

Variables implicadas en la no adherencia psicofarmacológica

Tutor: Dr. Leiderman

Autor: María Lolic

Índice

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en el ámbito de la Salud Mental se entiende que la *adherencia al tratamiento psicofarmacológico* refiere al grado en el que, el comportamiento del paciente se corresponde con las indicaciones y recomendaciones brindadas por el profesional actuante en relación al uso del psicofármaco (adhesión al número de tomas diarias, dosis, etc.). Este tipo de conducta variaría según las distintas situaciones clínicas, la naturaleza de la enfermedad y el programa de tratamiento (Kaplan, 1999).

Por otro lado, las cifras reportadas por diversos estudios sobre no adherencia a los psicofármacos indican que alrededor de un tercio de los pacientes psiquiátricos no tomaría la medicación del modo en el que les fue indicado (Heredia, Córdoba, Pujolar & Calvo, 2000; Gottlieb, 2000; Lamiraud & Geoffard, 2006; Melo, 2005; 2000; Phokeo, 2004). Se advierte que la magnitud y repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en países en desarrollo es aun mayor dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a los servicios sanitarios (Sabaté, 2003).

Consecuentemente, la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico comienza a ser considerada mundialmente como una severa problemática de salud cuyas implicancias perjudican seriamente a todos los componentes del sistema y no sólo a los pacientes, si bien son estos últimos quienes resultan primariamente damnificados. Compromete gravemente la efectividad y eficacia del tratamiento, reduce la calidad de vida de los usuarios y supone un alto costo y derroche económico para los sistemas de atención. A su vez, tanto la OMS (en lo que respecta a la no adherencia a los medicamentos en general) como diversas investigaciones efectuadas, coinciden en señalar el carácter multidimensional de esta problemática. Son varios los aspectos implicados que al conjugarse conformarían su perfil general de expresión: tipo de comportamiento asumido por el paciente en relación al tratamiento, tipo de variante de no adherencia psicofarmacológica acontecida (adherencia deficiente en relación al número de tomas y dosis diarias, abandono del tratamiento, etc.), características de la enfermedad mental, duración y complejidad del tratamiento, actitud del paciente hacia el psicofármaco, posibilidades de acceso al medicamento, características del vínculo terapéutico establecido, características del centro de atención, conocimiento con el que cuenta el paciente acerca de este tipo de tratamientos, etc. (Lamiraud & Geoffard, 2006; Sabaté, 2001).

Se impone así la necesidad de la consideración conjunta de diversas variables todas ellas complejas y plausibles a su vez de un minucioso y profundo análisis intra e interpretativo. Un reciente informe publicado en relación a la adherencia farmacológica deficiente en enfermedades crónicas, propone como posible aproximación teórica agruparlas en 5 dimensiones básicas: variables que remitan a las características genéricas de los pacientes, al sistema de atención de salud, al tratamiento, a la enfermedad y variables socioeconómicas (Sabaté, 2003). Varios han sido los trabajos realizados sobre el tema en otros países (Kaplan, 1999; Gottlieb, 2000; Heredia et al., 2000; Melo, 2005; Sirey, 2001) si bien se han encontrado escasas referencias de estudios realizados en Latinoamérica y Argentina (Bustin, Cassone & Figueroa, 2002; Galli, 2000; Heinze, 2005), desconociendo entonces las características particulares que posiblemente este fenómeno asumiría en nuestro país. El delimitar estas particularidades permitiría empezar a contar con información pertinente que posteriormente podrá ser utilizada bien en futuras investigaciones o bien como material para facilitar la ideación de intervenciones acordes. Conocer su expresión en cuanto a las modalidades en las que suele presentarse en la práctica clínica, la aparición de dificultades para con la adherencia y el momento o etapa de desarrollo del tratamiento en el que acontecen, el tipo de comportamiento más frecuente asumido por el paciente, la incidencia en relación al trastorno mental y cronicidad del mismo según la opinión de los profesionales de la salud, puede resultar beneficioso.

