

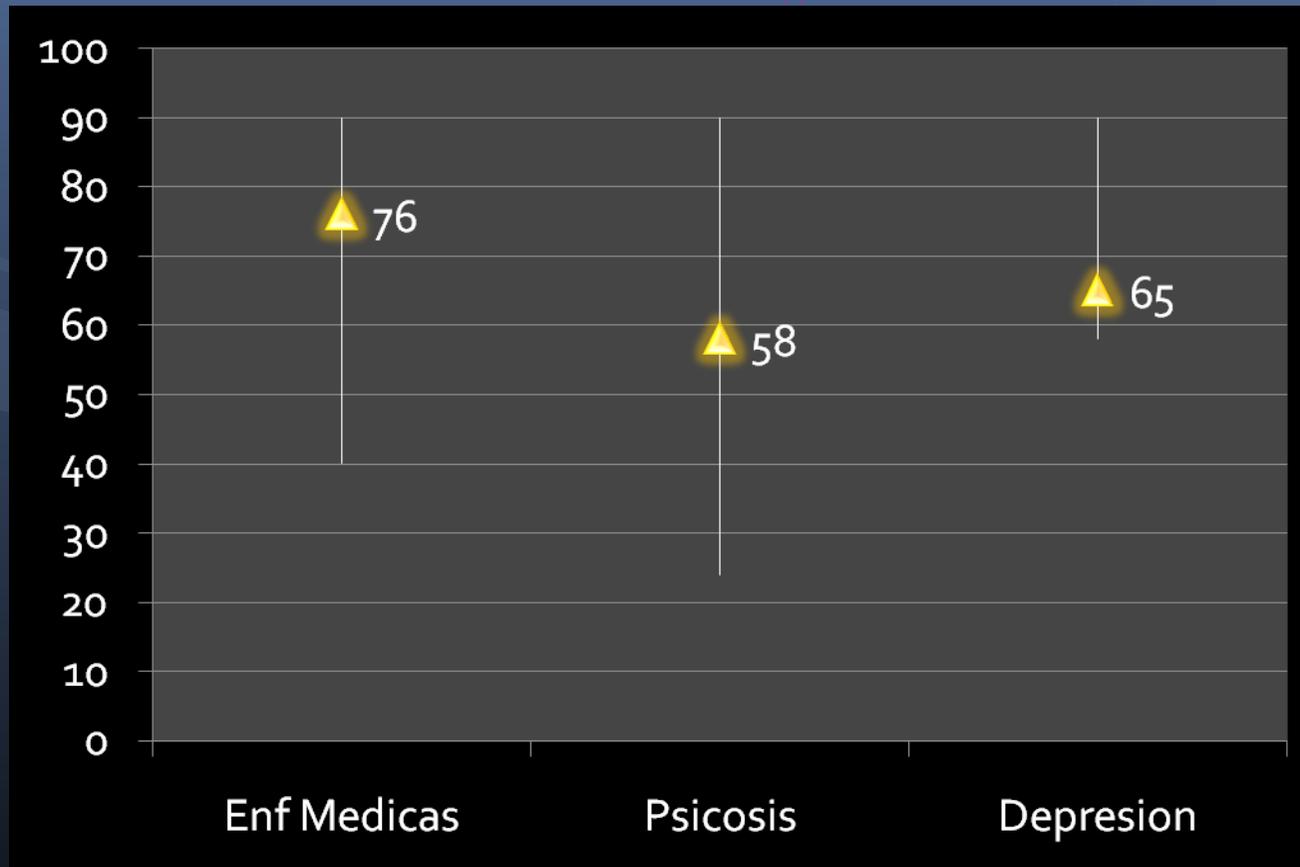
**¿CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA A LOS  
TRATAMIENTOS?**

