



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia



Adhesión y percepción social de los antipsicóticos

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2025

Autor: Yaiza Casanova Sarrión

Modalidad: Revisión bibliográfica

Tutor/es: Victoria Soto Sanz y María Dolores Van-Der Hofstadt

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, requieren tratamientos prolongados con antipsicóticos para controlar los síntomas y prevenir recaídas. Sin embargo, la falta de adhesión terapéutica representa una de las principales barreras para la efectividad del tratamiento y está influida por factores psicosociales como el estigma, el apoyo social, la espiritualidad o la conciencia de enfermedad.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica mediante búsquedas en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science. Se seleccionaron estudios publicados entre el 2014 y 2025 en inglés o español que evaluaran las relaciones entre los factores psicosociales y la adhesión al tratamiento antipsicótico en adultos con trastornos psicóticos.

Resultados y discusión: Se incluyeron 17 estudios de distintos países, con metodologías diversas. Los resultados muestran que el estigma social es uno de los principales factores que disminuye la adhesión. Otros factores negativos que se asociaron fueron el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de apoyo familiar y la percepción negativa del tratamiento. Por el contrario, el apoyo social, la motivación terapéutica, un mayor insight y la participación en intervenciones como la psicoeducación y la terapia de adhesión se asociaron con una mayor adhesión. Estos hallazgos respaldan la necesidad de un enfoque multidimensional para abordar esta problemática.

Conclusión: La adhesión al tratamiento antipsicótico está condicionada por múltiples factores psicosociales, siendo el estigma uno de los más determinantes. Comprender y abordar estos factores desde una perspectiva integral puede favorecer las intervenciones más eficaces, mejorar los resultados clínicos y contribuir a una mayor calidad de vida de las personas con trastornos psicóticos.

Palabras clave: adhesión terapéutica, antipsicóticos, trastornos psicóticos, esquizofrenia, factores sociales, factores psicosociales, estigma.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ÍNDICE	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Contextualización del problema.....	3
1.2. Adhesión terapéutica en tratamientos antipsicóticos.	5
1.3. Influencia del estigma y otros factores sociales en la adhesión	7
1.4. Importancia clínica y social de mejorar la adhesión	9
1.5. Justificación de la necesidad del estudio	10
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	11
2.1. Objetivo general	11
2.2. Objetivos específicos.....	11
2.3. Hipótesis del estudio	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
3.1. Tipo de estudio: Revisión sistemática.....	12
3.2. Pregunta de investigación (modelo PICO).....	12
3.3. Estrategia de búsqueda.....	13
3.4. Bases de datos consultadas.....	14
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	14
3.6. Proceso de selección de estudios y extracción de datos	15
3.7. Evaluación de la calidad metodológica.....	17
3.8. Consideraciones éticas	17
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSIÓN.....	33
6. CONCLUSIÓN.....	36
7. BIBLIOGRAFIA.....	38

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización del problema

Los trastornos psicóticos son un grupo de enfermedades heterogéneas caracterizadas por una alteración profunda del pensamiento, la percepción y la conducta, presentando síntomas entre los que se incluyen alucinaciones, delirios, lenguaje y pensamiento desorganizado o conductas anómalas, generando así un bajo grado de autonomía personal.^(1,2) Dentro de este grupo destaca la esquizofrenia, que es uno de los más prevalentes y estudiados, pero se incluyen otros como trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve y trastornos psicóticos secundarios a enfermedades graves, entre otros.⁽³⁾ Este grupo representa una de las condiciones más complejas en el ámbito de la salud mental tanto por el impacto clínico como por las implicaciones que conllevan. La carga de enfermedad relacionada con trastornos psicóticos no solo se manifiesta de manera individual, en términos de deterioro funcional, desempleo o reducción de la calidad de vida, sino también a nivel social y económico debido a la necesidad de cuidados prolongados y al coste de la asistencia sanitaria y social.⁽⁴⁾

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia total de trastornos psicóticos es de entre 1% y 3% de la población. Afectando únicamente la esquizofrenia a 1 de cada 300 personas, es decir, se estima que unos 24 millones de personas la padecen ⁽³⁾ y los nuevos casos van en aumento con una incidencia anual aproximada de 15 casos por cada 100.000 personas.⁽⁵⁾ Esto representa un porcentaje significativo de la población suponiendo, por lo tanto, un importante desafío tanto a nivel sanitario como social. Esta afectación suele aparecer en la adolescencia o adultez temprana y puede persistir de forma crónica⁽⁶⁾ lo que implica la necesidad de tratamientos prolongados y multidimensionales, combinando intervenciones farmacológicas, psicoeducativas y psicosociales y un seguimiento multidisciplinar constante. ^(3,6)

El tratamiento de trastornos psicóticos tiene como pilar principal el abordaje farmacológico con antipsicóticos. Estos fármacos se clasifican en dos grandes grupos: los antipsicóticos de primera generación o típicos (como haloperidol o clorpromazina) y los de segunda generación o atípicos (como risperidona, olanzapina, quetiapina o aripiprazol). El primer grupo se asocia a mayor riesgo de efectos extrapiramidales, es decir, efectos secundarios relacionados con el sistema motor del cuerpo, los más comunes son el parkinsonismo, la discinesia tardía y la distonía. Los antipsicóticos de segunda generación por otro lado, aunque son mejor tolerados en ese aspecto, pueden producir efectos metabólicos como aumento de peso, dislipidemia o diabetes tipo 2.

El mecanismo de acción de los antipsicóticos se basa en la modulación del sistema dopaminérgico, concretamente el antagonismo (o, en algunos casos, agonismo parcial) de los receptores D2 de dopamina. Así se permite reducir los síntomas positivos (como los delirios y las alucinaciones), aunque su eficacia en los síntomas negativos y cognitivos es más limitada. Algunos antipsicóticos también actúan sobre receptores serotoninérgicos, lo cual puede contribuir a su perfil terapéutico y de tolerancia.^(7,8)

La elección de la formulación del tratamiento es una de las decisiones clínicas más importantes ya que existen tanto antipsicóticos orales como inyectables de liberación prolongada o LAI, según sus siglas en inglés. Los orales requieren de una administración diaria y dependen en gran medida del compromiso del paciente. Los inyectables, en cambio, permiten una administración semanal, quincenal o mensual y han demostrado ser útiles en la mejora de la adhesión.⁽²⁾ A pesar de esta mejora en la adhesión terapéutica, la percepción del paciente en este tipo de formulaciones puede verse influida por creencias personales, experiencias previas, la relación con el profesional y de forma destacada factores sociales como el estigma asociado al tratamiento psiquiátricos.⁽⁹⁾

A pesar de que el tratamiento con antipsicóticos se considera efectivo, la alarmantemente elevada tasa de abandono se ha identificado como un factor clave en el empeoramiento de los síntomas. Un estudio reciente ha identificado que el 51% de los pacientes ambulatorios con esquizofrenia presentan dificultades para seguir de forma constante el tratamiento antipsicótico⁽¹⁰⁾ conduciendo por lo tanto a un aumento de recaídas, hospitalizaciones, mayor riesgo de conductas suicidas y por último en el deterioro de calidad de vida de los pacientes.⁽¹¹⁾

Por tanto, garantizar el acceso a un tratamiento adecuado no es suficiente; es imprescindible comprender las razones por las que muchos pacientes abandonan o incumplen su medicación, incluso cuando esta ha demostrado ser beneficiosa.

