

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE SALUD MENTAL (HDOM)

VICENTE DE LA CRUZ VARO<sup>1</sup>, ANA MARTÍNEZ DE PAZ<sup>1</sup>, EDUARDO IZQUIERDO VENDRELL<sup>2</sup>, JUAN DAVID BARBERO VALVERDE<sup>2</sup>, ROSA MARIA GABERNET FLORENSA<sup>2</sup>, JUDITH BALAGUER SANCHO<sup>3</sup> Y ALBERT GRANERO LÁZARO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermeros especialistas en hospitalización domiciliar de salud mental.

<sup>2</sup>Psiquiatras de hospitalización domiciliar de salud mental.

<sup>3</sup>Coordinadora de hospitalización domiciliar de salud mental.

<sup>4</sup>Jefe de enfermería de salud mental.

Hospitalización domiciliar. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

### RESUMEN

El programa de hospitalización a domicilio del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell es un dispositivo asistencial de ingreso en el propio domicilio para personas que padecen un trastorno mental en fase de descompensación aguda, que requieren de una atención intensiva por psiquiatría y enfermería con supervisión diaria familiar.

En el siguiente estudio, se plantean tres objetivos principales: a) analizar la capacidad de *insight* mediante una prueba de autoevaluación del estado de salud por parte del usuario y compararla con la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), b) determinar el nivel de cumplimiento del tratamiento en función del sexo y del diagnóstico, y c) analizar los diversos motivos relacionados con el incumplimiento terapéutico observando si existen diferencias en función del diagnóstico, la edad y el sexo.

La muestra está compuesta por 30 individuos ingresados en hospitalización domiciliar entre diciembre de 2018 y marzo de 2019.

Se realiza una autoevaluación al ingreso, la escala HoNOS y el test de Morisky-Green. En el análisis entre las variables «autoevaluación» y «HoNOS» al ingreso, existe una correlación positiva moderada (coeficiente de correlación de Pearson  $[r] = 0,538$ ). Según el test de Morisky-Green, solo un 30% de los usuarios son considerados cumplidores. Los resultados analizados reflejan que el principal motivo de incumplimiento es el olvido, seguido de la aparición de efectos adversos y la dificultad en la preparación y administración del tratamiento.

Los resultados obtenidos apoyan la utilización del pastillero como una de las formas más sencillas sobre las que podemos incidir.

**Palabras clave:** servicios comunitarios de salud mental, psiquiatría preventiva, poder (psicología), atención domiciliaria de salud.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento agudo domiciliario, que incorpora los programas de resolución de crisis, surgió en el Reino Unido a partir de la implementación del plan nacional de salud en el año 2000, de forma paralela al desarrollo de otros servicios de atención comunitaria como los equipos de intervención temprana y los de tratamiento asertivo comunitario<sup>1</sup>. En España —concretamente, en la Comunidad Valenciana—, se iniciaron las unidades de hospitalización a domicilio (UHD) para enfermos paliativos y posquirúrgicos, con el objetivo de ofrecer atención domiciliaria en enfermedades que previamente eran atendidas en el hospital por falta de alternativas. Siguiendo esta línea, en 2004, se desarrolló la unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental, formada por equipos de UHD específicos para pacientes de salud mental, con el objetivo de ofrecer en el domicilio del paciente cuidados intensivos a la persona con patología psiquiátrica<sup>2</sup>, permitiendo la atención al usuario en el propio entorno, realizando tanto las visitas como las intervenciones en el domicilio e implicando a los cuidadores habituales de forma directa. Estos equipos interdisciplinarios están formados por especialistas de la psiquiatría y la enfermería principalmente.

Respecto al cuidado familiar, cada vez más, se están desarrollando líneas de trabajo relacionadas con los cuidadores principales, observándose que cuidar a un paciente con esquizofrenia, generalmente, comporta niveles altos de sobrecarga percibida y una peor salud mental general para los cuidadores<sup>3</sup>.