Asimismo hoy en día se sostiene, aún con más certeza que en tiempos anteriores, que en lo que hace a los problemas más acuciantes que se presentan en el proceso salud-enfermedad y sus soluciones posibles, los fenómenos y factores fundamentales a tener en cuenta son de naturaleza psicosociocultural. Es por tanto necesario asumir una perspectiva en la que las variables y factores implicados sean comprendidos en relación a la reproducción social y a sus “totalidades” subjetivas e históricas. Es menester reparar en las características idiosincrásicas propias de nuestro contexto en donde el continuo salud-enfermedad y sus componentes adquieren su pleno sentido (Saforcada, 1999; Samaja, 2004). En relación a la problemática de la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico son entonces los componentes presentes en el espacio intersubjetivo del *Sistema Total de Salud* (STS) de vital importancia (Saforcada, 1999). Es a partir del trabajo con los mismos que se pueden lograr cambios comportamentales que impliquen a su vez nuevas formas de interacción global entre los diversos componentes constituyentes del STS. Es así que, para comprender e intervenir favorablemente en esta

temática resultaría necesario considerar el conjunto integral de los actores (pacientes, médicos-psiquiatras, psicólogos, farmacéuticos, etc.) junto a las relaciones que los dinamizan haciendo hincapié en la influencia recíproca y de retroalimentación que adquiere el comportamiento asumido por cada parte (Sabaté, 2003).

El objetivo principal de este TFI consistió en identificar aquellas variables implicadas en la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes adultos, según la opinión de 28 Psiquiatras de Capital Federal a partir de la administración de una encuesta diseñada con tal fin. Los objetivos específicos consistieron en:

- Determinar aquellos factores que mayor incidencia tendrían sobre la adherencia psicofarmacológica deficiente en la práctica clínica
- Definir cuales de las diferentes variantes de la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico ocurrirían en la práctica clínica y cual de ellas sería más frecuente
- Identificar si alguna de las modalidades del comportamiento no adherente del paciente es más predominante que otra
- Determinar si el género de los pacientes se relaciona con la problemática
- Establecer si existe relación entre el tipo de patología que sufren los pacientes y una mayor ocurrencia de no adherencia al tratamiento
- Identificar las estrategias utilizadas por los profesionales para lidiar con la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico
- Establecer si los factores que aluden los participantes se relaciona con el tipo de Institución (pública o privada) o ámbito laboral en el que se desempeñen profesionalmente

Capítulo 1. DESARROLLO

Desde las prácticas de salud-social-expansivas en salud pública, se entiende a las diversas problemáticas de salud como emergentes negativos resultantes de la dinámica en desarrollo del continuo salud- enfermedad (Saforcada, 1999). Este proceso se encuentra a su vez inmerso en un contexto socio- histórico específico del cual se nutre y adquiere sus rasgos idiosincrásicos. Por tanto, toda problemática de salud, como en este caso lo es la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico, es consubstancial con las condiciones concretas de vida y estas condiciones forman parte de la reproducción social y sus problemas (Samaja, 2004).

A su vez, el Sistema Total de Salud comprende todo lo que una sociedad genera (de sustancia material y/o ideacional, tangible y/o intangible) y pone en práctica en relación con los emergentes- positivos o negativos- del proceso salud- enfermedad. Implica al Sistema Oficial de Salud (SOS) y al Sistema Popular de Salud (SPS). Al primero lo integran el componente legislativo- gubernamental, judicial, formal, cuasi-formal junto con otros subcomponentes relacionados entre sí dinámicamente. El segundo se encuentra constituido tanto por la población en general como por diversas instituciones y organizaciones de salud que funcionan en paralelo a las oficiales. Las interacciones entre el SOS y el SPS generan un gran espacio intersubjetivo global que involucra a toda la sociedad y tiene un fuerte contenido y energía político ideológico a los que las Ciencias de la Salud tampoco son inmunes. En otras palabras, no es posible una completa disociación entre el modo de conceptualizar y operacionalizar el objeto de estudio y la subjetividad histórica que lo delimita (Saforcada, 1999; Samaja, 2004).