**“COMPLIANCE THERAPY”**

**Fermin Mayoral**

**Pedro Angona**

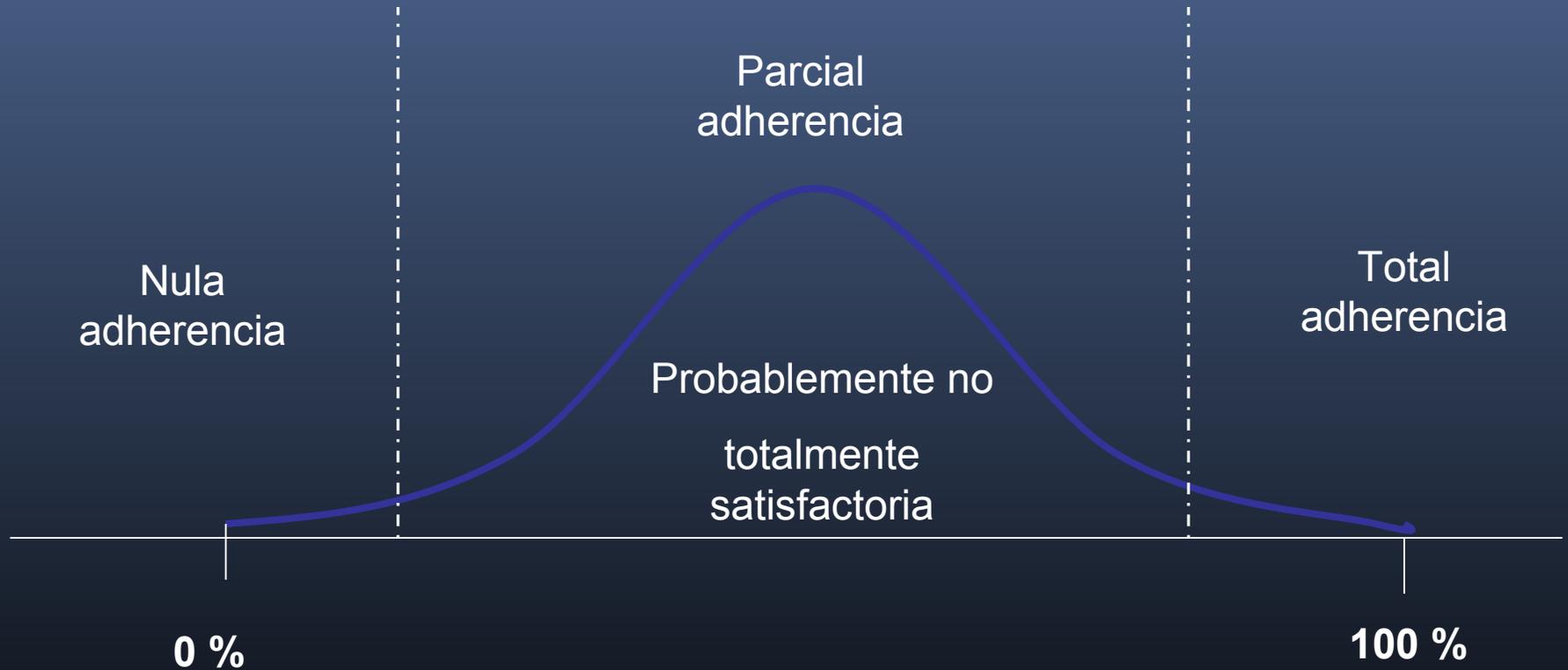
# Adherencia a la medicación



EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO

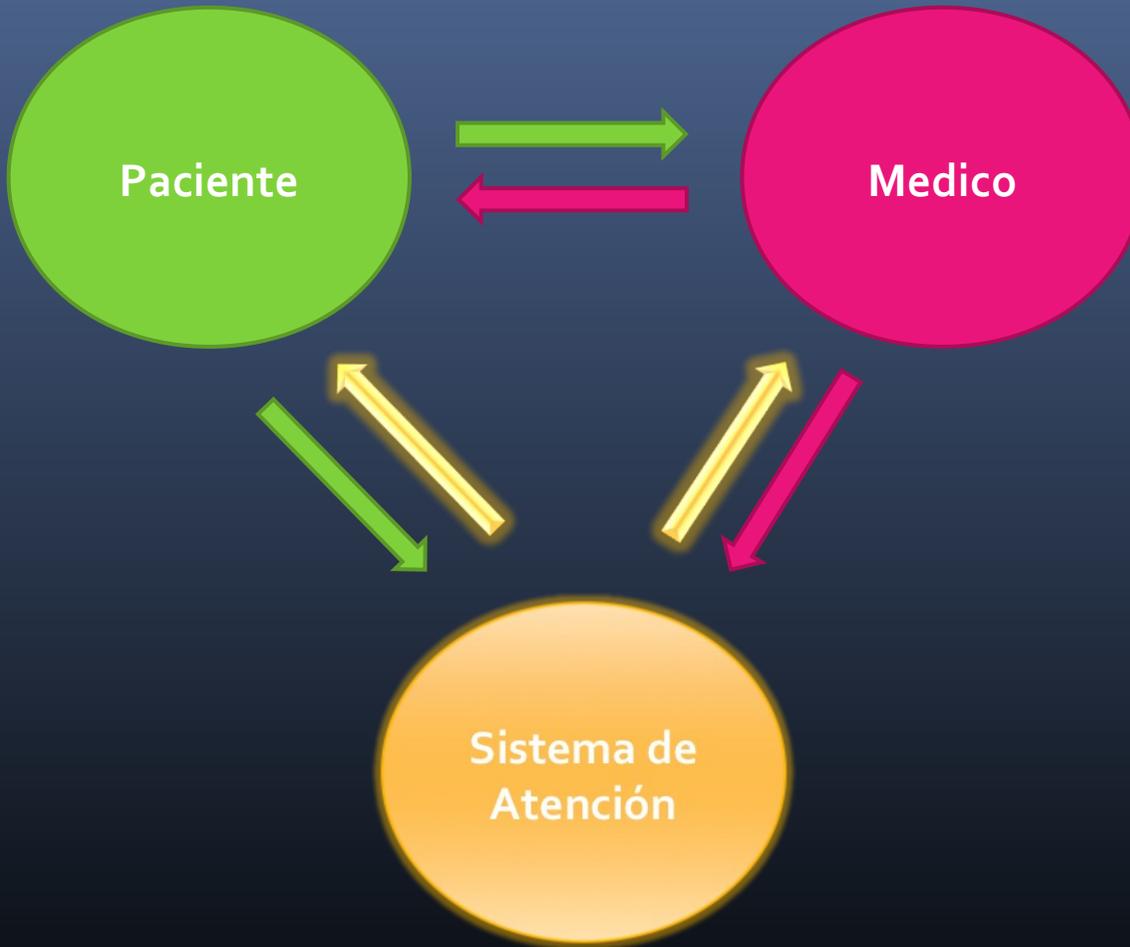
NO ES LA EXCEPCIÓN SINO LA NORMA

# Espectro de adherencia



Atribuciones erroneas  
Falta de insight  
Desconocimiento de los efectos del tto  
Experiencias negativas  
Estigma

Doctor's no compliance  
No sensibilidad a efectos 2º  
Regimen terapeutico



# Medidas de la adherencia

- Metodos directos
  - Observación
  - Niveles plasmáticos
  - Medida de metabolitos o marcadores
- Metodos indirectos
  - Recuento de pastillas o blisters (ECAs)
  - Recuento de recetas
  - Cuestionarios o entrevistas
  - Diarios
  - Respuesta o signos físicos
  - Registros electrónicos

# Intervenciones para mejorar la adherencia



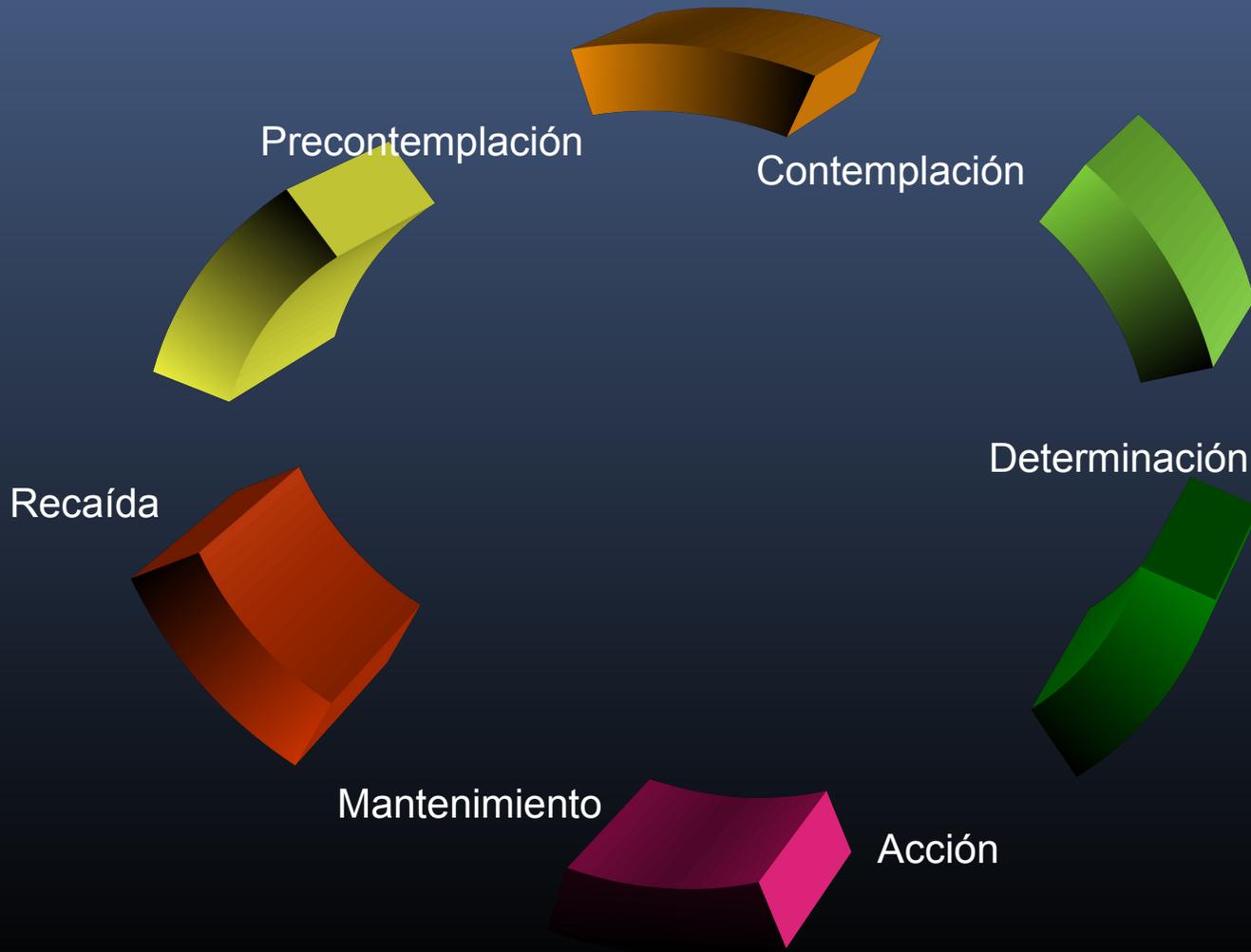
# RESUMEN DE ESTUDIOS DE REVISION SOBRE INTERVENCIONES PARA MEJORAR ADHERENCIA EN ESQUIZOFRENIA