Algunas de las líneas estratégicas del Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones 2017-2019 de Catalunya<sup>4</sup> tienen por objetivo la promoción y mejora de los programas de apoyo a las familias de las personas con trastorno mental y la promoción de las acciones necesarias para la consecución activa de la inclusión comunitaria y el empoderamiento de las personas adultas con trastorno mental grave y adicciones. Un estudio realizado en 2017<sup>5</sup> acerca de los factores asociados a la carga de los cuidadores de personas con trastorno mental aporta sugerencias como la necesidad por parte de la red psicosocial de ofrecer estrategias e intervenciones con grupos familiares, educación familiar y actividades físicas y de ocio para los cuidadores, como forma de prevenir y minimizar la carga del cuidador por ser contemplado como parte importante en la atención domiciliaria de salud mental.

Debido a la problemática detectada, es de vital importancia reforzar el empoderamiento del individuo, fomentando su autonomía y facilitando la tarea al cuidador principal. En nuestro contexto, la palabra *empoderamiento* se refiere al grado de decisión y control que un usuario puede ejercer en aquellos acontecimientos que ocurren en su vida. Con relación al usuario, cuando se mejora el empoderamiento sobre su propio proceso en el ámbito de la salud mental, se producen beneficios en el aspecto biológico, psicológico y social, aumento de la autoestima, mayor sentido de conexión con los grupos sociales locales y una implicación significativa en la sociedad<sup>6</sup>. A la vez que se refuerza el empoderamiento del usuario, es necesario trabajar el *insight*, como base facilitadora. Entendemos como *insight* la capacidad de introspección, de autoconocimiento y autoevaluación

Correspondencia: Vicente de la Cruz Varo  
Correo electrónico: vixarazz@hotmail.com



interna que tiene el individuo. Hablamos de *insight* cuando existe: buena capacidad para reconocer la enfermedad, para atribuir los síntomas a esta, para apreciar las consecuencias que a nivel social conlleva y para reconocer la eficacia del tratamiento. La conciencia de trastorno tiene una relación directa con la adhesión al tratamiento y con la motivación con la que querer lograr un cambio, de aquí que sea importante insistir en la psicoeducación sobre el tratamiento, de forma que se debe empezar por reconocer los síntomas en lugar de profundizar más en la enfermedad<sup>7</sup>. Es crucial el apoyo coordinado de la familia y los profesionales de la salud, que deben priorizar sus esfuerzos por favorecer un buen *insight*. Corrigan *et al.*<sup>8</sup> defienden que la recuperación se asocia positivamente a medidas de vida exitosa tales como la autoestima, el empoderamiento y la calidad de vida. En el medio de hospitalización domiciliaria, uno de los grandes problemas detectados es la falta de cumplimiento farmacológico de los pacientes, con la repercusión correspondiente sobre la evolución y el pronóstico de los trastornos atendidos en fases agudas. En la gran mayoría de casos, la carga sobre el control y supervisión del cumplimiento recae sobre los familiares que dan soporte a los pacientes en su domicilio.

Debido a la gran labor desarrollada por el cuidador principal, así como por el propio usuario, se decide protocolizar el uso del pastillero en el domicilio, de manera que puedan asegurar las tomas de forma correcta, se evite la sobrecarga y el exceso de responsabilidad, empoderándoles al mismo tiempo y favoreciendo la recuperación de la persona en el entorno natural que proporciona el ingreso en el domicilio.

Los objetivos del estudio son: a) analizar la capacidad de *insight* mediante una prueba de autoevaluación del estado de salud por parte del usuario y compararla con la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), b) determinar el nivel de cumplimiento del tratamiento en función del sexo y del diagnóstico, y c) analizar los diversos motivos rela-

cionados con el incumplimiento terapéutico observando si existen diferencias en función del diagnóstico, la edad y el sexo.

## METODOLOGÍA

### Sujetos

Los individuos del estudio que nos ocupa son los usuarios que ingresaron en hospitalización domiciliaria del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. La muestra total está formada por 30 pacientes de ambos sexos, ingresados en el dispositivo entre las fechas de diciembre de 2018 y marzo de 2019. Los criterios de inclusión son estar ingresado en el domicilio y tener un cuidador principal encargado de supervisar y gestionar la medicación que ha de tomar el usuario. Excluimos a los pacientes con consumo de tóxicos que interfieran en la clínica, riesgo autolítico y los que realicen alteraciones de conducta graves.

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

### Emplazamiento

El programa de hospitalización a domicilio del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell permite una atención especializada y de calidad en el entorno habitual del usuario, para tratar la sintomatología aguda y recuperar la adecuada funcionalidad.