1.2. Adhesión terapéutica en tratamientos antipsicóticos.

La adhesión terapéutica es un concepto fundamental en el manejo de enfermedades crónicas y se puede definir como el grado en el que los pacientes cumplen las recomendaciones prescritas por los profesionales sanitarios respecto a su medicación, incluyendo la dosis, el horario y la duración del tratamiento. En el contexto de trastornos psicóticos se refiere a la constancia y precisión con la que el paciente sigue el régimen farmacológico prescrito manteniendo el tratamiento de forma continua incluso en ausencia de síntomas agudos. Aunque no se limita únicamente al ámbito farmacológico sino también hacer referencia al cumplimiento en cuanto citas médicas, intervenciones psicoeducativas, etc.⁽¹²⁾

El término “cumplimiento”, a pesar de ser confundido en ocasiones con la adhesión se puede diferenciar ya que “cumplimiento” sugiere una actitud pasiva por parte del paciente. El cumplimiento se centra en el seguimiento estricto de las órdenes del profesional sanitario, la adhesión en cambio, implica una

colaboración activa entre el paciente y el médico con una relación terapéutica basada en el consentimiento informado, la autonomía y la corresponsabilidad. De esta forma, la adhesión implica tanto el seguimiento técnico del tratamiento como la aceptación del mismo, incluyendo la percepción de necesidad, la valoración del riesgo-beneficio y la motivación personal.⁽¹³⁾

Desde el punto de vista clínico, la adhesión es clave para la efectividad del tratamiento antipsicótico ya que una correcta adhesión permite alcanzar un control sintomático, prevenir recaídas y mejorar el pronóstico a medio-largo plazo. Sin embargo, conseguir esta situación puede resultar difícil en ciertos pacientes debido a los propios síntomas de la enfermedad o a factores externos.

La adhesión, por lo tanto, se entiende como un concepto complejo, dinámico e influenciado por diferentes factores: cognitivos (comprensión del tratamiento), afectivos (actitudes y creencias), conductuales (rutinas y hábitos), sociales (apoyo y redes) y contextuales. Esta forma de entender la adhesión permite diseñar estrategias de intervención más eficaces orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

La falta de adhesión es un problema que se tiene que enfrentar en todas las enfermedades crónicas, pero es especialmente importante en el tratamiento con antipsicóticos. La falta de adhesión en el tratamiento con antipsicóticos ya sea por la interrupción del tratamiento o su seguimiento irregular conlleva grandes consecuencias tanto en el plano clínico como en el funcional y social. Aquellos pacientes que interrumpen o toman de manera irregular su medicación ha quedado demostrado que presentan un mayor riesgo de recaídas, hospitalizaciones y menor integración social. También, se ha observado que los pacientes con baja adhesión tienden a mostrar una progresión más rápida hacia la cronicidad del trastorno y un menor beneficio de las intervenciones terapéuticas complementarias.⁽¹⁴⁾

1.3. Influencia del estigma y otros factores sociales en la adhesión

El término estigma se utilizaba antiguamente para referirse a una marca o señal corporal con el fin de recalcar una condición socialmente despreciada. En la actualidad se puede definir como condición, circunstancia o hecho que desmerece o marca negativamente a alguien en su reputación social. Esta definición resulta importante al hablar de trastornos psicóticos ya que en ellos tanto el diagnóstico como el tratamiento pueden convertirse en fuente de estigma social, siendo este uno de los factores que más influye en la adhesión terapéutica.⁽¹⁵⁾ Los pacientes con trastornos psicóticos no solo deben enfrentarse a los síntomas de su propia enfermedad, sino también a una sociedad que en muchos casos perpetúa estereotipos negativos que dificultan su integración y recuperación. Este estigma puede manifestarse de forma externa, con prejuicios, actitudes discriminatorias y marginaciones por parte de la sociedad. Este rechazo puede limitar las oportunidades laborales, educativas y de relacionarse. En cambio, de forma interna, es el propio paciente el que puede autodesarrollar conceptos negativos que afectan a la autoestima y motivación para iniciar o seguir el tratamiento. Esta carga social negativa puede adoptar diferentes formas desde el rechazo abierto por parte del entorno hasta formas más sutiles de discriminación.^(16,17)

Actualmente está demostrado que esta doble afectación (estigma interno y externo) tiene consecuencias negativas directas sobre la búsqueda de tratamiento farmacológico ya que influye en la manera en la que el paciente se relaciona con su enfermedad. El tratamiento farmacológico puede, por lo tanto, actuar como un recordatorio constante del diagnóstico siendo percibido como un elemento despersonalizante y alimentando el rechazo hacia su uso.⁽¹⁸⁾

Además del estigma otros factores sociales pueden tener implicaciones en el tratamiento, como pueden ser los factores personales, siendo la autoestima uno de los más relevantes. Esta se relaciona estrechamente con el estigma interno,

pero también con la forma de abordar las situaciones del paciente siendo así una de las variables que más afecta a la calidad de vida de los pacientes.⁽¹⁹⁾ Otro de los elementos a destacar dentro de los factores personales es el nivel de conciencia de la enfermedad o insight, ya que los pacientes con escasa conciencia de su enfermedad tienden a considerar innecesaria la medicación.⁽²⁰⁾ Dentro del mismo grupo se encuentra la espiritualidad que, aunque en algunos casos puede ser beneficiosa ayudando al afrontamiento del diagnóstico en otros puede conducir a la negación tanto de tratamiento como de diagnóstico.⁽⁴⁾

Por otro lado, los factores interpersonales como el apoyo social se consideran de las variables protectoras más ampliamente reconocidas. La presencia de una red afectiva estable contando con apoyo familiar y una red de amistades puede motivar al paciente a seguir con el tratamiento y reducir el impacto emocional del diagnóstico.⁽¹⁹⁾

Finalmente, factores estructurales y socioeconómicos como el nivel educativo, la situación económica o la accesibilidad al sistema sanitario pueden conducir a dificultades para comprender la necesidad del tratamiento o a barreras logísticas para acceder a él, significando un menor cumplimiento. Estos elementos no solo obstaculizan la adhesión, sino que refuerzan la desigualdad en el pronóstico y la calidad de vida entre distintos grupos sociales.⁽²¹⁾

En resumen, el abandono de tratamiento está influido por una red de factores entre los que destaca el estigma, pero sin pasar por alto otros factores como los personales, relacionales y estructurales. Es por ello que, en estos casos, la farmacoterapia no puede analizarse de forma aislada sino como un conjunto de variables.

1.4. Importancia clínica y social de mejorar la adhesión

La adhesión al tratamiento, tanto farmacológico como general es uno de los principales retos clínicos en trastornos psicóticos. Como ya se ha mencionado, un porcentaje significativo de pacientes no sigue el régimen terapéutico establecido de forma continua, conduciendo por lo tanto a repercusiones clínicas, sociales y económicas.⁽²²⁾

Un aumento de la sensibilidad a efectos adversos está estrechamente relacionado con las interrupciones y cambios de dosis, También a mayores tasas de recaídas, hospitalizaciones y en general un peor pronóstico.⁽⁸⁾ Estos abandonos del tratamiento o alteraciones en la dosis pueden tener repercusión directa sobre la propia enfermedad aumentando el deterioro cognitivo o funcional.⁽²⁾ A nivel de calidad de vida y relevancia social, la falta de seguimiento en el tratamiento tiene grandes consecuencias ya que la autonomía personal del paciente se puede ver interrumpida, es por ello que el papel de la sociedad de apoyar la continuidad terapéutica es de vital importancia.^(19,22)

Desde el punto de vista económico, las consecuencias de un tratamiento incompleto o alterado se traducen en un uso mayor de los servicios sanitarios, especialmente en servicios de urgencia y hospitalización. Además de estos costes directos, se producen costes indirectos como pueden ser la discapacidad total de la persona, el desempleo o la dependencia lo que genera un gasto económico, especialmente cuando se prolonga en el tiempo.⁽²²⁾

Frente a todos estos factores que afectan o se ven afectados por la falta de adhesión se puede concluir que es esencial entender la adhesión desde una perspectiva multidimensional incluyendo factores clínicos, psicológicos y sociales. Este enfoque permite crear estrategias de intervención más efectivas y adecuadas para cada paciente.