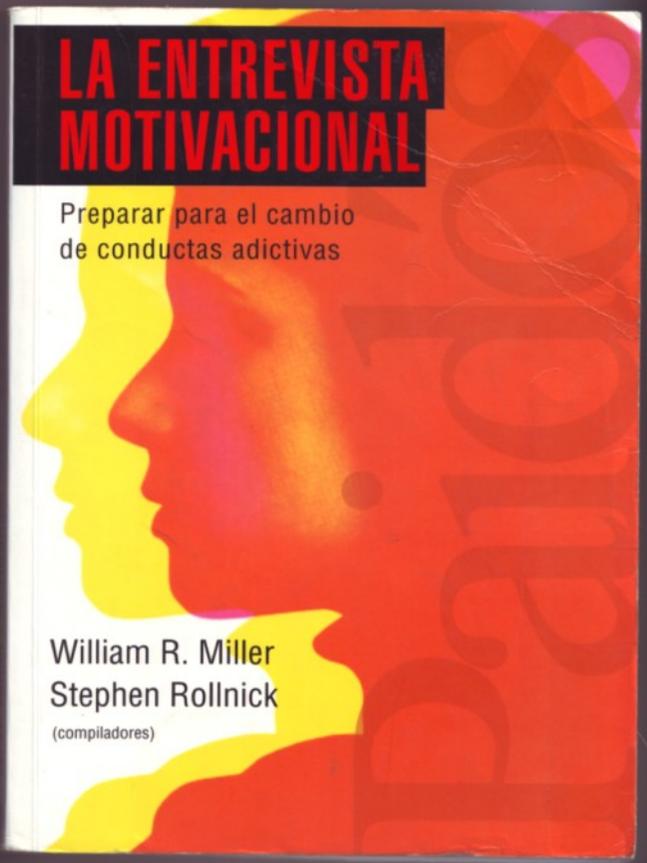
Autor	Nº estudios	Efectividad Intervenciones	Conclusiones
Zygmunt A y cols (AJP,2002)	39	6(26%) efectividad	Orientacion cog-conductual Especificidad
Dolder y col (J Clin Psychopharmacol,2003)	23	Moderada 15/23	Educación solo poco efectivas Combinación mas efectiva (cond+ed) Alianza terapeutica
Nosé M y col (BJP,2003)	24 (ECAs)	Favorable OR=2.59	SCP favorecen interv adherencia
Haynes RB (Cochrane Systematic Review ,2007)	69 (ECAs)	4/10 corto plazo 36/81 largo plazo	Corto plazo no consistentes Largo plazo no efectivos Aplicación nuevas tecnologias
Reda S, (Cochrane Systematic Review ,2001)	3	Debil	Son necesarios mas estudios

# ESTRATEGIAS PARA MEJORAR ADHERENCIA

- EXPLORAR DE FORMA RUTINARIA
- IDENTIFICAR FACTORES INFLUYENTES
- ENFATIZAR EL VALOR DEL TRATAMIENTO Y SUS EFECTOS
- ESCUCHAR LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y NEGOCIAR EL PLAN DE TRATAMIENTO
- SIMPLIFICAR EL REGIMEN TERAPEUTICO
- UTILIZAR RECORDATORIOS Y REFUERZOS
- CONSIDERAR OTRAS VIAS DE ADMINSTRACION ANTE LA FALTA DE ADHRENCIA
  - DEPOT, DISPERSABLES, RETARD, ETC

# Ciclo del Cambio (Di Clemente, Prochaska)

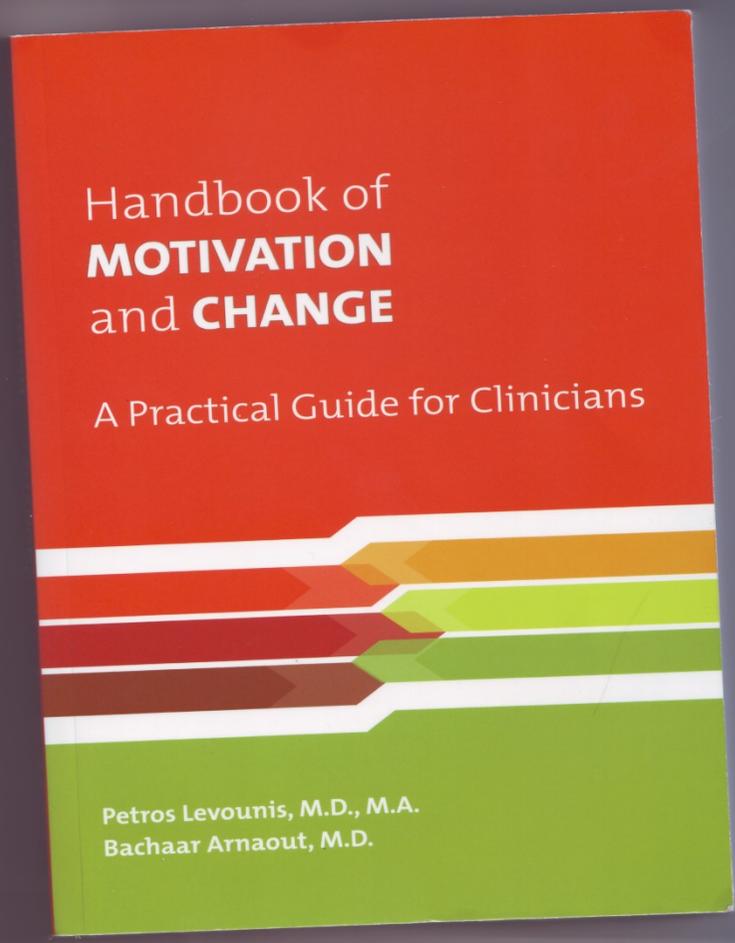




# LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Preparar para el cambio  
de conductas adictivas

William R. Miller  
Stephen Rollnick  
(compiladores)



# Handbook of **MOTIVATION** and **CHANGE**

A Practical Guide for Clinicians

Petros Levounis, M.D., M.A.  
Bachaar Arnaout, M.D.

# Estrategias de cambio

“Generalmente las personas se convencen más por **las razones que descubren ellas mismas**, que no por las que les explican los demás”

Blaise Pascal  
(1623-1663)



# PRINCIPIOS DE LA TERAPIA MOTIVACIONAL

- La motivación es un proceso, no un estado único o un punto decisivo
- La ambivalencia es normal
- No es crítica ni intenta dirigir
- Desarrollada originalmente para adicción a drogas y alcohol

# TERAPIA DE “COMPLIANCE”

(Kemp R, y cols, 1996)

- Terapia breve individual, cuyo objetivo fundamental es la mejora de la adherencia al tratamiento.
- Incluye de 4 a 6 sesiones de 20 a 60 minutos y se desarrolla generalmente durante el período de ingreso (puede realizarse también a nivel ambulatorio), con una frecuencia aproximada de 2 sesiones a la semana.

# TERAPIA DE “COMPLIANCE” UN ENFOQUE INTEGRADOR

- Terapia motivacional
- Elementos modelo cognitivo-conductual
- Counselling
- Psicoeducación

# PRINCIPIOS DE LA TERAPIA MOTIVACIONAL (Miller y Rollnick, 1991)

- Escucha reflexiva, expresando empatía y mostrando aceptación positiva del estado actual del paciente
- Elicitación de la discrepancia entre la conducta actual y los objetivos del paciente
- Aceptación, no confrontación
- Manejo la conducta resistente del paciente ayudándole a generar nuevas alternativas que se ajusten mejor a sus necesidades
- Apoyar las muestras de autoeficacia del paciente, reforzando diferencialmente los cambios que se aproximan a su objetivo

# TERAPIA DE “COMPLIANCE”

(Kemp R, y cols, 1996)

## ■ **Jerarquía de Objetivos**

- Resumen o síntesis de la enfermedad y el tratamiento
- Aceptación de la idea de enfermedad psiquiátrica tanto propia como ajena
- Aceptación de la necesidad de tratamiento
- Importancia de la regularidad del tratamiento
- Aceptación del mantenimiento de la medicación, incluso estando bien.