Los aspectos de las estructuras y *componentes psicosocioculturales* referidos a la temática de salud en una sociedad dada refieren a los contenidos de las representaciones sociales, a los sistemas de significación, a los sistemas valorativo-actitudinales, a los sistemas de atribución, imágenes y prejuicios -todo ellos auto referentes y alo referentes-, como así también a las pautas culturales, los estilos de desempeño de roles, las estrategias de sostenimiento y acrecentamiento de la autoestima, entre otros. En conjunto configuran entre sí los espacios de subjetividad de todos los actores inmersos en el Sistema Total de Salud (Saforcada, 1999).

Por ende, el análisis de lo que en nuestra sociedad se dinamiza alrededor de este continuo y sus emergentes (tanto positivos como negativos) así como los otros componentes principales del STS, especialmente en relación al tratamiento psicofarmacológico, son fundamentales al buscar comprender su dinámica interaccional básica y a partir de ella detectar y trabajar con los espacios de intersubjetividad (Saforcada, 1999)._

1.1. La no adherencia al tratamiento psicofarmacológico como problemática de salud

Las últimas revisiones e investigaciones efectuadas sobre las variables implicadas en la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico llegan a la conclusión de que, como en toda problemática de salud, ellas mismas son complejas y merecedoras de un análisis profundo y minucioso (Kaplan, 1999; Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001). En la actualidad la OMS sostiene que se requiere de un enfoque de sistemas que permita abordar la problemática en su multiplicidad (Sabaté, 2003).

La *adherencia terapéutica* hace referencia al grado con el que, el comportamiento de un paciente se corresponde con las indicaciones y recomendaciones brindadas por un profesional, dirigidas estas últimas a alcanzar los objetivos o metas previamente acordados (Kaplan, 1999; Levensky & O'Donohue, 2006). Largo es el camino que han recorrido los diversos enfoques orientados a visualizar y comprender las variables implicadas en la adherencia psicofarmacológica deficiente. En un principio, tanto las conceptualizaciones como las intervenciones postuladas se focalizaron exclusivamente en las características de los pacientes. Es por esta primera tendencia que, si bien actualmente se sostiene que ellos no son los únicos responsables, se cuenta con mayor información y estudios efectuados acerca de las variables relacionadas con los mismos (Lamiraud & Geoffard, 2006; Myers & Myers, 1998; Sabaté, 2003).

La idea del cumplimiento, con la que se solía enfocar esta problemática, tendía a ser inmediatamente asociada con la de culpa, ya sea del personal sanitario o de los pacientes. En cambio, como ya se señaló, los factores relacionados con estos últimos remiten solo a un determinante o dimensión. El concepto de adherencia terapéutica, a diferencia, es considerado una herramienta conceptual más abarcativa ya que permite

visualizar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores y variables durante prolongados períodos de tiempo (Lamiraud & Geoffard, 2006; Levensky & O'Donohue, 2006; Myers & Myers, 1998; Sabaté, 2003)

Es así que, posteriormente se incorporó al material de análisis el efecto de la calidad y cualidad del vínculo establecido con los profesionales de la salud, el tipo de tratamiento, peculiaridades del sistema de atención de salud, características de la enfermedad y más recientemente, el modo en el que operan y repercuten el tipo de creencias y representaciones que los pacientes y la población leiga en general tienen sobre los psicofármacos y sus implicancias en el comportamiento terapéutico (Cooper, 1999; Gottlieb, 2000; Lamiraud & Geoffard, 2006; Simpson, 2006; Vermeire et al., 2001).