1.5. Justificación de la necesidad del estudio

En el tratamiento farmacológico para trastornos psicóticos la baja adhesión es uno de los factores principales en cuanto al fracaso terapéutico. A pesar de los diferentes avances en cuanto fármacos, dosis y formas de administración si el problema de la adhesión persiste ninguna de estas mejoras serán útiles. Los factores psicosociales, por lo tanto, a pesar de no ser abordados de forma integrada deben considerarse a la hora de realizar una prescripción o seguimiento.

En la actualidad, como se ha mencionado los diferentes factores como el estigma, el apoyo emocional, la espiritualidad o la calidad de relación terapéutica afectan diariamente a la adhesión. Sin embargo, estos elementos se suelen investigar de forma individual y no como conjunto lo que dificulta la comprensión global del problema y reduce las posibles intervenciones para mejorar la adhesión.

En este contexto, una revisión sistemática permite abordar esta complejidad al permitir la inclusión de distintos estudios con enfoques metodológicos propios. De esta forma, se consigue obtener una visión más global teniendo en cuenta la perspectiva multidimensional que requiere. Además, aunque existe literatura previa centrada en variables aisladas, no se aborda en profundidad la interacción entre el estigma y otros factores psicosociales como conjunto que influyen sobre la adhesión. Dado el importante papel que realizan las creencias, actitudes y condicionantes sociales en la adhesión, así como las altas tasas de no adhesión en tratamientos antipsicóticos y tras observar la limitada disponibilidad de revisiones recientes que integren de forma conjunta todas las variables psicosociales implicadas se considera justificada la realización de este estudio. Este trabajo pretende aportar una visión global que permita comprender mejor las barreras sociales que dificultan la continuidad del tratamiento con el objetivo de favorecer intervenciones más eficaces.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es revisar la literatura científica para analizar la influencia de los factores psicosociales en la adhesión al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos, con el fin de proporcionar una comprensión más profunda de los mecanismos que afectan a la continuidad del tratamiento.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los principales factores psicosociales implicados en la adhesión al tratamiento antipsicótico.
- Examinar el impacto del estigma sobre la percepción de los pacientes
- Investigar el papel de los factores personales, estructurales y socioeconómicos.
- Recoger evidencia sobre enfoques multidimensionales que engloben de forma combinada las diversas variables psicosociales que influyen en la adhesión

2.3. Hipótesis del estudio

Aunque este trabajo tiene un enfoque de revisión parte de la suposición teórica siguiente: “Los factores psicosociales asociados a los trastornos psicóticos y a su tratamiento, actúan como una barrera significativa para la adhesión al tratamiento antipsicótico.”

Desde esta idea, se plantea que comprender estos elementos resulta fundamental para mejorar tanto la eficacia del tratamiento como el bienestar de las personas afectadas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio: Revisión sistemática

Este trabajo consiste en una revisión sistemática que tiene como objetivo examinar el impacto de factores psicosociales en la adhesión al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con trastornos psicóticos. La revisión busca ofrecer una descripción detallada y un análisis crítico de los estudios disponibles, centrándose en los factores sociales y psicológicos que influyen en la adhesión al tratamiento sin realizar un metaanálisis de los resultados.

3.2. Pregunta de investigación (modelo PICO)

- P(Población): Pacientes con trastornos psicóticos en tratamiento con antipsicóticos.
- I (Intervención): Influencia de factores psicosociales.
- C (Comparador): Pacientes que experimentan diferentes niveles de estos factores psicosociales.
- O(Outcome/Resultados): Nivel de adhesión al tratamiento.

Pregunta PICO formulada: “En pacientes con trastornos psicóticos en tratamiento con antipsicóticos, ¿cómo influyen los factores psicosociales en la adhesión al tratamiento?”

Este modelo es útil porque permite enfocar la revisión en una relación clara entre una variable (factores psicosociales) y un resultado medible (la adhesión), facilitando la identificación y comparación de estudios relevantes.

3.3. Estrategia de búsqueda

La búsqueda de artículos relevantes se realizó de forma sistemática en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando una combinación de descriptores clave relacionados con la adhesión al tratamiento, trastornos psicóticos y estigma social. Se emplearon términos MeSH para PubMed, y se adaptaron los términos a los operadores y sintaxis específicos para Scopus y Web of Science.

En el caso de PubMed, los descriptores utilizados fueron:

("Antipsychotic Agents"[MeSH Terms] OR "antipsychotic medication" OR "antipsychotic drugs" OR antipsychotic OR "Psychotic Disorders"[MeSH Terms]) AND ("Medication Adherence"[MeSH Terms] OR adherence OR "medication compliance" OR "drug adherence") AND ("Social Determinants of Health"[MeSH Terms] OR "Social Stigma"[MeSH Terms] OR stigma OR "Social Support"[MeSH Terms] OR "social factors") Filters: Free full text, English, Spanish

En el caso de Scopus, la estrategia de búsqueda fue:

TITLE-ABS-KEY (("antipsychotic agents" OR "antipsychotic medication" OR "antipsychotic drugs" OR "antipsychotic treatment" OR "psychotic disorders") AND ("medication adherence" OR "treatment adherence" OR "medication compliance" OR "drug adherence") AND ("social stigma" OR "mental illness stigma" OR "social factors" OR stigma)) AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")))

Y finalmente en Web of Science la ecuación utilizada fue:

(TS=(“antipsychotic agents” OR “antipsychotic medication” OR antipsychotic OR “psychotic disorders”) AND TS=(“medication adherence” OR adherence OR “medication compliance” OR “drug adherence”) AND TS=(“social stigma” OR stigma OR “social support” OR “social factors”))

Las ecuaciones fueron combinadas con operadores booleanos (AND, OR, NOT) para refinar los resultados y maximizar la sensibilidad de los resultados en cada base de datos. Se restringió a estudios publicados en inglés y español para facilitar el entendimiento y a humanos para obtener resultados más concretos. La gestión y organización de los resultados se realizó con el software Rayyan, lo que permitió realizar un cribado sistemático según los criterios establecidos.

3.4. Bases de datos consultadas

Se seleccionaron PubMed, Scopus y Web of Science por su cobertura multidisciplinar, relevancia en ciencias de la salud y fiabilidad en estudios revisados por pares. Estas bases permiten acceder a literatura científica de alta calidad tanto del ámbito biomédico como de las ciencias sociales, lo cual es esencial para el enfoque psicosocial de este trabajo.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Estudios publicados en revistas científicas revisadas por pares.
- Artículos escritos en idioma inglés o español.
- Población de estudio: mayores de 18 años en tratamiento antipsicótico.
- Estudios con evaluación de la adhesión al tratamiento con antipsicóticos como variable principal.
- Estudios que evalúen factores sociales relacionados con dicha adhesión.

Criterios de exclusión:

- Trabajos que no fueran de investigación o artículos científicos.
- Artículos que no incluyeran un resumen,
- Artículos escritos en idiomas distintos al español o inglés.
- Investigaciones centradas exclusivamente en factores biológicos o genéticos, sin considerar dimensiones sociales o psicológicas.
- Literatura gris (tesis, informes técnicos, capítulos de libros).
- Estudios que se centren en otras categorías de psicofármacos (como ansiolíticos o antidepresivos).