# TERAPIA DE “COMPLIANCE”

(Kemp R, y cols, 1996)

## ■ TRES FASES

- Aclaración sobre el concepto de enfermedad y opiniones sobre el tratamiento
- Exploración de sentimientos y pensamientos sobre el tratamiento, manejando la ambivalencia
- Confirmar la necesidad de continuidad del tratamiento.

# FASE I – ACLARAR LOS PUNTOS DE VISTA DEL PACIENTE

- **Objetivo:** establecer una relación empática con el paciente y establecer una relación entre el abandono del tratamiento y la recaída :
- Analizar detalles de la historia de la enfermedad y de la actual y pasadas recaídas
- Revisar la historia de los tratamientos recibidos
- Describir los síntomas psiquiátricos (perspectiva normalizadora)
- Reconocer malas experiencias terapéuticas

## FASE II - EXPLORACIÓN DE LA AMBIVALENCIA

- Considerar las ventajas y las desventajas del tratamiento
- Centrarse en los síntomas sobre los que actúa
- Identificar beneficios indirectos de la medicación
- Identificar las consecuencias negativas de no tomar la medicación con regularidad
- Explorar síntomas psicóticos que limitan la adhesión
- Empleo de metáforas

# FASE III – HACIA EL MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO

- **Razonamientos normalizadores** para afrontar el estigma
- Analogías con enfermedades físicas
- Prevención a largo plazo
- Mejorar el reconocimiento de los signos iniciales de recaída
- Proporcionar información sobre las consecuencias de abandonar la medicación
- Mantener canales de comunicación abiertos

# PRINCIPIOS CLAVE

- Énfasis en la decisión personal y la responsabilidad
- No culpar
- Centrarse en conocer las preocupaciones del paciente
- Expresar empatía
- Apoyar la autoeficacia

Muchas gracias

# Referencias

- Kemp R, David A. Insight and compliance. In Treatment Compliance and the treatment Alliance in serious mental illness. B Blackwell The Netherlands: Harwood Academic Publishers. 1997
- Kemp R, Hayward P, Applewhite G et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. BMJ 1996,312:345-349
- Kemp R, David A. Compliance Therapy Manual. Macdesfield: Gardiner-Caldwell. 1997
- Kemp R, Krov G, Everitt B et al. Randomised controlled trial of compliance therapy 18 month follow-up. British Journal of Psychiatry; 1998, 172:413-419
- Rollnick S, Kinnersley P, Stott N. Methods of helping patients with behavior change. BMJ,1993: 307:188-190
- Haynes RB, Montague P, Oliver T. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medication. Cochrane Review. In Cochrane Library. Issue 4 . Oxford Update Software. 2000

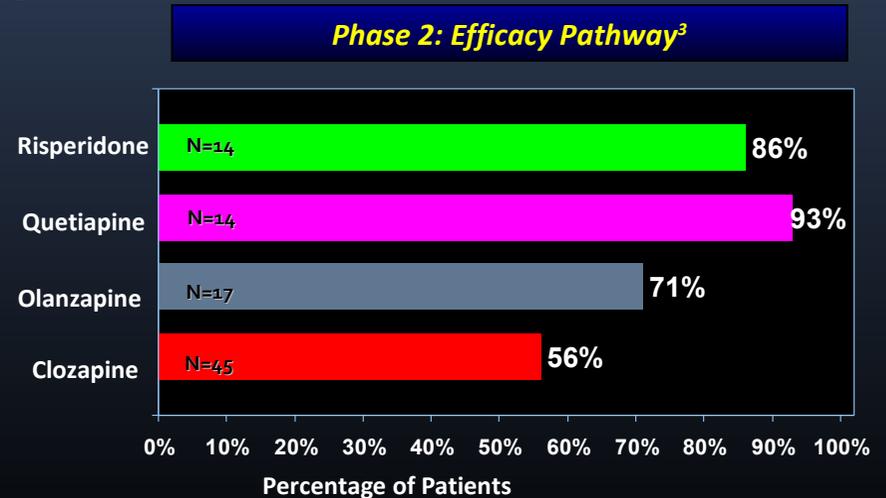
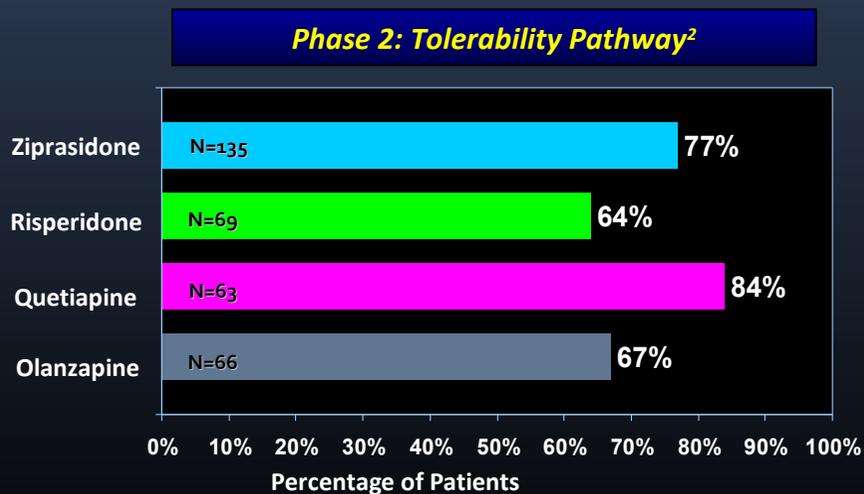
# Tratamiento Psicosocial y Adherencia al tratamiento



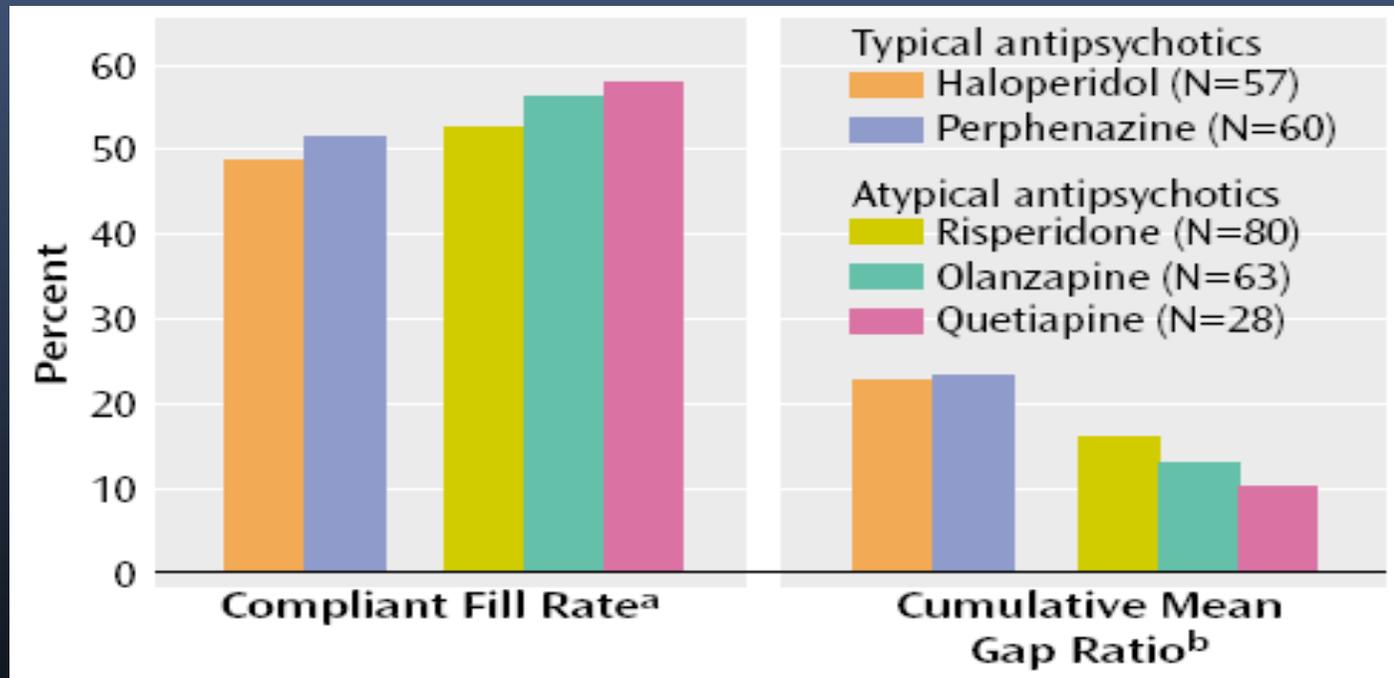
# Discontinuación del tratamiento en el CATIE



1.Lieberman JA et al. *N Engl J Med* 2005;353:1209-1223.  
 2.Stroup TS et al. *Am J Psychiatry* 2006;163:611-622.  
 3.McEvoy JP et al. *Am J Psychiatry* 2006;163:600-610.