1.2. El panorama actual

Los estudios más recientes refieren que alrededor de un tercio de los pacientes en tratamiento psicofarmacológico no tomarían la medicación como les fue indicado (Kaplan, 1999; Lamiraud & Geoffard, 2006). Estas cifras son alarmantes y así lo entienden organismos prestigiosos en temáticas de salud como la OMS. Otro dato de relevancia, y más aún cuando se lo considera en conjunción con el anterior, remite al grado de desconocimiento que los profesionales de la salud tendrían sobre las cifras reales de esta problemática. Las diferentes experiencias y estudios publicados sugieren que los profesionales sobreestimarían la adherencia de los pacientes cuando ésta se compara con otros métodos directos de comprobación (por ejemplo por medio de mediciones bioquímicas ya sea en sangre u orina). El principal problema derivado de esta supuesta subestimación residiría en que no se identifica a muchos de los pacientes no adherentes perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre la situación y facilitar la adopción de un comportamiento más salugénico (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

1.2.1. Variantes en las que se puede presentar

La no adherencia al tratamiento psicofarmacológico puede manifestarse en diferentes variantes. Se encuentran entre ellas el no inicio del tratamiento, su inicio y

posterior abandono o suspensión (por ejemplo, el paciente puede decidir suspender la medicación cuando considera que existe una disminución del malestar o síntomas que lo llevaron a solicitar atención o bien cuando se presentan efectos adversos), la no implementación de cambios necesarios en el estilo de vida del paciente (por ejemplo, disminución del consumo de alcohol en caso de utilizar benzodiazepinas) hasta la alteración del número de tomas o dosis diarias prescritas (Kaplan, 1999; Sabaté, 2003).

No se encontraron estudios que hayan indagado en una posible relación entre estas diferentes variantes de no adherencia psicofarmacológica y las características del ámbito de atención de salud mental (por ejemplo, institución pública, privada, consultorio particular, etc.), en donde se manifiesten.

1.2.2. Modalidades de comportamiento no adherente

El éxito de todo régimen terapéutico y la adherencia consecuente implican la asunción de un tipo de comportamiento específico. En el caso de los pacientes, buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, asistir a consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en las conductas que abordan la higiene personal, son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos (Kaplan, 1999).

El comportamiento no adherente del paciente al tratamiento farmacológico ha sido definido en la literatura como pasivo o activo (Lamiraud & Geoffard, 2006; Sabaté, 2003). En el primer caso, éste sería el resultante de una decisión intencional, conciente y estratégica del paciente de que no tomará la medicación como le fue indicado. Suele ser común en quienes consideran que su enfermedad o dolencias no se prolongarán demasiado en el tiempo o bien que sólo es necesario utilizar los medicamentos cuando los síntomas se hacen presentes. También se presentaría en aquellos casos en donde se teme por los efectos y consecuencias negativas que se considera el consumo de psicofármacos podría ocasionarles. Estos serían: dependencia o adicción, efectos colaterales, pérdida del control de los posibles “cambios” en su personalidad, aumento excesivo de peso, pérdida de memoria, etc. (Balon, 2002; Lamiraud & Geoffard, 2006; Sabaté, 2003; Wroe, 2002).

Por lo tanto revisten aquí gran relevancia las concepciones, significados y creencias que los pacientes sostienen en relación a la medicación, su enfermedad,

diagnóstico y tratamiento. Es especialmente en este tipo de comportamiento donde la dinámica de los componentes de significación de salud asumidos cobrarían gran relevancia como posible factor promotor de la adherencia deficiente. Los estudios indican que los pacientes tendrían mayor probabilidad de estar motivados para tomar sus medicamentos correctamente como se les prescribió cuando:

- comprenden y aceptan el diagnóstico
- están de acuerdo con el tratamiento propuesto
- han podido abordar y tratar seriamente sus inquietudes por los medicamentos específicos, por ejemplo, en relación a los temores relacionados con los posibles efectos adversos y dependencia (Cooper, 1999; Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

En los casos en donde sí existe la intención de adherir con el tratamiento pero factores externos a su control (tales como dificultades socioeconómicas, problemas de memoria, dificultades para comprender las indicaciones, etc.) se lo impiden, se considera pasivo al comportamiento no adherente. Reviste gran importancia el que la información brindada por el profesional relativa al tratamiento y el modo de acción de los psicofármacos haya sido correctamente comprendido. Se destaca la alta frecuencia de casos, sobre todo en población adulta, en la que la falta de adherencia estaría causada por dificultades para recordar o entender las indicaciones prescriptas. El sentar las indicaciones por escrito puede facilitar el adecuado proseguir del paciente (Griffiths, 2006; Sabaté, 2003; Wroe, 2002).