3.6. Proceso de selección de estudios y extracción de datos

Una vez realizada la búsqueda en las diferentes bases de datos, se llevó a cabo el proceso de selección de estudios dividido en dos fases:

Fase 1: Búsqueda y cribado de estudios

1. Se realizó la búsqueda de artículos, los resultados se exportaron al gestor de referencias Rayyan para facilitar la organización, eliminación de duplicados y posterior manejo de citas.
2. Se llevó a cabo un cribado inicial en función de su título y resumen.
3. Se excluyeron aquellos estudios que no cumplían los criterios.

Fase 2: Cribado de texto completo

1. Para los artículos que pasaron la fase inicial, se accedió a los textos completos y se elaboró una tabla de extracción preliminar, donde se registraron los siguientes datos:
 - Autor/a y año.
 - Tipo de estudio (observacional, ensayo clínico, etc.).
 - Población (pacientes ambulatorios con trastornos psicóticos).
 - Variable principal (estigma social, adhesión al tratamiento).

- Resultados principales relacionados con la adhesión al tratamiento.
2. Tras la lectura completa, se verificó si el estudio cumplía con todos los criterios de inclusión y se registró su elegibilidad.

Este proceso de cribado se resume gráficamente en el siguiente diagrama PRISMA.

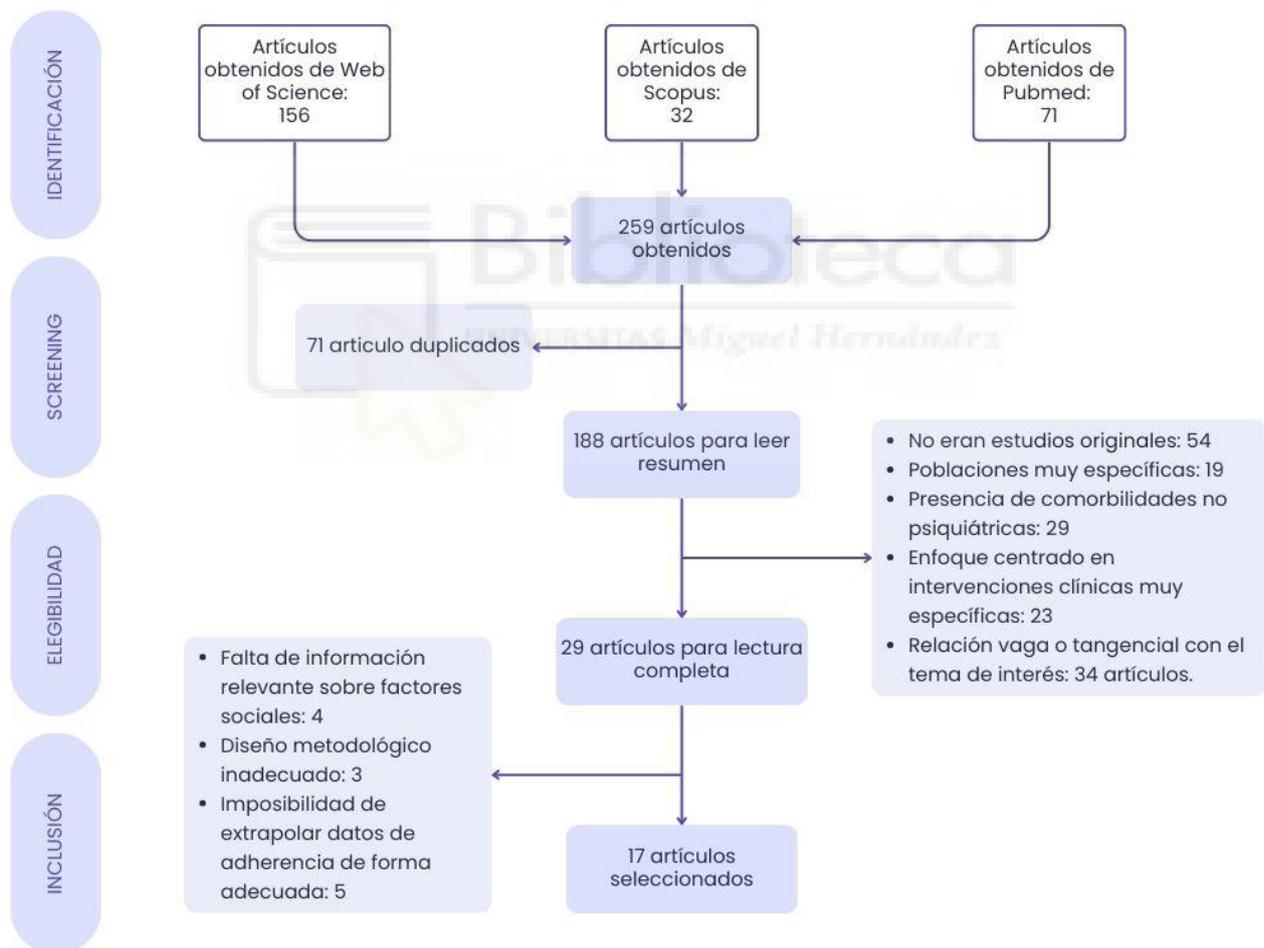


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA

3.7. Evaluación de la calidad metodológica

Durante la búsqueda no se aplicó una herramienta formal de evaluación de la calidad metodológica (como CASP o JBI), ya que el objetivo principal de esta revisión era ofrecer una visión general y descriptiva de la evidencia disponible. Sin embargo, durante el proceso de selección se priorizó la inclusión de estudios publicados en revistas revisadas por pares, con muestras representativas y objetivos y metodología alineados con la pregunta de investigación planteada. Así, se buscó garantizar un nivel mínimo de rigor metodológico, a pesar de no haberse aplicado una evaluación estructurada.

3.8. Consideraciones éticas

Dado que esta investigación es una revisión sistemática, no se realizó ninguna intervención directa sobre pacientes, ni la recolección de datos primarios, por lo que no se identificaron riesgos éticos asociados al desarrollo. Sin embargo, se solicitó la evaluación ética ante el Comité de Integridad de la Investigación (COIR) de la Universidad Miguel Hernández, que aprobó el estudio con número de aprobación TFG.GFA.VSS.YCS.250515, con una validez de dos años desde su aprobación.