Esta unidad está en marcha desde noviembre de 2017 y atiende a una población de más de 400000 habitantes en el área del Vallés Occidental (provincia de Barcelona). Está constituida por tres equipos, cada uno formado por psiquiatra y enfermera especialista en salud mental. Se da asistencia presencial de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas, y guardias los sábados y festivos, con visitas diarias. Los usuarios son derivados al dispositivo desde los servicios de:

urgencias, unidad de hospitalización psiquiátrica de adultos (UHPA), centro de salud mental (CSMA), hospital de día, equipo de intervención en crisis (EIC) e interconsulta de psiquiatría. Al alta, se coordina la visita de seguimiento con el CSMA o el centro de atención y seguimiento de las drogodependencias (CASD) de referencia, aunque hay casos en los que la evolución del paciente requiere derivar a otros servicios como el hospital de día de adultos, la planta de hospitalización o urgencias.

## Variables

Las variables que hemos tenido en cuenta han sido: el sexo, la edad, los días de ingreso, el diagnóstico, el dispositivo de ingreso, la autoevaluación al ingreso, la puntuación en relación con el estado global y el área psicosocial (HoNOS al ingreso y al alta), el cumplimiento (test de Morisky-Green), el motivo de incumplimiento y con quién conviven.

## Instrumentos

Al ingreso, se realiza una prueba de autoevaluación del estado de salud para determinar el *insight* mediante una escala que va de 0 a 4 puntos, donde el usuario valora la percepción de su estado. El 0 se corresponde con ausencia de síntomas, y el 4, con síntomas que generan mucho malestar.

Los profesionales realizarán la valoración del estado global y del área psicosocial del usuario mediante la escala HoNOS, traducida y validada al castellano por Uriarte *et al.*<sup>9</sup>. Esta escala desarrollada por la Unidad de Investigación del Royal College en el marco del proyecto Health of the Nation del departamento de salud británico, está constituida por un conjunto de escalas diseñadas para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental.

Para valorar el cumplimiento del tratamiento se administra el test de Morisky-Green<sup>10</sup>, que, mediante una serie de cuatro preguntas de contraste con

respuesta dicotómica «sí/no», refleja la conducta del usuario respecto al cumplimiento. Las preguntas son las siguientes:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta a las cuatro preguntas según la secuencia «no/sí/no/no».

En cuanto al motivo de incumplimiento, planteamos cinco principales: «el olvido», «la aparición de efectos adversos», «la complicación del tratamiento», «el cambio de rutina» y «el tratamiento no es necesario», dando al usuario la opción de elegir entre uno de ellos.

## Recogida de datos

Realizamos una entrevista al inicio del ingreso; el resto de datos los obtenemos mediante la revisión de los informes de derivación al dispositivo, así como la administración de los diversos instrumentos de valoración (escala de autoevaluación, HoNOS y test de Morisky-Green). En cuanto a los diagnósticos principales, para facilitar el análisis, hemos decidido dividirlos en tres grandes grupos: trastornos psicóticos (incluimos en esta categoría diversos trastornos como la psicosis, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo); trastornos afectivos, que incluyen la depresión y el trastorno bipolar; y los trastornos por ansiedad, que recogen los trastornos de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático.

## Proceso de análisis de datos

Los datos se procesan informáticamente mediante el paquete estadístico SPSS, versión 22.0, y son anali-



zados utilizando la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y la moda para las variables cuantitativas y, para las cualitativas, el porcentaje y la frecuencia. Finalmente, se determina el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ).

## RESULTADOS

### Resultados generales

La muestra consta de 30 usuarios. La media de edad es de 47,1 años, con una DE de 15,1 años. En lo referente al sexo, un 63,4 % son hombres ( $n = 19$ ), mientras que un 36,6 % son mujeres ( $n = 11$ ). Por grupos diagnósticos, el 43,3 % ( $n = 13$ ) de los usuarios están diagnosticados de trastorno psicótico; el 50 % ( $n = 15$ ) recoge los trastornos afectivos y el 6,7 % ( $n = 2$ ) restante engloba los trastornos por ansiedad. La procedencia desde la cual ingresan en el dispositivo es la siguiente: un 43,4 % provienen de la UHPA, un 26,6 % son derivados del servicio de urgencias del mismo hospital y, finalmente, un 30 % procede de

consultas de salud mental. La estancia media es de 30,6 días, con una DE de 13,3 días.