Ya sea en los casos en donde el comportamiento no adherente del paciente es pasivo o bien en los casos en los que es activo, la totalidad de los elementos del STS se encuentran implicados. En ambos casos todos los componentes y actores son importantes siendo primordial entonces el que los profesionales de la salud puedan estar atentos a las barreras particulares que se presentan en cada situación (Sabaté, 2003). El tener que iniciar un tratamiento farmacológico no es experimentado como un evento aislado sino que lo acompañarían múltiples significados. Por lo tanto, el manejo psicoterapéutico de un paciente en farmacoterapia requiere prestar atención a las dimensiones psicológicas y sociales de la relación entre la medicación y el sujeto así como a las actitudes, creencias y expectativas que éste tiene sobre su problemática y tratamiento (Beck, 1976; Gottlieb, 2000; Kaplan, 1999). Resultaría esencial que estos aspectos sean tenidos en cuenta especialmente en los casos en los que el comportamiento no adherente del paciente es activo (Lamiraud & Geoffard, 2006; Wroe, 2002). En el caso del comportamiento pasivo, es menester a su vez que los

profesionales de la salud cuenten con la formación y condiciones infraestructurales mínimas que posibiliten el poder detectar y atender los inconvenientes circunstanciales (Sabaté, 2003).

No se hallaron estudios que mencionen sí un tipo de comportamiento u otro suele ocurrir con mayor frecuencia en la práctica clínica.

Si bien esta problemática implica la interacción conjunta de diversos factores, el tipo de comportamiento que el paciente asume frente al tratamiento puede resultar de suma utilidad para efectuar un análisis exhaustivo e idear así intervenciones acordes. Comienza entonces a ser considerado como una de las principales vías de entrada para lograr intervenir efectivamente. Adquieren también importancia los resultados que enfatizan cómo el establecimiento y negociación de las condiciones óptimas para la adherencia a principios del proceso de tratamiento permitirían crear el marco para el mantenimiento a largo plazo (Lamiraud & Geoffard, 2006; Sabaté, 2003).

1.2.3. Dimensiones

Los últimos 50 años han sido testigos de un considerable progreso en el desarrollo de tratamientos biológicos potentes para una amplia variedad de enfermedades mentales crónicas y agudas, pero el uso de estos tratamientos por los pacientes ha estado lejos de ser óptimo. El desafío mundial que enfrentan ahora los sistemas de salud es ser más efectivos para crear las condiciones que posibiliten a las personas obtener el máximo beneficio de los tratamientos existentes (Sabaté, 2003).

La complejidad de factores y matices implicados supone la necesidad de la consideración conjunta de diversas variables que pueden a su vez ser agrupadas en cinco dimensiones básicas (Sabaté, 2003):

Variables relacionadas con los pacientes

Se encuentran dentro de esta dimensión los recursos, actitudes, creencias, grado de conocimiento, percepciones y expectativas que éste tiene en relación no sólo a los psicofármacos sino también, en relación a la enfermedad y a la necesidad de tratamiento. Factores predisponentes a la no adherencia serían: el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del

tratamiento, el no aceptar la enfermedad, incredulidad en el diagnóstico, la falta de efecto percibido del tratamiento, falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad y con la adherencia farmacológica deficiente, bajas expectativas de tratamiento, temor a la dependencia y angustia por los posibles efectos adversos (Balon, 2002; Cooper, 1999; Heinze, 2005; Greenhouse, Bjorn & Johnson, 1999; Sabaté, 2003). Además, el olvido, el estrés psicosocial, baja motivación, el entender mal las indicaciones prescritas, asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, desesperanza y sentimientos negativos, frustración con el personal asistencial, ansiedad relacionada con la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad también serían variables implicadas en esta problemática (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003; Simpson, 2006; Sirey, 2001).