4. RESULTADOS

Tabla 1: Características de los estudios seleccionados

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	MEDICIÓN DE ADHESIÓN
Non-adherence and predictors in patients with schizophrenia on second generation antipsychotics at Amanuel Mental Specialized Hospital, Ethiopia ⁽⁸⁾	Gedam M., et al. (2025)	Etiopía	Estudio Transversal	N= 271 pacientes con esquizofrenia	Drug Attitude Inventory-10 (DAI-10)
Medication adherence and needs among patients with schizophrenia in China: a qualitative study ⁽²³⁾	Li X., et al. (2025)	China	Estudio Cualitativo	N= 32 pacientes con esquizofrenia y/o sus cuidadores principales	Entrevistas semiestructuradas y método recordatorio de 7 días

Antipsychotic medication non-adherence and its determinants among out-patients with schizophrenia ⁽¹⁰⁾	Erohobie P., et al. (2024)	Nigeria	Estudio transversal	N= 310 pacientes con esquizofrenia ambulatorios	Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)
Schizophrenia and medication adherence: Associated factors ⁽²⁴⁾	Karabulut B., et al. (2024)	Turquía	Investigación Correlacional Descriptiva	N= 162 pacientes con esquizofrenia	The Medication Adherence Rating Scale (MARS)
Internalised Stigma, Self-Esteem and Perceived Social Support as Psychosocial Predictors of Quality of Life in Adult Patients with Schizophrenia ⁽¹⁹⁾	Gagiu C., et al. (2023)	Rumanía	Estudio Prospectivo y Transversal	N= 139 pacientes con esquizofrenia	Medication Adherence Rating Scale (MARS)
The effect of psychoeducation on clinical symptoms, adherence, insight and autonomy in patients with schizophrenia ⁽²⁵⁾	Oneib B., et al. (2023)	Marruecos	Estudio Prospectivo	N= 100 pacientes con esquizofrenia ambulatorios estabilizados	Medication Adherence Report Scale (MARS)

<p>Navigating the challenges: Predictors of Non-Adherence to psychotropic Medications Among Patients with Severe Mental Illnesses in Ethiopia⁽²⁶⁾</p>	<p>Zelege T., et al. (2023)</p>	<p>Etiopía</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>N=418 pacientes con enfermedad mental</p>	<p>Autoinforme</p>
<p>Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders⁽²²⁾</p>	<p>Sorokin M., et al. (2021)</p>	<p>Rusia</p>	<p>Análisis Secundario</p>	<p>N= 91 pacientes con trastornos mentales graves</p>	<p>Medication Compliance Scale</p>
<p>Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia⁽¹⁸⁾</p>	<p>Abdisa, et al. (2020)</p>	<p>Etiopía</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>N= 304 pacientes con enfermedad mental</p>	<p>Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)</p>
<p>The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia⁽²⁷⁾</p>	<p>Kalkan E., et al. (2019)</p>	<p>Turquía</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>N= 300 pacientes con esquizofrenia</p>	<p>Morisky Medication Adherence Scale</p>

Treatment Adherence in Patients with Mental Illnesses: The Effect of Stigma and Spirituality ⁽²⁸⁾	Taheri L., et al. (2019)	Irán	Estudio Correlacional Transversal	N= 250 pacientes con enfermedades mentales	Cuestionario autoreportado de 40 ítems
Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia ⁽²⁹⁾	Chaudhari B., et al. (2018)	India	Estudio Transversal	N= 50 pacientes con esquizofrenia ambulatorios	Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)
Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla) ⁽³⁰⁾	Stentzel U., et al. (2018)	Alemania	Estudio Transversal	N= 127 pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar ambulatorios	Medication Adherence Report Scale German version (MARS-D)
Risk factors and impact of stigma on psychiatric patients in Sohag ⁽³¹⁾	Sayed T., et al. (2018)	Egipto	Estudio Transversal	N= 573 pacientes con enfermedades mentales ambulatorios	Preguntas directas a pacientes y familiares

Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial ⁽³²⁾	Chien W., et al. (2016)	China	Ensayo Clínico Aleatorizado	N= 134 pacientes con esquizofrenia ambulatorios	Adherence Rating Scale (ARS)
Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: A cross-sectional study ⁽³³⁾	Lucca J., et al. (2015)	India	Estudio Transversal	N= 400 pacientes psiquiátricos ambulatorios	Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)
Stigma resistance among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institution based study ⁽³⁴⁾	Biftu B., et al. (2014)	Etiopía	Estudio Transversal	N= 411 pacientes con esquizofrenia	Autoinforme (pregunta directa sobre adhesión en el último mes) y preguntas sobre discontinuación/citas por estigma.

Tas realizar la búsqueda bibliográfica y el posterior cribado de los estudios, se seleccionaron 17 artículos relevantes que cumplieran los criterios de inclusión. Este procedimiento queda reflejado en la Figura 1 que corresponde al diagrama PRISMA en el que se plasman las fases de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión.

Los datos recogidos en la Tabla 1 ofrecen un resumen detallado de las características principales de los estudios seleccionados. Como puede observarse, estos estudios fueron desarrollados en una amplia variedad de países, quedando constancia de la diversidad geográfica representativa. Dentro de esta distribución, destaca que la mayoría de artículos o de investigaciones son realizadas en el continente africano, siendo Etiopía el país con mayor número de estudios seleccionados con un total de cuatro investigaciones (8,18,26,34) lo que puede interpretarse como un indicador creciente de interés en esta región por mejorar el abordaje de la adhesión en pacientes con trastornos mentales en esta región. Le siguen otros países de Asia con presencia relevante como son India, China y Turquía con dos artículos cada uno.^(23,24,27,29,32,33) Además, se identificaron estudios de otras regiones demostrando la extensión del interés global por comprender los factores que influyen en la adhesión.

En relación al idioma de publicación, aunque no está explícitamente indicado en la tabla, todos los artículos analizados estaban publicados en inglés. Este dato es coherente ya que uno de los criterios de inclusión previamente definidos, requería que los artículos estuvieran escritos en inglés o español. Finalmente, no se incluyó ningún artículo en español, evidenciando la predominancia del inglés como lengua principal en la investigación científica en el ámbito de salud mental.

Las muestras de los estudios seleccionados varían considerablemente en tamaño, ya que tenemos estudios que incluyen desde un mínimo de 32 participantes,⁽²³⁾ hasta un máximo total de 57.⁽³¹⁾

La mayoría de los estudios se centran en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, de los 17 artículos 11 se enfocan exclusivamente en estos pacientes, mientras que los 6 restantes analizan poblaciones con trastornos mentales graves o enfermedades mentales en general, incluyendo psicosis, trastorno bipolar o condiciones psiquiátricas no especificadas.^(18,22,26,28,31,33)

Cabe destacar que todas las muestras estaban compuestas por personas adultas de entre 18 y 65 años tanto en régimen ambulatorio como estabilizados clínicamente. En algunos casos, los estudios incluyeron también a los cuidadores principales junto con los pacientes como es el caso del trabajo de Li et al. (2025), que aplicó entrevistas semiestructuradas tanto a pacientes como a familiares o responsables del cuidado, con el objetivo de explorar más profundamente los factores que influyen en la adhesión terapéutica desde una perspectiva cualitativa.

Tras analizar las características estructurales de los estudios incluidos, es relevante abordar las diferentes herramientas empleadas para medir la adhesión. Como queda reflejado en la Tabla 1, los estudios seleccionados utilizaron métodos diversos para evaluar el cumplimiento del tratamiento, poniendo de manifiesto la falta de homogeneidad en este aspecto metodológico. La herramienta más empleada para medir la adhesión fue la Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), utilizada en cinco estudios.^(10,18,27,29,33) Esta escala es un cuestionario autoinformado de 8 ítems que evalúa comportamientos relacionados a la adhesión y actitudes hacia la medicación, proporcionando una puntuación que clasifica la adhesión en alta, media o baja. Su utilidad se basa en su simplicidad y capacidad para detectar dificultades en el cumplimiento farmacológico.

Le sigue la Medication Adherence Rating Scale (MARS), presente en tres investigaciones.^(19,24,25) El MARS combina aspectos del comportamiento adherente y actitudes hacia la medicación, mediante un cuestionario de 10 ítems, que facilita una evaluación más específica en pacientes con trastornos mentales.

El Drug Attitude Inventory-10 (DAI-10), aplicado en un estudio,⁽⁸⁾ es un cuestionario que mide la actitud del paciente hacia la medicación antipsicótica, valorando la percepción subjetiva que influye en la adhesión.