En la prueba de autoevaluación, que valoraba de 0 a 4 puntos la percepción del propio usuario de su estado general de salud, la media general es de 2,5; la de los trastornos psicóticos es de 1,7; la de los trastornos afectivos, de 3,1; y, en los de ansiedad, es de 3. En el estudio realizado entre ambas variables (autoevaluación y HoNOS al ingreso), el resultado obtenido en la correlación de Pearson es de  $r = 0,538$ .

La figura 1 muestra la valoración de la HoNOS al ingreso y al alta.

En la tabla 1, observamos los resultados obtenidos en el test de Morisky-Green.

En la tabla 2, se desgranar los resultados obtenidos en el test de Morisky-Green, se indican los resultados de cada una de las preguntas en función del sexo y del diagnóstico.

La tabla 3 muestra los principales motivos de incumplimiento farmacológico tanto en la muestra general como en los diversos grupos diagnósticos utilizados. Siguiendo a estos, se recopilan los resultados en función de la edad (determinada en unas franjas de edad).

Figura 1. Valoración de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) al ingreso y al alta.

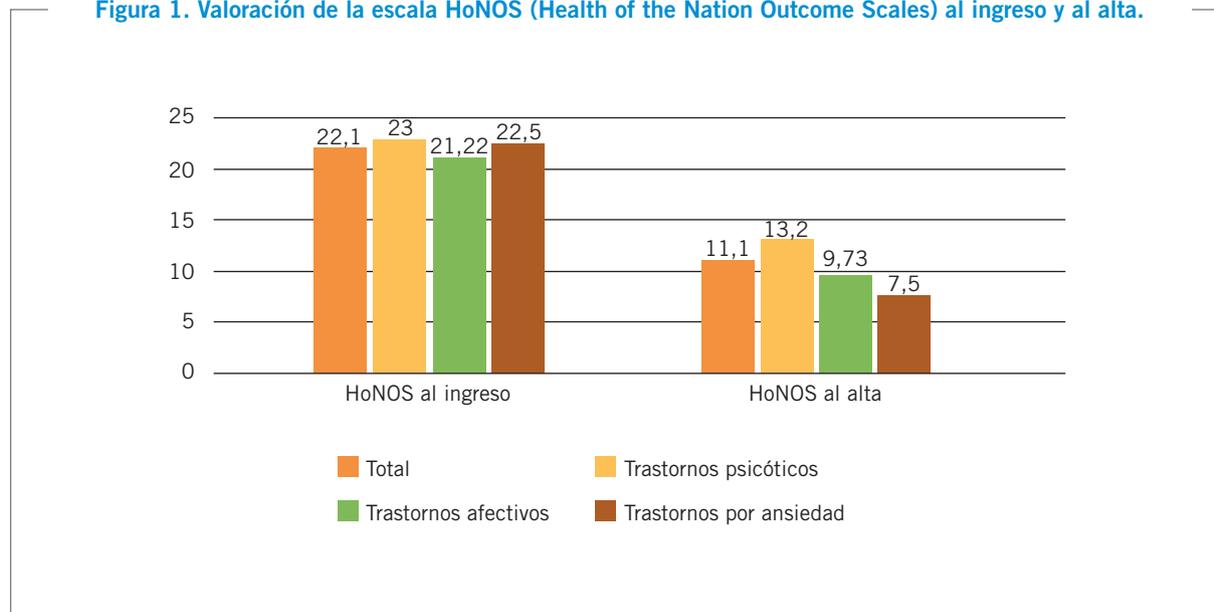


Tabla 1. Cumplimiento según el test de Morisky-Green

General	30 %
Hombres	31,5 %
Mujeres	27,2 %
Trastornos psicóticos	30,7 %
Trastornos afectivos	20 %
Trastornos por ansiedad	100 %
Franja de edad: de 18 a 39 años	11,1 %
Franja de edad: de 40 a 59 años	35,7 %
Franja de edad: >60 años	42,8 %
Viven con los padres	20 %
Viven en pareja	29,4 %

Tabla 2. Resultados del test de Morisky-Green en relación con el sexo y los grupos diagnósticos