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación estarían influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias previas así como por el grado de conocimiento con el que cuente el paciente acerca de las características de la enfermedad (Cooper, 1999; Cuffel, Fischer & Owen, 1996; Heredia et al., 2000; Lamiraud & Geoffard, 2006). Las inquietudes sobre los fármacos surgirían de manera característica de las creencias acerca de los efectos colaterales, la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y dependencia. Se relacionarían con perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y con sospechas de que los médicos los prescriben en exceso (Sabaté, 2003). En relación a esto último, diversos estudios hacen mención a la presencia de una actitud negativa hacia el psicofármaco por parte del paciente como fuerte factor predictivo de no adherencia (Heinze, 2005, Gottlieb, 2000). Tanto en estudios efectuados en el exterior (Jorm et al., 1997) como en la Latinoamérica (Galli, 2000) afirman que este tipo de medicamento tampoco gozaría de una aceptación positiva en la población general. Se ha observado que la actitud del paciente está influenciada a su vez por la actitud que sostengan sus familiares, amigos e incluso otros pacientes que han tomado psicofármacos (Galli, 2000; Griffiths, 2006).

Es así que, el contenido de las creencias del paciente acerca del psicofármaco, su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos, el respaldo social formal e informal recibido, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento son actualmente considerados como aspectos primordiales al buscar comprender esta problemática de salud e idear posibles intervenciones (Heredia et al., 2000; Gottlieb, 2000; Lamiraud &

Geoffard, 2006; Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992; Lingam, 2002; Vermeire et al., 2001; Sabaté, 2003).

Variables relacionadas con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria

Se ha realizado escasa investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Sin embargo, el tipo de relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente comienza a ser reconocida como de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad serían factores que influyen de manera favorable (Griffiths, 2006, Simpson, 2006). La OMS sostiene que el suministro de información detallada y realista así como la toma conjunta de decisiones en un marco de confianza mutuo es fundamental. Se menciona además la accesibilidad al centro, disponibilidad de transporte y conveniencia de horarios como variables implicadas (Deegan & Drake, 2006; Sabaté, 2003).

Otros factores implicados serían: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales de la salud a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia (Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

La adherencia terapéutica a la medicación es un modificador importante de la efectividad del sistema de salud. Mejorar la adherencia terapéutica quizá sea la mejor inversión para abordar efectivamente los procesos crónicos. Diversos estudios descubren, en forma sistemática, ahorros de costos y aumentos considerables de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a intervenciones de bajo presupuesto (Gilmer et al., 2004; Levensky & O'Donohue, 2006; Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992; Thieda, Beard, Richter & Kane, 2003). Las intervenciones que promueven la adherencia terapéutica pueden ayudar a cerrar la brecha entre la eficacia clínica de las intervenciones y su efectividad cuando se las emplea en el campo y, por lo tanto, aumentar la efectividad y la eficiencia general del

sistema de salud. Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán plasmar su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí para resolver el problema (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003).

El sistema de asistencia sanitaria tiene, en sí mismo, el potencial para influir sobre el comportamiento adherente de los pacientes. El desafío mundial que enfrentan ahora los sistemas de salud es ser más efectivos para crear las condiciones que posibiliten a las personas obtener el máximo beneficio de los tratamientos y servicios existentes (Saforcada, 1999; Sabaté, 2003).

Variables relacionadas con el tratamiento

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen (por ejemplo, más de una toma diaria o varios tipos de medicamentos), duración del tratamiento, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos (Balon, 2002; Gottlieb, 2000; Simpson, 2006).

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento psicofarmacológico disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. La aparición de efectos adversos constituye un factor claramente relacionado con la falta de adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandonaría el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de la relevancia clínica que puedan tener (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003; Tak Jo & Almao, 2001).