Otros estudios optaron por cuestionarios de autoinforme, entrevistas semiestructuradas o métodos diseñados ad hoc, como escalas propias o preguntas directas sobre el cumplimiento del tratamiento.^(26,31,34) Estos métodos permiten captar matices en la adhesión que las escalas cuantitativas podrían pasar por alto.⁽³⁵⁾



Tabla 2; Resultados principales obtenidos de los estudios

AUTORES Y AÑO	NIVEL DE ADHESIÓN	FACTOR PRINCIPAL QUE AFECTA A LA ADEHESIÓN	FACTORES QUE AUMENTAN LA ADHESIÓN	FACTORES QUE DISMINUYEN LA ADHESIÓN
Gedam M., et al. (2025) ⁽⁸⁾	31.4 % no adherentes	DUP (Duration of Untreated Psychosis) 6–10 años Disminuye Adhesión ($p = 0,02$)	Edad 26-40 años	Puntaje alto en síntomas positivos y negativos (PANSS), estigma.
Li X., et al. (2025) ⁽²³⁾	54 % no adherentes	Supervisión del cuidador y recomendaciones del psiquiatra Aumenta adhesión ($\beta = 1,814, p < 0,05; RR = 1.59$)	Uso de herramientas de apoyo, seguimiento comunitario, subsidios de medicación gratuitos	Estigma
Erohobie P., et al. (2024) ⁽¹⁰⁾	51 % no adherentes	Percepción de bajo apoyo social Disminuye Adhesión ($p < 0,001, AOR 3.58$)	Edad >36 años	Uso de sustancias psicoactivas, mayor severidad de enfermedad, mala actitud a la medicación, conciencia de síntomas.

Karabulut B., et al. (2024) (24)	52.5% no adherentes	Creencia en la recuperación Aumenta adhesión (B= 1,845, p<0,001)	Mayor insight, comunicación percibida como buena, actitud positiva hacia la medicación	Estigma internalizado
--	---------------------	--	--	-----------------------

Gagiú C., et al. (2023) (19)	9.01 ± 1.13 / 25 con baja adhesión	Adhesión se correlaciona negativamente con calidad de vida y el estigma internalizado (ISMI media = 2.41 ± 0.23)	-	A través de calidad de vida: estigma internalizado, baja autoestima, bajo apoyo social percibido.
------------------------------------	---------------------------------------	--	---	--

Oneib B., et al. (2023) (25)	Antes programa: 9 % adherentes; Después: 63.7 % adherentes	Psicoeducación Aumenta adhesión	Mejoría en insight, apoyo familiar, autonomía social, reducción de síntomas clínicos (PANSS).	-
------------------------------------	---	------------------------------------	---	---

Zelege T., et al. (2023) (26)	50.9 % no adherentes	Duración prolongada del tratamiento (≥ 3 años) Disminuye Adhesión. (AOR = 7.16; 95 % CI: 3.93–13.06)	-	Actitud negativa hacia tratamiento, falta de apoyo familiar, consumo actual de sustancias.
Sorokin M., et al. (2021) (22)	No se reporta % general, tres grupos: Cluster 1 (baja adh.), Cluster 2 (mejor adh.), Cluster 3 (alta motivación pero adh. media).	Motivación terapéutica alta (Cluster 3) Aumenta Adhesión	Alianza terapéutica alta, control externo del tratamiento.	Estigma psiquiátrico, síntomas negativos, desajuste social, alianza terapéutica baja.
Abdisa, et al. (2020) (18)	39.3 % no adherentes	Autoestigma elevado Disminuye Adhesión ($\beta = 0,084, p = 0,021$)	Mayor edad y vivir con hijos y cónyuge	Mayor duración sin tratamiento previo, bajo apoyo social, abandono de tratamiento al sentirse mejor.
Kalkan E., et al. (2019) (27)	69 % adhesión moderada	Insight Aumenta Adhesión ($P < 0,05$)	Edad avanzada, educación universitaria, sexo femenino, estado civil casado, percepción de ingresos buena.	-

Taheri L., et al. (2019) (28)	Media de 139.89/200 (moderada-alta)	Estigma Disminuye Adhesión ($r = -0,54, P < 0,001$)	Bienestar espiritual, insight, salud religiosa	Historial de intento de suicidio, abandono previo del tratamiento.
Chaudhari B., et al. (2018) (29)	52 % baja adhesión	Ausencia de antecedentes familiares de enfermedades psiquiátrica Disminuye Adhesión ($P = 0.004$)	Administración de medicación por cuidador	Bajo ingreso familiar, edad joven, bajo insight, percepción de ineficacia, problemas financieros, vergüenza y estigma, considerar tratamiento innecesario.
Stentzel U., et al. (2018) (30)	54 % no adherentes (MARS-D = 23.4)	Mayor apoyo social percibido Aumenta Adhesión ($OR = 1.02, p < 0,0001$)	Edad avanzada, empleo, mayor funcionamiento global	Sexo femenino.
Sayed T., et al. (2018) (31)	52.09 % no adherentes	Estigma elevado Disminuye Adhesión	-	Bajo nivel educativo, desempleo, residencia rural, bajo nivel socioeconómico, estado civil soltero.

Chien W., et al. (2016) (32)	85-90 % no adherentes inicialmente	Participación en terapia de adhesión (AT) Aumenta Adhesión (F(1,127) = 9.10, p < 0.005)	No se investigaron otros factores sociales.	
Lucca J., et al. (2015) (33)	43 % no adherentes.	Educación baja Disminuye Adhesión (P = 0,001)	Mayor ingreso familiar.	Obligaciones personales, falta de apoyo familiar, costo, sensación de mejoría.
Bifttu B., et al. (2014) (34)	15.6 % no adherentes.	Baja resistencia a estigma Disminuye Adhesión (AOR = 0.3)	-	Disminuye resistencia al estigma y por tanto Adhesión: Alienación, creencia en estereotipos, retiro social, residencia rural.

A partir de la tabla 2 de resultados obtenidos de los artículos se puede observar como la adhesión al tratamiento es baja en la mayoría de los estudios revisados. En más de la mitad de los casos los porcentajes de no adhesión superan el 50% lo que refleja unos niveles preocupantemente bajos ^(23,25,26,29). Aunque la medición de la adhesión varía entre los estudios los datos son consistentes en señalar que una proporción considerable de pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento prescrito.

Entre los factores analizados uno de los más consistentes es el estigma. De los 17 estudios incluidos, diez señalan el estigma como una variable que influye negativamente ya sea actuando como barrera directa o indirecta sobre el cumplimiento terapéutico ^(8,18,19,22–24,28,29,31,34). En algunos estudios, además, se relaciona el estigma con otras variables, como la creencia de que el tratamiento no es necesario o una actitud negativa hacia la medicación, lo que agrava aún más la problemática ^(10,22,26,29). En contraste, el apoyo familiar ^(10,18,19,23,25,26,30,33), el bienestar espiritual⁽²⁸⁾, un mayor insight o una actitud positiva hacia la medicación son señalados como determinantes positivos. ^(24,25,27–29,32)

Aunque en este trabajo se ha optado por centrar el foco en los factores psicosociales, en la tabla también se incluyen algunas variables sociodemográficas- como la edad, el sexo o el nivel educativo- cuando su relevancia estadística dentro del estudio lo justificaba. Aunque en algunas de las investigaciones se recogían datos sobre estas variables de manera descriptiva o sin relación directa con la adhesión, solo se han mantenido aquellos casos en los que los factores demostraron tener un impacto significativo en los resultados destacando sobre todo factores como la edad joven, el bajo nivel educativo, el desempleo y la residencia en zonas rurales aparecen repetidamente asociadas a menor adhesión en varios estudios. ^(8,10,18,27,29–31,33)

También el sexo en ciertos estudios como el de Kalkan Et al. de 2019⁽²⁷⁾ se consideró significativo, ya que en este por ejemplo queda reflejado como se encontró mayor adhesión entre las mujeres. Esta decisión metodológica ha permitido mantener el foco en los determinantes sociales sin excluir variables cuya influencia claramente resulta relevante en el contexto analizado.