Pregunta 1: «¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?»	Sí: 26,6%      NO: 73,4%	
	SÍ	NO
Hombres	31,5 %	68,5 %
Mujeres	18,18 %	81,82 %
Trastornos psicóticos	30,7 %	69,3 %
Trastornos afectivos	26,6 %	73,4 %
Trastornos por ansiedad	0	100 %
Pregunta 2: «¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?»	Sí: 83,3%      NO: 16,6%	
	SÍ	NO
Hombres	78 %	22 %
Mujeres	90,9 %	9,1 %
Trastornos psicóticos	69,2 %	30,8 %
Trastornos afectivos	93,3 %	6,7 %
Trastornos por ansiedad	100 %	0

Continúa



Tabla 2. Resultados del test de Morisky-Green en relación con el sexo y los grupos diagnósticos (cont.)

Pregunta 3: «Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?»	SÍ: 40 %	NO: 60 %
	SÍ	NO
Hombres	52,6 %	47,4 %
Mujeres	18,18 %	81,82 %
Trastornos psicóticos	38,4 %	61,6 %
Trastornos afectivos	46,6 %	53,4 %
Trastornos por ansiedad	0	100 %
Pregunta 4: «Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomarla?»	SÍ: 63,3 %	NO: 36,7 %
	SÍ	NO
Hombres	57,8 %	42,2 %
Mujeres	72,7 %	27,3 %
Trastornos psicóticos	69,2 %	30,8 %
Trastornos afectivos	66,6 %	33,4 %
Trastornos por ansiedad	0	100 %

Tabla 3. Motivo principal de incumplimiento farmacológico en función del trastorno mental y la edad

Motivo principal de incumplimiento farmacológico según el tipo de trastorno mental				
	General	Trastornos psicóticos	Trastornos afectivos	Trastornos por ansiedad
Olvido	36,6 %	23,07 %	53,3 %	0
Efectos adversos	26,6 %	30,7 %	20 %	50 %
Resulta complicado	20 %	23,07 %	20 %	0
Cambio de rutina	10 %	7,69 %	6,66 %	50 %
No es necesario	6,66 %	15,3 %	0	0
Motivo principal de incumplimiento farmacológico en función de las franjas de edad				
	De 19 a 39 años	De 40 a 59 años	De 60 a 81 años	
Olvido	4 (44,4 %)	5 (33,3 %)	2 (33,3 %)	
Efectos adversos	1 (11,1 %)	6 (40 %)	1 (16,6 %)	
Resulta complicado	2 (22,2 %)	1 (6,66 %)	2 (33,3 %)	
Cambio de rutina	0	2 (13,3 %)	1 (16,6 %)	
No es necesario	1 (11,1 %)	1 (6,66 %)	0	

La figura 2 muestra los principales motivos de incumplimiento obtenidos en función del sexo.