# Diferencias en adherencia entre típicos y atípicos



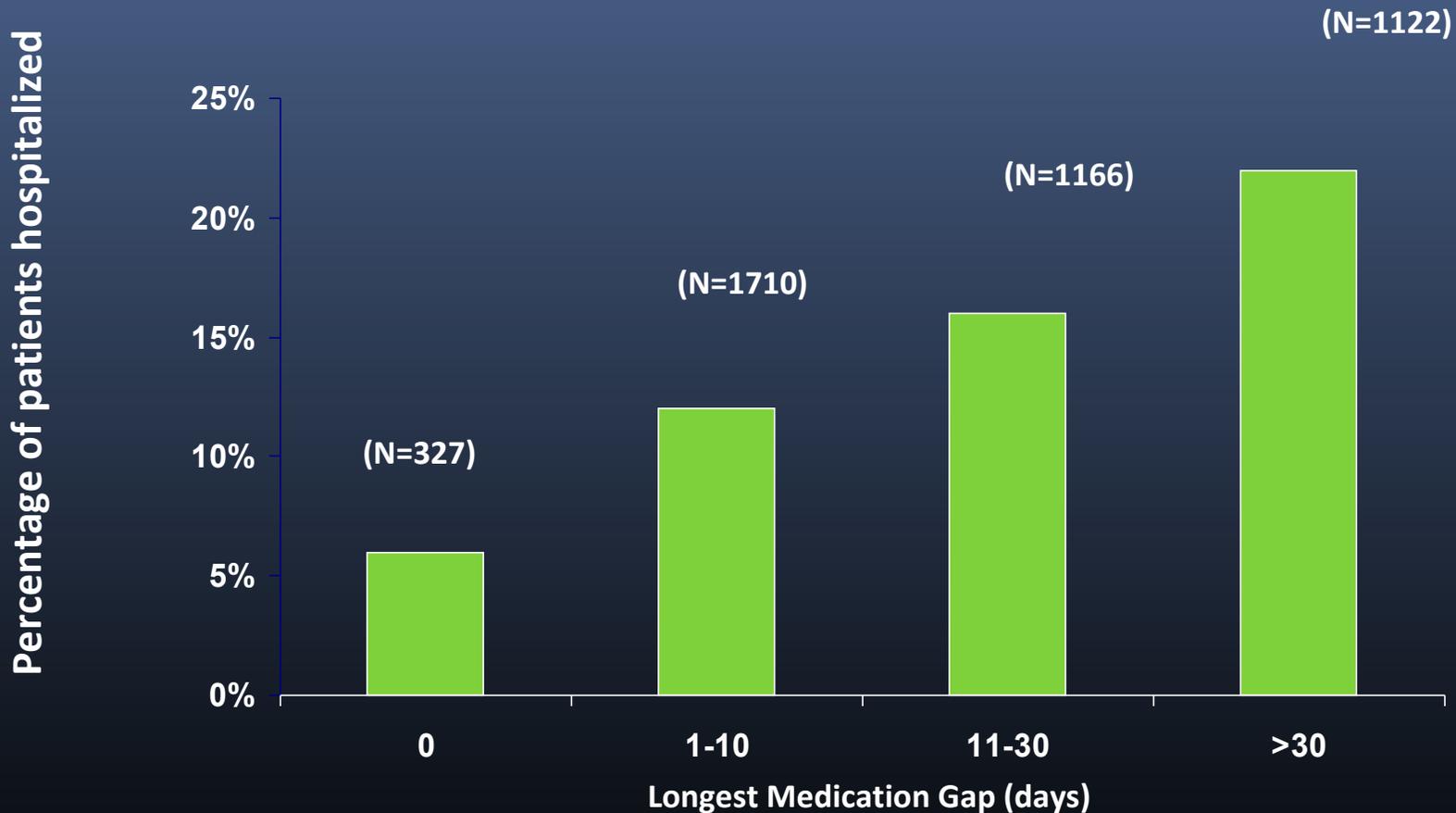
*Dolder et al. Am J Psychiatry 159:1, January 2002*

# Dejar la medicación es el principal predictor de recaída

Análisis de supervivencia: riesgo de 1ª o 2ª recaída al dejar el tto es ~5 veces mayor que cuando se toma



# Cumplimiento parcial y riesgo de hospitalización



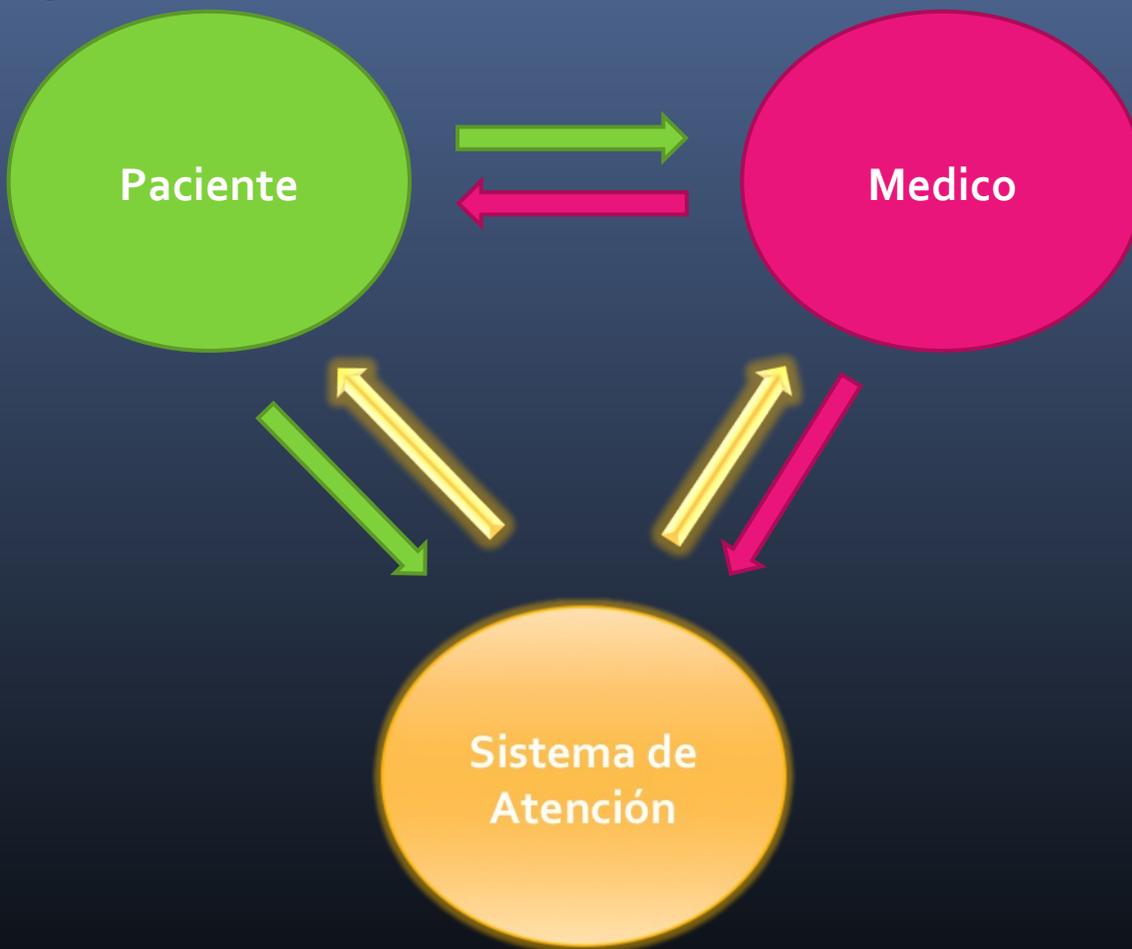
# Asociación entre el régimen de dosis y la adherencia



Claxton et al. Clin Ther 2001;23:1296-310.