Por otro lado, diversos estudios destacan ciertos factores relacionales que favorecen la adhesión al tratamiento. Entre ellos se encuentra la administración de la medicación por parte de cuidadores^(23,29), la creencia en la recuperación, y la existencia de una alianza terapéutica sólida entre paciente y profesional se relacionan con una mejor continuidad del tratamiento^(22,24). Asimismo, la influencia de factores estructurales, como los subsidios para la medicación⁽²³⁾ se identifica como elemento protector que facilitan el cumplimiento terapéutico.

A pesar de la diversidad y complejidad de los factores que afectan la adhesión, cabe destacar dos estudios incorporados en la revisión que reflejan la incorporación de intervenciones con resultados positivos. La psicoeducación⁽²⁵⁾ y la terapia de adhesión⁽³²⁾ han demostrado mejoras objetivas y significativas en la continuidad del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que, aunque la adhesión es un desafío multifactorial, existen estrategias concretas que pueden contrarrestar las barreras detectadas.

5. DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo fue revisar la literatura científica para analizar la influencia de los factores psicosociales en la adhesión al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos, con la finalidad de proporcionar una comprensión más profunda de los mecanismos que afectan a la continuidad el tratamiento. Tras un el análisis de 17 estudios relevantes se ha confirmado que la adhesión al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos es un problema prevalente y multifactorial.

La revisión ha evidenciado que, tanto el estigma, como otros factores psicosociales como el bajo insight o la falta de apoyo social actúan como barreras relevantes para la continuidad terapéutica. Por otro lado, la motivación terapéutica alta, una buena alianza o terapéutica y el bienestar espiritual, se asocian a una mayor adhesión.

El estigma se ha colocado entre los factores que afectan negativamente a la adhesión, demostrando los estudios revisados como este es de los factores más relevantes, ya que se observa que el estigma puede generar aislamiento social, vergüenza y sentimientos de inutilidad lo que, a su vez, reduce la motivación para seguir el tratamiento.

La revisión confirma que diversos factores personales, estructurales y socioeconómicos influyen en la adhesión del tratamiento. Elementos como la edad joven, el bajo nivel educativo, el desempleo y la residencia en zonas rurales se asocian consistentemente con menos adhesión. Este patrón podría explicarse, por la dificultad de aceptar un diagnóstico y tratamiento crónico tan exigente como puede ser el tratamiento para trastornos psiquiátricos en etapas de la vida adulta. También, por ejemplo, el bajo nivel educativo, se podría relacionar con una baja comprensión sobre la importancia del tratamiento y el diagnóstico general de trastornos psiquiátricos.

Otro de los objetivos fue recoger evidencias sobre enfoques multidimensionales, como se ha podido demostrar en los diversos estudios, al estar relacionada la adhesión con tantos factores se puede asumir que un enfoque multidimensional es el más adecuado. Aunque en esta revisión se plasmen principalmente los factores psicosociales, otros factores como el uso de antipsicóticos primarios o secundarios y otros factores externos pueden afectar a la adhesión, así queda reflejado en algunas de las investigaciones.

En estos estudios se observa como intervenciones, como la psicoeducación y la terapia de adhesión han demostrado ser efectivas mejorando objetiva y significativamente la continuidad del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que una estrategia combinada que aborde aspectos psicosociales, estructurales y personales puede ser la clave para superar las barreras detectadas y optimizar la adhesión en pacientes con trastornos psicóticos.

Esta evidencia encontrada en la revisión es congruente con la literatura científica previa y otras revisiones sistemáticas relevantes en el campo de la adhesión en trastornos psicóticos. Revisiones como Tadesse et al. (2024), Velligan et al. (2017) y García et al. (2007) también han destacado la influencia multifactorial de la adhesión, señalando de manera consistente el estigma, el apoyo social y los factores socioeconómicos como determinantes clave. La presente revisión refuerza la importancia del estigma como una barrera central para la adhesión coincidiendo en estudios anteriores que lo identifican como factor omnipresente y perjudicial. La constatación de que la falta de apoyo social y factores socioeconómicos son elementos que disminuyen la adhesión también se alinea con los hallazgos de otras revisiones que subrayan la necesidad de considerar el contexto del paciente.⁽³⁶⁻³⁸⁾

Una de las nuevas perspectivas que esta revisión aporta, o al menos enfatiza con mayor claridad, es la relevancia de intervenciones activas como la psicoeducación y terapia de adhesión. A pesar de que la literatura previa ha reconocido la necesidad de enfoques integrales, en esta se destacan ejemplos concretos, esto contrasta con algunas revisiones más antiguas que se centraban predominantemente en la identificación de los problemas sin ofrecer soluciones con evidencia tan marcada. Las coincidencias en los factores de mayor impacto refuerzan la solidez de los resultados en este campo, mientras que la evidencia sobre la efectividad de ciertas intervenciones aporta un conocimiento útil directamente en el desarrollo de estrategias de mejora de adhesión

Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos valiosos obtenidos de esta revisión, es importante reconocer ciertas limitaciones que pueden influir en la interpretación y generalización de los resultados. Una de las principales es la heterogeneidad metodológica de los estudios seleccionados, Esto incluye diferencias en las herramientas utilizadas, tipos de muestra, diseños de estudio (transversales vs. prospectivos), y formas de analizar la adhesión. Esta variedad dificulta la comparación directa de los resultados.

Además, el hecho de que la mayoría de los estudios incluidos son de corte transversal implica que solo se evalúan los factores en un momento dado, limitando así la capacidad de establecer causalidad sobre la relación entre factores psicosociales y la adhesión. También se identificó un sesgo geográfico, ya que se identifica un claro predominio de estudios realizados en África y Asia, teniendo por lo tanto menor representación de investigación de Europa, América Latina o América del Norte. Este sesgo podría afectar a la capacidad de generalizar los hallazgos a poblaciones con diferentes sistemas de salud, distintas estructuras sociales y percepciones culturales de los trastornos psiquiátricos.

Finalmente, la mayoría de las muestras de los estudios se centran exclusivamente en pacientes adultos. Esto significa que la revisión no aborda la adhesión al tratamiento en adolescentes o ancianos donde los factores psicosociales y las barreras de adhesión podrían ser diferentes.

Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación

Los resultados de esta revisión tienen implicaciones prácticas significativas para la mejora de la adhesión al tratamiento ya que refleja la necesidad de implantar intervenciones de manera que aborden integralmente el estigma y fortalezcan el apoyo social. Esto podría incluir programas de sensibilización a nivel comunitario, talleres de empoderamiento para pacientes y familiares y fomento de redes de apoyo.

Por otro lado, plantea la necesidad de atención a factores socioeconómicos. Los profesionales de la salud deben estar conscientes de la influencia de estos sobre la adhesión adaptando las estrategias de tratamiento para mitigar las barreras.

Para futuras líneas de investigación se proponen distintas direcciones como pueden ser estudios longitudinales que permitan establecer la causalidad entre factores psicosociales y adhesión a largo tiempo. También la necesidad de obtener muestras diversificadas tanto a nivel geográfico como por rangos de edad. Otra línea importante es el uso de herramientas homogéneas a la hora de medir la adhesión, facilitando la comparación directa entre resultados. Finalmente, se propone la necesidad de investigación sobre intervenciones y mecanismos específicos a través de los cuales la psicoeducación y terapia de adhesión logran mejorar la adhesión así como la efectividad de estas intervenciones en diferentes contextos culturales y socioeconómico.