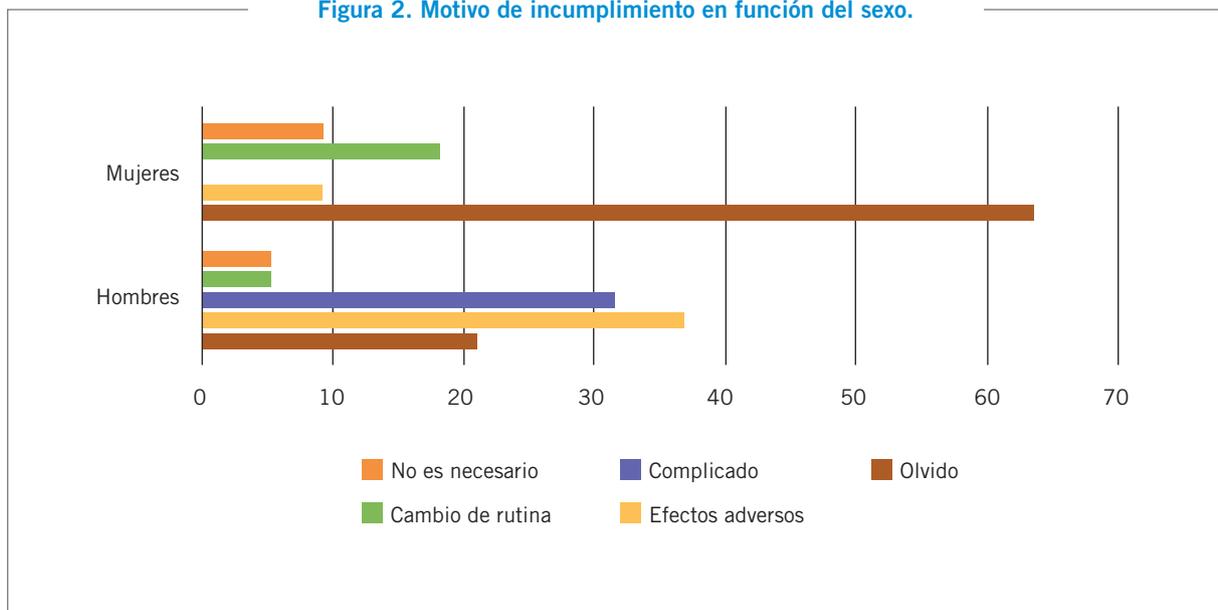
## DISCUSIÓN

Mediante la realización de este trabajo, planteamos la necesidad de utilizar el pastillero con diferentes objetivos: facilitar la preparación y toma de los fármacos, evitar el abandono del tratamiento y el olvido de alguna de las tomas, y empoderar al usuario y a la familia en la gestión, la toma de contacto y el control de la medicación. Es importante el diseño de intervenciones futuras que vayan dirigidas a favorecer la adherencia terapéutica, así como métodos que permitan valorarla y que sean sencillos<sup>11</sup>.

Como primer objetivo, nos marcamos analizar la capacidad de *insight* mediante una autoevaluación realizada por el usuario y compararla con la HoNOS (que valoran los profesionales). La prueba de autoevaluación, a pesar de su sencillez, resultó ser efectiva para tal misión, ya que observamos en el análisis una correlación positiva moderada con la escala HoNOS. El estudio de la correlación de Pearson nos

permitió determinar que, cuando un usuario se asigna una puntuación baja en la prueba de autoevaluación, en la escala HoNOS, también recibe una puntuación baja y viceversa, es decir, el estado de salud percibido por el propio sujeto y el observado por el profesional se asemejan en cuanto a valoración. Como posibles explicaciones a este hecho, creemos que puede ser debido a la psicoeducación realizada en los distintos dispositivos de salud mental, donde se incluyen talleres psicoeducativos dirigidos a reforzar el reconocimiento de síntomas y la conciencia de trastorno. Debido a la recopilación de los datos y como complemento a esta información, observamos una disminución significativa de las puntuaciones en la HoNOS obtenidas al alta (respecto al ingreso), lo que indica que se produce una mejoría importante en todos los síntomas que presenta el usuario, no solo en los más evidentes, sino incluso en aquellos relacionados con la interacción social, la recuperación de las actividades de la vida diaria, las actividades lúdicas, etc., como resultado del trabajo realizado a nivel biopsicosocial. Diversos estudios de 2017<sup>12</sup> tienen en cuenta la integración comunitaria de la

**Figura 2. Motivo de incumplimiento en función del sexo.**





persona, así como el funcionamiento psicosocial, extrayendo como conclusión que los pacientes con adherencia al tratamiento presentan mayores porcentajes de remisión sintomática y psicosocial que aquellos sin adherencia.

En cuanto al segundo objetivo planteado, resulta complicado cuantificar de forma adecuada el cumplimiento del tratamiento. Analizando los datos, los pacientes suelen informar de un mayor cumplimiento que el percibido por los profesionales, de forma que existe una tendencia por parte de los usuarios a minimizar el incumplimiento, datos también recogidos en distintos trabajos<sup>13</sup>. Según el test de Morisky-Green, únicamente un 30 % de los incluidos en el estudio pueden ser considerados cumplidores del tratamiento. Mediante los datos obtenidos, podemos realizar un retrato robot del usuario cumplidor: diagnóstico de trastorno de ansiedad, franja de edad superior a los 60 años y que vive con la pareja. Consultados varios estudios, las tasas de incumplimiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia oscilan entre el 50 y el 90 %<sup>14</sup>, o el 64 % en usuarios diagnosticados de trastorno bipolar<sup>15</sup>. En las cifras obtenidas por los usuarios participantes en el presente estudio, al contrario que en los estudios citados anteriormente, observamos un mayor índice de cumplimiento entre los usuarios diagnosticados de trastorno psicótico; este hecho puede ser debido a la introducción de los tratamientos inyectables de liberación prolongada, que ayudan a simplificar las pautas de tratamiento y favorecen el seguimiento terapéutico. Dichos resultados son importantes debido a que en el trastorno bipolar el abandono del tratamiento es la causa más común de recaída, lo que implica un aumento del riesgo de conducta suicida<sup>16</sup>. Observamos que una mayor tasa de individuos pertenecientes a la franja de edad de 60 años o más realizan el cumplimiento de forma correcta, respecto a la franja de edad más joven de sujetos, de 18 a 25 años<sup>17</sup>. Normalmente, la franja más joven se corresponde con el inicio o debut del trastorno, siendo muy importante trabajar la conciencia y la adherencia far-

