. 4).
- Webb, T. L. y Sheeran, P. (2003). Can implementation intentions help to overcome ego-depletion? *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 279-286.

Anexo A.

Entrevista semiestructurada a profesionales.

Adhesión a la medicación en pacientes con esquizofrenia en régimen ambulatorio.

Edad: _____
Sexo: _____
Años de trabajo con pacientes con esquizofrenia: _____
Centro de trabajo actual: _____
Años de trabajo en el centro actual: _____
Puesto en el centro de trabajo: _____

1. Del total de usuarios/pacientes que hay en su centro de trabajo, ¿qué porcentaje diría que no se adhieren* a la medicación antipsicótica? _____ %.

**La falta de adhesión hace referencia a un porcentaje de medicación tomado igual o inferior al 80%.*

2. ¿Cómo evalúan en su centro el grado de adhesión a la medicación? O, dicho de otro modo, ¿cómo identifican a los pacientes no-adherentes?

3. Sin considerar la ausencia de conciencia de enfermedad, señale en la siguiente tabla las causas por las que los usuarios/pacientes del centro no toman la medicación prescrita.

	SÍ	NO
Se les olvida tomarla.		
No encuentran el momento oportuno.		
Tienen una baja percepción de necesidad de medicación.		
Cuando se sienten mejor, piensan que no necesitan tomar la medicación.		
Creen que medicarse no es bueno para la salud.		
Reciben influencia negativa de familiares y amigos.		
No perciben resultados positivos asociados a la medicación tomada.		
Experimentan efectos secundarios (por ejemplo: aumento de peso, problemas sexuales, etc.).		
Tienen miedo a los efectos secundarios como, por ejemplo, no ser capaces de sentir emociones, convertirse en zombi, cambios en la personalidad.		
Evitan la “engancharse” a la medicación.		
Les preocupa la estigmatización/discriminación.		
Caen en conductas incompatibles con la medicación (alcohol, drogas, etc.).		
Se ven superados por estados negativos, tales como ansiedad, depresión, estrés, etc.		
Otras causas.		

Nota: Adaptado de Hernández, J. L, Acosta, F. J. y Pereira, J. (2009).

Si ha seleccionado la opción “Otras causas”. Enumere cuáles.

Anexo B.

Entrevista semiestructurada para identificar los problemas de autorregulación asociados a la toma de medicación.

¿Qué dificultades sueles tener o crees que vas tener para tomar la medicación?

Estos son algunos ejemplos:

Se te olvida tomarla.
No encuentras el momento oportuno para tomarla.
No crees que necesites tomar la medicación.
Te sientes mejor, así que piensas que no necesitas tomar la medicación.
Crees que medicarte no es bueno para la salud.
Recibes influencia negativa por parte de familiares y amigos.
No percibes resultados positivos por parte de la medicación tomada.
Sufres efectos secundarios (por ejemplo: aumento de peso, problemas sexuales, etc.).
Tienes miedo a los efectos secundarios (por ejemplo: no ser capaz de sentir emociones, convertirte en un zombi, cambio en la personalidad).
Evitas “engancharte” a la medicación.
Te preocupa lo que otras personas puedan pensar de ti si tomas la medicación (estigmatización/discriminación).
Caes en conductas incompatibles con la medicación, como el consumo de alcohol o drogas.
Te ves superado por estados negativos, tales como ansiedad, depresión, estrés, etc.

Nota: Adaptado de Hernández, J. L., Acosta, F. J. y Pereira, J. (2009).

Veo que las cosas que te dificultan tomar la medicación son _____.

¿Estamos de acuerdo? _____.

De todos esos problemas, ¿cuál es el que te gustaría manejar, en primer lugar? ¿Por qué?



Anexo C.

Cuestionario “Valoro mi meta-Valoro mi plan”.

A continuación se plantean cuatro preguntas sobre la meta y el plan que hemos establecido. Para cada una de ellas, ha de responder en una escala del 0 al 10. Por favor, trate de ser lo más sincero/a posible y recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	0-10
¿En qué medida se siente comprometido con la meta que hemos establecido?	
¿En qué medida va a tratar de alcanzar esa meta?	
¿En qué medida se siente comprometido con el plan que hemos establecido?	
¿En qué medida va a tratar de llevar a cabo ese plan?	



Anexo D.

Hoja de autorregistro de ingesta de medicación.

HOJA DE AUTORREGISTRO DE TOMA DE MEDICACIÓN

Semana 1.

Meta: Tomar la medicación antipsicótica todos los días.

Mi plan (Escríbalo tal como lo aprendió en la Sesión 3, con todos sus componentes):

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							



Anexo E.

Hoja de registro de intenciones de implementación.

Mi plan:

Mi plan:

Mi plan:



Anexo F.