Atribuciones erroneas  
Falta de insight  
Desconocimiento de las ventajas del tto  
Experiencias negativas  
Estigma

Doctor's no compliance  
Regimen terapeutico  
Actitud del medico



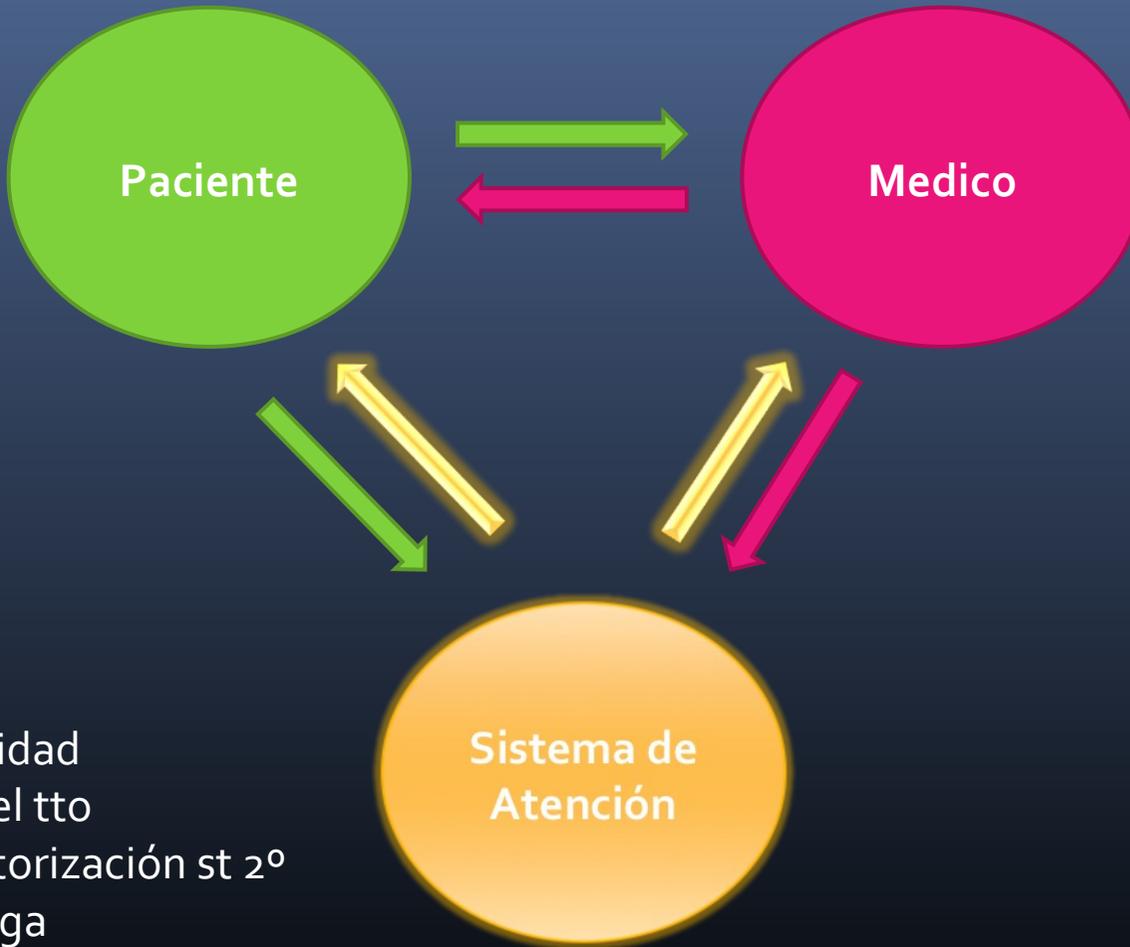
## Actitud profesional negativa - Estilos de comunicación crítico

- “este paciente está resistiéndose” (desafío a la autoridad del clínico)
- “este paciente no quiere mejorar” (culpar)
- “Qué puedo hacer yo?. El paciente no está cooperando con el plan de tratamiento (distanciamiento)

No asunción de la parte de responsabilidad sobre la falta de adherencia al tratamiento.

Atribuciones erroneas  
Falta de insight  
Desconocimiento de las ventajas del tto  
Experiencias negativas  
Estigma

Doctor's no compliance  
Regimen terapeutico  
Actitud del medico  
Falta sensibilidad a Ef Adv



Accesibilidad  
Costes del tto  
No monitorización st 2º  
Sobrecarga  
Dificultades para evaluar

# Cuando todo falla...

## BMC Psychiatry



Study protocol

Open Access

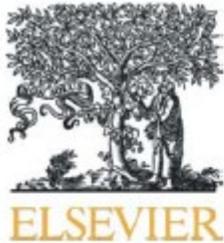
### Financial incentives to improve adherence to anti-psychotic maintenance medication in non-adherent patients - a cluster randomised controlled trial (FIAT)

Stefan Priebe<sup>\*1</sup>, Alexandra Burton<sup>1</sup>, Deborah Ashby<sup>2</sup>, Richard Ashcroft<sup>3</sup>, Tom Burns<sup>4</sup>, Anthony David<sup>5</sup>, Sandra Eldridge<sup>6</sup>, Mike Finn<sup>7</sup>, Martin Knapp<sup>8</sup> and Rose McCabe<sup>1</sup>

Address: <sup>1</sup>Unit for Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Newham Centre for Mental Health, London, E13 8SP, UK, <sup>2</sup>Division of Epidemiology, Public Health and Primary Care, Department of Epidemiology and Public Health, Imperial College London, Norfolk Place, St Mary's Campus, London, W2 1PG, UK, <sup>3</sup>School of Law, Queen Mary University of London, Mile End, London, E1 4NS, UK, <sup>4</sup>Department of Psychiatry, University of Oxford, University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Headington, Oxford, OX3 7JX, UK, <sup>5</sup>Section of Cognitive Neuropsychiatry, Institute of Psychiatry, King's College London, Denmark Hill, London, SE5 8AF, UK, <sup>6</sup>Centre for Health Services, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, Abernethy Building, 2 Newark Street, London, E1 2AT, UK, <sup>7</sup>South West London & St George's Mental Health NHS Trust, Springfield University Hospital, 61 Glenburnie Road London, SW17 7DJ, UK and <sup>8</sup>Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London, WC2A 2AE, UK

Email: Stefan Priebe<sup>\*</sup> - [s.priebe@qmul.ac.uk](mailto:s.priebe@qmul.ac.uk); Alexandra Burton - [a.burton@qmul.ac.uk](mailto:a.burton@qmul.ac.uk); Deborah Ashby - [deborah.ashby@imperial.ac.uk](mailto:deborah.ashby@imperial.ac.uk); Richard Ashcroft - [r.ashcroft@qmul.ac.uk](mailto:r.ashcroft@qmul.ac.uk); Tom Burns - [tom.burns@psych.ox.ac.uk](mailto:tom.burns@psych.ox.ac.uk); Anthony David - [a.david@iop.kcl.ac.uk](mailto:a.david@iop.kcl.ac.uk)

# TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES



Contents lists available at ScienceDirect

## Schizophrenia Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/schres](http://www.elsevier.com/locate/schres)



## Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder

K. Villeneuve<sup>a,\*</sup>, S. Potvin<sup>b</sup>, A. Lesage<sup>b</sup>, L. Nicole<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Biomedical Sciences, Fernand-Seguin Research Centre, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Unit 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec, Canada H1N 3M5

<sup>b</sup> Fernand-Seguin Research Centre, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Unit 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec, Canada

<sup>c</sup> Psychotic Disorders Program, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec, Canada

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 13 December 2009

Accepted 8 April 2010

### ABSTRACT

Non-compliance with pharmacotherapy among persons suffering from schizophrenia disorders stands at an average rate of 42% and is the subject of numerous studies. However, no studies to date have addressed the specific question of non-compliance with psychosocial treatment. The present

74 estudios : 13% tasa de abandono

# DOS FILOSOFÍAS



## DOCERE

(verter motivación en un vaso )

### Enfoque directivo

- Búsqueda de diagnóstico
- Énfasis en la aceptación del diagnóstico
- Da consejos de experto
- Impone soluciones
- Repite consejos favoreciendo la resistencia
- Actúa con autoridad
- Buscar rapidez

## DUCARE

(sacar motivación de un pozo)

### Enfoque motivacional

- Identificación de problemas
- Diagnóstico innecesario para el cambio
- Estimula la motivación
- Colabora con el paciente en la búsqueda de soluciones
- Acepta la ambivalencia y resume los puntos de vista del paciente
- Respeto las opiniones y decisiones del paciente
- Es gradual y progresivo

# Hay que distinguir...

## CUMPLIMIENTO

El paciente sigue pasivamente las órdenes del médico

## ADHERENCIA

Proceso activo de cambio

Aceptación y normalización

Responsabilización y autoeficacia

PSICOEDUCACION  
Individual  
Grupal

TECNICAS COGNITIVO  
CONDUCTUALES

Descubrimiento guiado  
Razonamiento normalizador  
Recordatorios  
Automonitorización

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

COMPLIANCE THERAPY

# Estilo de comunicación

- Médicos -estilos de consulta dominantes y enfoques biomédicos-
- Los médicos no suelen atender al paciente como persona y no acostumbran a involucrarlos en la toma de decisiones
- La comunicación empeora con determinados tipos de pacientes (bajo nivel socioeconómico, somatizadores, inmigrantes, ancianos, pacientes con adicciones, adolescentes, SIDA).

# Actitudes ante la no adherencia

- Minimizar o ignorar las quejas del paciente sobre los efectos secundarios.
- Sermonear sobre la importancia de tomar la medicación
- Estilo confrontativo
- Damos por finalizado el tratamiento, "tiramos la toalla"

# Consecuencias

- La No-adherencia es la norma
- Pacientes con mal cumplimiento causan desmoralización y frustración en los clínicos
- Sentimientos generados en el terepeuta
  - Desafío
  - Culpabilización
  - Distanciamiento



# Falta de Adherencia: Consideraciones generales

- Es un fenómeno generalizado en medicina
  - Afecta mas a los procesos crónicos
  - Constituye un predictor de resultado
- 

# MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE

- Fomenta una relación de **cooperación**
- Facilita a los pacientes expresar sus **propias preocupaciones**
- Persigue que verbalicen **deseos de cambio**
- Favorece la expresión de **creencias y expectativas** sobre su enfermedad
- Facilita la **expresión emocional**
- Proporciona **información**
- Implica a los pacientes en la confección de un **plan de abordaje**

# Factores que influyen en el abandono del tratamiento

- Relacionados con el paciente.
- Relacionados con el tratamiento.
- Relacionados con el médico.
- Relacionados con el ambiente.

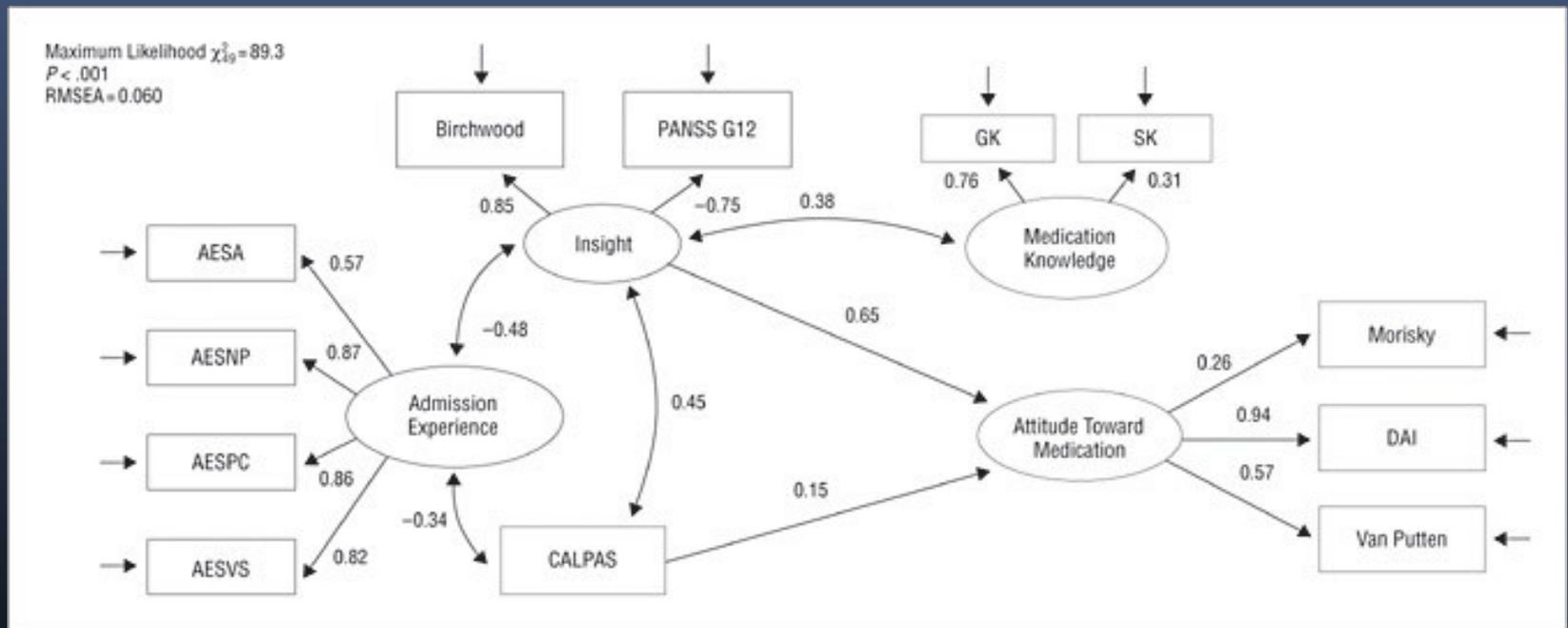


RELACION TERAPEUTICA

# Falta de Adherencia: Consideraciones generales

- Es un fenómeno generalizado en medicina
- Afecta mas a los procesos crónicos
- Constituye un predictor de resultado
- No hay consenso en su definición
  - ECAs: <80 %

# La actitud hacia medicación depende de la experiencia durante el ingreso



Day et al. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jul;62(7):717-24

# Consecuencias de una recaída

## La actividad psicótica

- reduce la conectividad neuronal al disminuir la utilización de otros circuitos cerebrales no relacionados con los síntomas psicóticos.
- Por lo tanto, cuanto menor tiempo esté activa la psicosis: menor riesgo deterioro, mayor conexión con la realidad y mayor posibilidad rehabilitación.