6. CONCLUSIÓN

Esta revisión de la literatura ha permitido comprender en profundidad cómo los factores psicosociales influyen de forma significativa en la adhesión al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos. A través del análisis de estudios recientes y relevantes, se confirma como la adhesión es una problemática compleja, que no solo depende del aspecto médico sino que esta afectada por una combinación de elementos que incluyen el estigma, la calidad del apoyo social percibido, la motivación terapéutica, el insight sobre la enfermedad, y diversos factores estructurales y socioeconómicos.

La baja adhesión se relaciona con dinámicas sociales amplias, como la exclusión, la falta de recursos o la marginación cultural, lo que refuerza la necesidad de abordajes que vayan más allá del plano estrictamente clínico. La evidencia obtenida no solo coincide con los hallazgos de revisiones previas, sino que también reafirma la urgencia de plantear estrategias de intervención que reconozcan la multidimensionalidad del problema. La incorporación de intervenciones como la psicoeducación y la terapia de adhesión aparece como una vía prometedora, pero su efectividad se ve condicionada por el contexto social y económico del paciente.

A pesar de las limitaciones metodológicas y de representatividad de los estudios analizados, los hallazgos ofrecen una base sólida para orientar tanto la práctica clínica como futuras líneas de investigación. Es esencial que los profesionales de la salud consideren de forma activa el contexto psicosocial de cada paciente, adaptando las estrategias terapéuticas a sus necesidades reales.

En definitiva, mejorar la adhesión al tratamiento en personas con trastornos psicóticos requiere una comprensión profunda de los factores que la obstaculizan y una respuesta articulada entre el ámbito clínico, comunitario y estructural. Esto permitirá reducir las tasas de abandono y favorecer procesos terapéuticos más sostenibles, efectivos y ajustados a las necesidades reales de los paciente.



7. BIBLIOGRAFIA

1. Arboleya-Faedo T, González-Menéndez A, González-Pando D, Paino M, Alonso-Pérez F. Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 May 1;20(9).
2. Milz R, Benson C, Knight K, Antunes J, Najarian D, Lopez Rengel PM, et al. The Effect of Longer Dosing Intervals for Long-Acting Injectable Antipsychotics on Outcomes in Schizophrenia. Vol. 19, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Medical Press Ltd; 2023. p. 531–45.
3. World Health Organization. *Trastornos mentales*. 2022.
4. Khan J, Khan JA, Kumari S, Charan D. Treatment Non-adherence Patterns Among Patients With Mental Illness: A Study From the District Mental Health Care Center in India. *Cureus*. 2024 Feb 20;
5. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2008 Nov 1;30(1):67–76. Available from: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
6. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. 2022. Esquizofrenia.
7. Carol Tamminga. Introducción a la esquizofrenia y trastornos relacionados- Manual MSD Profesional. 2022.
8. Beyene MG, Teferra S, Fenta TG. Non-adherence and predictors in patients with schizophrenia on second generation antipsychotics at Amanuel Mental Specialized Hospital, Ethiopia. *PLoS One*. 2025 Mar 1;20(3).
9. Ihalainen N, Loyttyneimi E, Valimaki M. Self-stigma among clients of outpatient psychiatric clinics: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2022 Jul 1;17(7 July).
10. Erohubie P, Orijji S, Olotu S, Agbonile I, Anozie I, Erohubie O, et al. Antipsychotic medication non-adherence and its determinants among outpatients with schizophrenia. *Malawi Medical Journal*. 2024 Dec 19;36(4):288–97.
11. Pothimas N, Tungpunkom P, Kanungpiarn T. Experiences of medication adherence among people with schizophrenia: a systematic review protocol of qualitative evidence. Vol. 14, *JB I database of systematic reviews and implementation reports*. 2016. p. 51–7.
12. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica Therapeutic adherence. Vol. 14, *Pharm Care Esp*. 2012.
13. Haddad P, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas*. 2014 Jun;43.

14. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies.
15. ESTIGMA EN SALUD MENTAL.
16. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Vol. 20, *European Psychiatry*. Elsevier Masson SAS; 2005. p. 529–39.
17. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002 Feb;1(1):16–20.
18. Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, et al. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Int J Ment Health Syst*. 2020 Jul 29;14(1).
19. Gagiu C, Dionisie V, Manea MC, Mazilu DC, Manea M. Internalised Stigma, Self-Esteem and Perceived Social Support as Psychosocial Predictors of Quality of Life in Adult Patients with Schizophrenia. *J Clin Med*. 2024 Nov 1;13(22).
20. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments.
21. Ghosh P, Balasundaram S, Sankaran A, Chandrasekaran V, Sarkar S, Choudhury S. Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder - A cross sectional study in a tertiary care centre. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*. 2022 Sep 1;7.
22. Sorokin MY, Neznanov NG, Lutova NB, Wied VD. Revisiting Drug Compliance: The Need for a Holistic Approach in the Treatment of Severe Mental Disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(3):17–25.
23. Li X, Xiao S, Sun Y, Zheng Y, Huang J, Wei N, et al. Medication adherence and needs among patients with schizophrenia in China: a qualitative study. *BMJ Open*. 2025 Jan 25;15(1):e092073.
24. Karabulut B, Uslu E. Schizophrenia and medication adherence: Associated factors. *Arch Psychiatr Nurs*. 2024 Apr 1;49:47–54.
25. Oneib B, Mansour A, Bouazzaoui MA. The effect of psychoeducation on clinical symptoms, adherence, insight and autonomy in patients with schizophrenia. *Discover Mental Health*. 2025 Dec 1;5(1).
26. Zeleke TK, Birhane W, Gubae K, Kebede B, Abebe RB. Navigating the Challenges: Predictors of Non-Adherence to Psychotropic Medications Among Patients with Severe Mental Illnesses in Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:2877–90.
27. Kalkan E, Kavak Budak F. The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2020 Jan 1;56(1):222–8.

28. Taheri L, Shamsaei F, Tapak L, Sadeghian E. Treatment Adherence in Patients with Mental Illnesses: The Effect of Stigma and Spirituality. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2021 Dec 1;23(4):32–45.
29. Chaudhari B, Saldanha D, Kadiani A, Shahani R. Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Ind Psychiatry J*. 2017;26(2):215.
30. Stentzel U, van den Berg N, Schulze LN, Schwaneberg T, Radicke F, Langosch JM, et al. Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: Findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla). *BMC Psychiatry*. 2018 May 29;18(1).
31. Sayed TA, Ali MM, Hadad S. Risk factors and impact of stigma on psychiatric patients in Sohag. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2021 Dec 1;57(1).
32. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016 Feb 25;16(1).
33. Lucca JM, Ramesh M, Parthasarathi G, Ram D. Incidence and factors associated with medication nonadherence in patients with mental illness: A cross-sectional study. *J Postgrad Med*. 2015 Oct 1;61(4):251–6.
34. Boru Bifftu B, Dachew A, Tiruneh BT. Stigma resistance among people with schizophrenia at Amanuel Mental Specialized Hospital Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institution based study [Internet]. 2014. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/259>
35. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2016 Jan 1;7(1):25–30.
36. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2024 Dec 1;24(1).
37. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients. Vol. 36, *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 355–71.
38. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. Vol. 11, *Patient Preference and Adherence*. Dove Medical Press Ltd.; 2017. p. 449–68.