Resumen de la intervención propuesta.

Objetivo general

Incrementar la adhesión a la medicación antipsicótica en pacientes con esquizofrenia, utilizando II.

Objetivos específicos

- Identificar el grado inicial de adhesión a la medicación antipsicótica.
- Identificar los problemas de autorregulación del sujeto relacionados con la toma de la medicación prescrita.
- Elaborar la II relacionada con el principal problema de autorregulación.
- Evaluar la eficacia de su aplicación a corto y largo plazo.

Duración de las sesiones

Entre 45 y 60 minutos.

Periodicidad

5 sesiones. Las cuatro primeras semanales y la última (de seguimiento), entre dos y cuatro semanas después de la sesión de evaluación post-intervención, según criterio profesional.

Materiales

- Escala BARS (Byerly et al., 2008).
 - Entrevista semiestructurada de problemas de autorregulación asociados a la falta de adhesión.
 - Cuestionario "Valoro mi meta-Valoro mi plan" (Pastor et al., 2016).
 - Hoja de registro de intenciones de implementación.
 - Hojas de autorregistro de ingesta de medicación.
 - Cuestionario de evaluación de satisfacción personal del paciente con la intervención.
-

Anexo G.

Instrumentos utilizados en la intervención.

Instrumento	Autores	Características
Brief Adherence Rating Scale, BARS.	Byerly, Nakonezny y Rush, 2008.	Escala de evaluación de la adhesión a la medicación, desarrollada para su aplicación en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Su validez ha sido evaluada tomando como referencia el dispositivo de monitorización electrónica Medication Event Monitoring System (MEMS). Muestra buena validez y fiabilidad. Consta de 4 ítems. Tres de ellos son preguntas relativas al número de tomas de medicación al día, número de días en el último mes que el sujeto no hizo las tomas prescritas y número de días en el último mes que hizo menos tomas de las prescritas. El último ítem es una escala analógica visual en la que el paciente ha de marcar la proporción de dosis de medicamento que ha tomado en el último mes (0-100%).

Entrevista semiestructurada de problemas de autorregulación asociados a la falta de adhesión.	Elaboración propia. Adaptado de Hernández, Acosta y Hernández (2009) y Gollwitzer y Sheeran (2008).	Entrevista semiestructurada que explora los problemas habituales en la autorregulación de la conducta de adhesión a la medicación antipsicótica. Está formada por 2 preguntas abiertas, así como una lista con ejemplos de problemas de autorregulación. Su elaboración se ha basado en los factores asociados a la falta de adhesión propuestos por Hernández, Acosta y Hernández en 2009 y en los problemas de autorregulación más habituales en el ámbito de la salud, identificados por Gollwitzer y Sheeran (2008).
Cuestionario "Valoro mi meta-Valoro mi plan"	Pastor, López-Roig, Peñacoba y Schweizer-Gallo (2016).	Cuestionario formado por cuatro preguntas elaboradas al efecto de 0 a 10. Tiene el objetivo de evaluar el grado de motivación, compromiso y capacidad percibida del sujeto respecto a la meta y el plan propuestos. Si obtiene una puntuación total inferior a 5, se revisarán las metas.
Hoja de registro de intenciones de implementación	Elaboración propia.	Hoja de registro en la que el sujeto deberá escribir su plan 3 veces, durante la fase volitiva del proceso de intervención, en la aplicación de la intención de implementación.
Hoja de autorregistro de ingesta de medicación	Elaboración propia.	Hoja de autorregistro semanal de la ingesta de medicación. Para cada uno de los días de la semana, el sujeto ha de señalar si toma la medicación prescrita para la mañana, la tarde y la noche. Además, cada semana deberá escribir su plan en la parte superior del autorregistro.

Cuestionario de evaluación de satisfacción personal del paciente con la intervención	Elaboración propia.	Cuestionario formado por 13 ítems de respuesta tipo Likert de 5 puntos (Totalmente en desacuerdo-En desacuerdo-Ni de acuerdo ni en desacuerdo-De acuerdo-Totalmente de acuerdo) relacionados con la satisfacción general del sujeto con la intervención psicológica. Recoge aspectos importantes del funcionamiento de la misma, tales como el nivel de dificultad en la comprensión de los contenidos transmitidos, la empatía mostrada por el terapeuta, el grado de respeto de éste hacia las diferentes sensibilidades personales, etc. Incluye una valoración, en una escala del 1 al 10, de la intervención, así como la posibilidad de sugerir propuestas de mejora.
--	---------------------	---

Anexo H.

Ejemplos-guía de problemas de autorregulación y estrategias.