# Otras consecuencias recaída

- Potencial resistencia al AP<sup>1</sup>.
- Acortamiento del ciclo en T. Bipolar<sup>2</sup>.
- Riesgo de suicidio<sup>3</sup>.
- Riesgo de conductas disruptivas o abuso de sustancias<sup>4</sup>.
- Estigmatización por la hospitalización.
- Desmoralización de la familia<sup>5</sup>

1. Swann AC et al. *Am J Psych.* 1999;156:1264-1266; 2. Roy-Byrne P et al. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1985 31:1-34.  
3. Kupfer DJ et al. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:120-125; 4. McElroy SL et al. *Am J Psychiatry.* 2001;158:420-426.  
5. Brady N et al. *J Issues Nurs.* 2004 29;10(1):7.

# PROCESOS DE CAMBIO

- **Procesos que inducen o facilitan el cambio**
  - Cognitivos (Reordenamiento conocimiento y significados)
  - Relacionales (Reorganización de experiencias intersubjetivas: Relación y emoción)
  - Integración de la identidad (Self y Objetos del Self)
- **Perspectivas clásicas del cambio**
  - Neo-aprendizaje y aprendizaje corrector
  - “Segunda oportunidad” para el desarrollo
  - Desbloqueo y elaboración de lo traumático

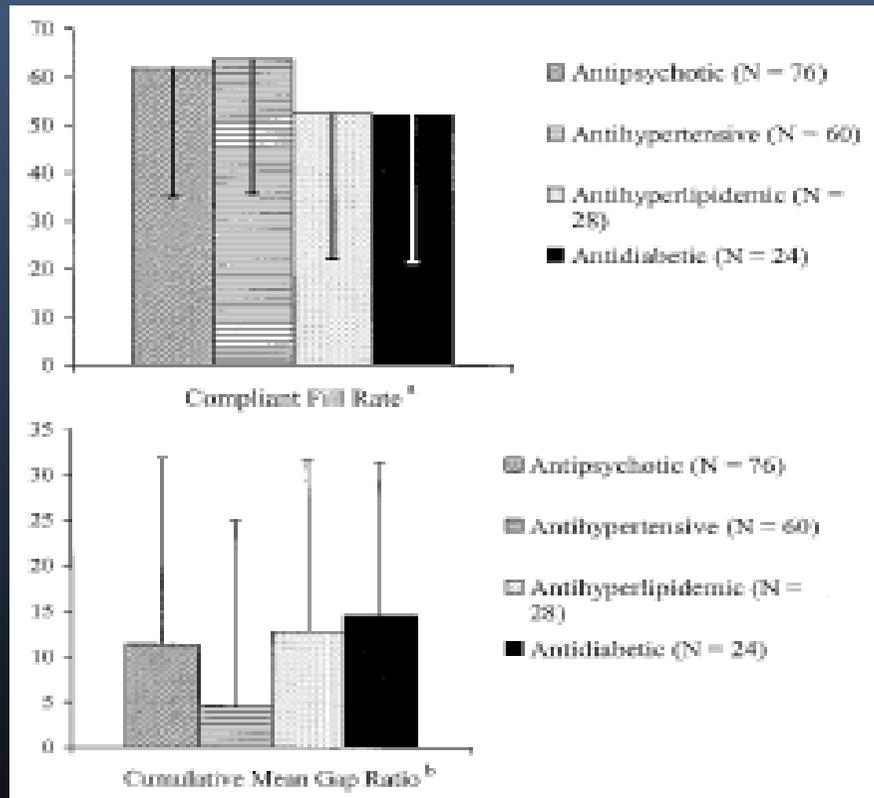
# CONCLUSIONES DE LAS REVISIONES (y 2)

- **Psicoeducación** acerca de la enfermedad y del tratamiento debe formar parte de todo paquete de tratamiento, pero parece que por sí sola no influye positivamente.
- Formato individual/grupal
- Otras estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la **familia** o a garantizar una mayor coordinación de los cuidados tienen una repercusión positiva sobre la adherencia a los tratamientos.

# Falta de Adherencia: Consideraciones generales

- Es un fenómeno generalizado en medicina
- Afecta mas a los procesos crónicos
- No hay consenso en su definición
  - ECAs: <80 %
- Naturaleza compleja

# Adherencia por medicación



Dolder et al. Psychosomatic Medicine 65:156–162 (2003)

# TRATAMIENTO DE CUMPLIMIENTO: UN ENFOQUE ECLÉCTICO

- Postura terapéutica activa
- Duración flexible de las sesiones
- Intervención paso a paso
- Jerarquía de los objetivos

# Factores relacionados con el paciente

- Pobre conciencia de enfermedad.
- Actitud negativa hacia la medicación: miedo al estigma y efectos adversos
- Experiencia personal negativa
- Deterioro cognitivo
- Utilización de sustancias.
- Edad joven: menor conciencia de riesgo recaída que los de larga evolución

# Factores relacionados con la medicación

- Dosis altas
- Posología compleja
- Efectos adversos
- Retraso en el inicio de la acción.
- Mala Tolerabilidad

# Factores relacionados con el médico

- Tendencia a sobrevalorar el cumplimiento. Sermonear al paciente
- Mensajes contradictorios: escaso consenso (*doctors' noncompliance*). Necesidad de homogeneizar criterios.
- Falta de información sobre los beneficios y posibles efectos adversos relacionados con la medicación
- No considerar adecuadamente cada situación individual del paciente. Ignorar sus quejas
- Actitud paternalista-autoritaria, estilo confrontativo
- Contratransferencia negativa

# Antipsicóticos: el pilar fundamental del tratamiento de la esquizofrenia

- El efecto adverso más frecuente :
- Abandono del tratamiento



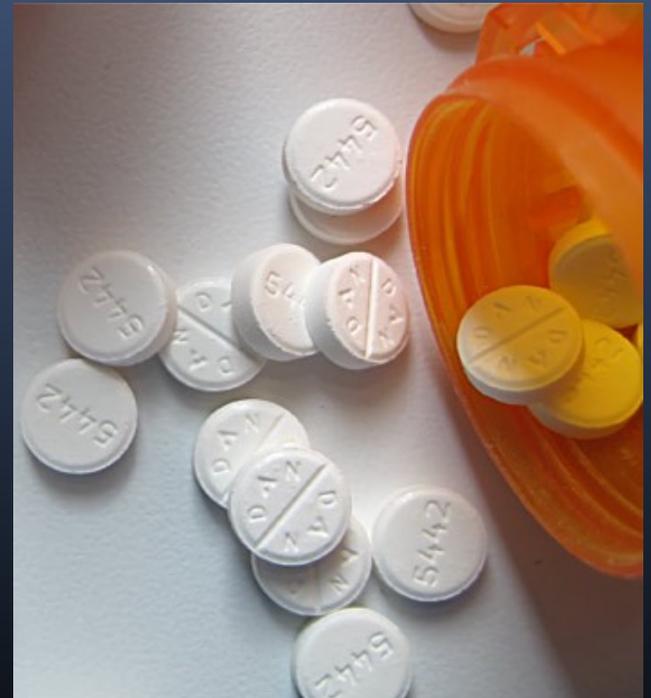
**¿CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA A  
LOS TRATAMIENTOS?**

**“COMPLIANCE THERAPY”**

# Antipsicóticos: el pilar fundamental del tratamiento de la esquizofrenia

El efecto adverso más frecuente :

Abandono del tratamiento



# TEMAS A TRATAR

- El problema de la adherencia al tratamiento
- ¿Cómo mejorar la adherencia? ¿Procesos de cambio?
- “Compliance Therapy”
  - Fundamentación
  - Desarrollo
  - Aplicación



# Falta de Adherencia: Consideraciones generales

- Es un fenómeno generalizado en medicina
- 



# DEFINICION

- Grado de aceptación del regimen terapeutico propuesto por el terapeuta
    - Cumplimiento
    - Adherencia
    - Compliance
- 