macológica, ya que durante el primer episodio existe una tasa de abandono del tratamiento alta<sup>18</sup>.

Para diseñar intervenciones efectivas dirigidas a mejorar el cumplimiento del tratamiento, debemos identificar cuáles son los principales motivos que llevan al usuario al incumplimiento<sup>19</sup>. Realizado el análisis de los resultados, el motivo más frecuente de no cumplimiento del tratamiento es «el olvido», seguido de «la aparición de efectos adversos» y «la dificultad para preparar y tomar el tratamiento». Sumando los que «olvidan» tomarlo con aquellos a los que «les resulta complicada tanto la preparación como la toma», obtenemos que más de la mitad de la muestra han optado por una de las dos opciones; en estos casos, consideramos que la dificultad podría resolverse mediante la introducción del pastillero semanal, ya que tanto la complejidad del tratamiento como la administración de varios fármacos influyen de forma negativa en su cumplimiento<sup>20</sup>. La potenciación de las actitudes positivas hacia el tratamiento y el establecimiento de acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos son las estrategias preferidas por el personal de enfermería para reducir las recaídas por falta de adherencia<sup>21</sup>. En el caso de los que «les resulta complicado prepararlo», evaluamos quién de los cuidadores principales tiene más facilidad en cuanto a la preparación del tratamiento y es al que le encargamos la supervisión de este. Conforme va avanzando la edad, la tasa de olvido va disminuyendo; a menor edad, más porcentaje de olvido. Este dato es positivo desde la parte que nos afecta, ya que quiere decir que, a nivel de educación sanitaria a lo largo del tiempo, se está trabajando correctamente, el paciente le da la importancia que merece al tratamiento y a su estado de salud, e incluye dentro de sus hábitos de vida la toma farmacológica.

Observamos, a partir de la muestra, diferencias en cuanto al motivo de incumplimiento relacionado con el sexo: los hombres atribuyen principalmente el abandono a la aparición de los efectos adversos, mientras que las mujeres lo relacionan con el olvido.

Respecto a los efectos adversos, es importante la educación sanitaria y la detección de los síntomas, de modo que se puedan comunicar al equipo rápidamente. En cuanto al olvido, el pastillero semanal es una herramienta de fácil acceso, de bajo coste y de gran ayuda, que organiza las tomas diarias y permite visualizar de forma clara si se ha tomado la medicación o no.

Hemos planteado este estudio como una prueba piloto para valorar la dificultad en la recopilación y el procesamiento de la información y para observar qué otras variables sería interesante contemplar en trabajos futuros, como los años de evolución del trastorno o si se ha realizado psicoeducación con cada uno de los sujetos. Una de las limitaciones principales que presenta esta investigación es que se trata de un estudio observacional y que el tamaño de la muestra es pequeño, por lo que no podemos extraer unas conclusiones definitivas; la replicación de los datos en otras poblaciones y la ampliación de la muestra nos permitiría mejorar el conocimiento de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica de nuestros usuarios. En cuanto al test de Morisky-Green, presenta ciertas dificultades en el ámbito de la salud mental, entre otras cosas, porque no fue creado para este tipo de enfermedades, donde la no conciencia de trastorno es uno de los problemas principales con los que nos enfrentamos; el otro problema que plantea es que no puede medir el grado de sinceridad.