Problemas de autorregulación	Estrategias
<i>No iniciar la acción:</i>	
- Olvido.	- Si voy a desayunar, entonces tomaré mi medicación.
- No encontrar el momento oportuno.	- Si son las _____ horas, entonces tomaré mi medicación.
- Pensamientos secundarios/dudas. <ul style="list-style-type: none">▪ Pensamientos disruptivos que pueden minimizar la necesidad de medicación (“No creía que necesitara tomarla”, “Me sentía mejor”).▪ Pensamientos que acentúan los aspectos negativos para la salud de la medicación: Anticipación de efectos secundarios; Miedo a los efectos secundarios (“No seré capaz de sentir emociones”, “La medicación me convertirá en un zombi”).▪ Pensamientos negativos entorno al consumo de medicación: Estigma; Dependencia.	<ul style="list-style-type: none">- Si pienso que no necesito tomar la medicación, entonces me diré “tengo que hacerlo, es buena para mí”.- Si no me encuentro bien, entonces me diré “ya lo sabía, tengo que seguir tomando mi medicación”.- Si pienso en los efectos secundarios de la medicación, entonces me diré “no pasa nada, tengo que seguir tomando mi medicación”.- Si pienso que las personas me juzgarán mal por tomar medicación antipsicótica, entonces me diré “no pasa nada, tengo que seguir tomando mi medicación”.

- Si pienso que me “engancharé” a la medicación, entonces me diré “el médico controla mis dosis”.

No mantener la acción:

- Atención espontánea a estímulos distractores/atractivos.
 - Estados negativos: Estrés, Ansiedad, Depresión, etc.
 - Si pienso en consumir alcohol y drogas entonces me diré “es incompatible con la medicación” y pensaré en otra cosa.
 - Si me siento mal, entonces me diré “no tengo que dejar de tomar mi medicación”.
-



Anexo I.

Cuestionario de satisfacción personal del paciente con el programa de intervención.

Los ítems que se presentan a continuación tratan de evaluar la satisfacción con el programa de intervención en el cual has participado. Para responder a los mismos, por favor, señala con un aspa (X) la opción que más se asemeje a tu opinión:

(Totalmente en desacuerdo) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (Totalmente de acuerdo)

Te agradecemos que contestes con la máxima sinceridad posible a todos los ítems.

Satisfacción General

	1	2	3	4	5
Creo que la intervención me ha servido de gran ayuda.					
He comprendido el objetivo de la intervención.					
El terapeuta ha sabido ponerse en mi lugar en todo momento.					
Me ha resultado incómodo expresar mis problemas con la toma de la medicación.					
La atención recibida por parte del terapeuta ha sido correcta.					
He comprendido todos los contenidos de la intervención.					
No he entendido en ningún momento la finalidad de cumplimentar autorregistros.					
Mis dudas y cuestiones han sido resueltas con éxito por el terapeuta.					
El terapeuta ha explicado el contenido de la intervención con claridad.					
Si he tenido algún problema durante la intervención, el terapeuta ha resuelto mi situación.					
El terapeuta siempre se ha dirigido a mí con respeto y educación.					

No le he visto ningún sentido a la mayoría de las sesiones realizadas.					
El terapeuta ha respetado en todo momento mis necesidades y problemas personales.					

Propuestas de mejora

Por favor, señala a continuación, en una escala **del 1 al 10**, el grado de satisfacción que has experimentado respecto a la intervención: _____.

¿Qué aspectos crees que habría que mejorar? ¿Por qué?



¿Qué ha sido lo que más te ha gustado de la intervención? ¿Por qué?

Muchas gracias por tu colaboración

Anexo J.

Instrumentos utilizados en la valoración de las sesiones.

Sesiones	Contenidos	Instrumentos
1	Evaluación del grado inicial de adhesión a la medicación. Identificación de los problemas de autorregulación relacionados con la adhesión al tratamiento farmacológico	- Escala BARS (Byerly et al., 2008). - Entrevista semiestructurada con el paciente. - Entrevista semiestructurada con familiares y/o profesionales. - Informes clínicos.
2	Devolución de los resultados de las pruebas pasadas durante la sesión anterior.	- Resultados de la escala BARS (Byerly et al., 2008) y de las entrevistas semiestructuradas.
3	Evaluación del grado de motivación, compromiso y capacidad percibida del sujeto respecto a las metas propuestas. Formación de las intenciones de implementación.	- Cuestionario "Valoro mi meta-Valoro mi plan" (Pastor et al., 2016). - Hoja de registro de intenciones de implementación.

4	Evaluación post-intervención de la adhesión a la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de autorregistro de ingesta de medicación. - Entrevista semiestructurada con familiares y/o profesionales. - BARS (Byerly et al., 2008).
	Evaluación de la satisfacción con la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de satisfacción personal del paciente con el programa de intervención.
5	Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja de autorregistro de ingesta de medicación. - Informes clínicos del paciente.