## CONCLUSIONES

Es preciso el diseño de intervenciones futuras que vayan dirigidas a favorecer la adherencia terapéutica, así como métodos de valoración del cumplimiento terapéutico que tengan en cuenta la sinceridad en las respuestas.

Según los datos obtenidos, podemos extraer como conclusiones que el cumplimiento en la muestra es bajo, aunque los sujetos suelen informar de un mayor cumplimiento terapéutico que el percibido por los

profesionales, de forma que existe una tendencia por parte de los usuarios a minimizar el incumplimiento.

Desde el ámbito sanitario, trabajamos la conciencia de trastorno, pero los usuarios precisan reforzar la educación sobre el cumplimiento y la adherencia al tratamiento.

Los resultados obtenidos apoyan la utilización del pastillero como una de las formas más sencillas sobre las que podemos incidir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alba Palé L, León Caballero J, Córcoles Martínez D, González Fresnedo AM, Bellsolà Gonzalez M, Martín López LM, et al. Psychiatric Home Hospitalization Unit of the Hospital del Mar. A crisis resolution and home treatment team in Barcelona. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019;12(4):207-12.
2. Megías del Rosal F, Aguilar García-Iturraspe EJ, Francisca Silvestre P. Hospitalización domiciliaria. *Salud Mental.* Valencia: Generalitat Valenciana; 2004.
3. Yu W, Chen J, Hu J, Hu JC. Relationship between mental health and burden among primary caregivers of outpatients with schizophrenia. *Fam Process.* 2019;58(2):370-83.
4. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019. Disponible en: [https://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/pla\\_integral\\_trastorn\\_mental\\_addiccions/docs/estrategia\\_2017\\_2019.pdf](https://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/estrategia_2017_2019.pdf)
5. Rezende Souza AL, Alves Guimarães R, de Araújo Vilela D, Machado de Assis R, Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira L, Rezende Souza M, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):353.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Copenhague: OMS; 2010. (p. 19). (2010). Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)
7. Lang A, Berghofer G, Kager A, Steiner E, Schmitz M, Schmidl F, et al. Los predictores de "insight" con respecto a la enfermedad mental entre los pacientes psicóticos y no psicóticos. *Eur J Psychiat (Edición en español).* 2003;17(4):199-209.
8. Corrigan PW, Gifford D, Rashid F, Leary M, Okeke, I. Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J.* 1999;35(3):231-9.



9. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). Disponible en: <http://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=HoNOS.pdf>
10. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Faus Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. 2009;11(4):183-91.
11. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Rev Iberoam Psicol Salud*. 2016;7(1):25-30.
12. Bernardo M, Cañas F, Herrera B, García Dorado M. Adherence predicts symptomatic and psychosocial remission in schizophrenia: naturalistic study of patient integration in the community. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(3):149-59.
13. De las Cuevas C, Peñate W, Sanz EJ. Psychiatric outpatients' self-reported adherence versus psychiatrists' impressions on adherence in affective disorders. *Hum Psychopharmacol*. 2013;28(2):142-50.
14. Pérez Escudero A, Gil Molina S, Pina Camacho L, García-Cabeza I. Psicofarmacología de la psicosis: elección del fármaco, adherencia al tratamiento y nuevos horizontes. *Clin Salud*. 2010;21(3):271-83.
15. Colom F, Torrent C, Vieta E. Aspectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. *Interpsiquis*. 2002. Disponible en: [https://psiquiatria.com/trastorno\\_bipolar/aspectos-clave-en-el-cumplimiento-del-tratamiento-farmacologico/](https://psiquiatria.com/trastorno_bipolar/aspectos-clave-en-el-cumplimiento-del-tratamiento-farmacologico/)
16. López-Castroman J, Baca-García E, Oquendo MA. Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas? *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2009;2(1):42-8.
17. Hernández Fleta JL, Acosta Artilles FJ, Pereira Miragaia J. Adherencia terapéutica. Generalidades. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2009;9(1):13-28.
18. Sirvent Ruiz C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte Salud Ment*. 2009;(33):51-8.
19. Roca Bennasar M, Cañas F, Olivares JM, Giner J, Rodríguez Paramás A. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: consenso clínico español. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(Supl 1):1-6.
20. III Foro diálogos Pfizer-pacientes. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Madrid: Pfizer; 2009. Disponible en: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes/2009/FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf)
21. Giner J, García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(Supl. 1):1-45.