No se hallaron estudios que hayan tenido por objetivo estudiar la relación entre la aparición de dificultades para con la adherencia y el momento o etapa de desarrollo del tratamiento (inicial, intermedia, final, de mantenimiento) en el que las mismas acontecen.

Variables relacionadas con la enfermedad

Los factores relacionados con esta dimensión constituyen exigencias particulares relacionadas con el trastorno y síntomas específicos que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica serían los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad del trastorno, disponibilidad de tratamientos efectivos y cronicidad de la enfermedad (Balon, 2002; Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003).

Diversos estudios han comprobado que en casos de patologías mentales tales como la esquizofrenia o trastornos del estados de ánimo o ansiosos graves, la tasa de adherencia reportada sería baja (Cuffel, Fischer & Owen, 1996; Daley, Salloum, Zuckoff, Kirisci & Thase, 1998; Greenhouse, Bjorn & Johnson, 1999; Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003). Un 40% de los pacientes bipolares adherirían al tratamiento (Greenhouse, Bjorn & Johnson, 1999; Lingam, 2002). Las cifras reportadas para las psicosis y particularmente en el trastorno esquizofrénico indican que alrededor de un 45 % de estos pacientes no adherirían satisfactoriamente al tratamiento psicofarmacológico (Gilmer et al., 2004; Giner et al., 2006; Joyce, Cramer & Rosenheck, 1998).

Variables demográficas y socioeconómicas

Las características sociodemográficas no serían buenos predictores del nivel de adherencia de un paciente. Sin embargo, algunos factores a los que sí se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: alto costo de la medicación, pobreza, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, situaciones ambientales cambiantes y creencias culturales acerca de las enfermedades mentales y los psicofármacos (Heredia et al., 2000; Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

En los países en desarrollo como el nuestro el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos económicos disponibles para satisfacer otro tipo de necesidades imperantes propias o de otros miembros de la familia (Sabaté, 2003). En Argentina se llevó a cabo un estudio que ratifica como el costo económico de los psicofármacos resulta en un importante impedimento, imposibilitando el acceso al tratamiento (Bustin, Cassone & Figueroa, 2002).

La edad es un factor que influiría sobre la adherencia terapéutica aunque de manera irregular. Sin embargo suele resaltarse que la prevalencia de deficiencias cognitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta el riesgo de adherencia deficiente. Las alteraciones relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia hacen que esta población sea aún más vulnerable a los problemas secundarios a la falta de adherencia psicofarmacológica (Heredia et al., 2000; Simpson, 2006; Sabaté, 2003).

La OMS recomienda evaluar por separado el posible riesgo según el tipo de afección, y, si fuera posible, por las características particulares de cada paciente (Sabaté, 2003).

1.3. Efectos y consecuencias

Son varias y severas las consecuencias mencionadas en las que puede derivar para los pacientes la falta de adherencia a las indicaciones sobre el uso del psicofármaco (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003):

- Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a la medicación pueden ser más graves que las que ocurren mientras éste se toma como fue recomendado. En caso contrario, puede empeorar el curso general de la enfermedad y, con el tiempo, existir menor probabilidad de que se responda al tratamiento.
- Muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si son tomados incorrectamente como por ejemplo el diazepam y los medicamentos relacionados con los opioides.
- Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia y de efecto rebote, como lo que es factible de ocurrir en pacientes tratados por depresión.
- En el caso del sobreuso de medicamentos los pacientes enfrentan un mayor riesgo de intoxicación, especialmente en los medicamentos con farmacodinamia acumulativa o de bajo umbral de toxicidad como el litio. En particular, esto se

verifica con los pacientes ancianos (farmacodinamia alterada) y los afectados por trastornos mentales serios como en la esquizofrenia.

- Sobre todo en el uso de algunos medicamentos se requiere del adoptar paralelamente cambios en el estilo de vida para obtener mejores resultados o bien como medida preventiva contra el mayor riesgo de accidentes.

1.4. Métodos empleados para detectar la falta de adherencia psicofarmacológica

Es común encontrarse en la literatura con referencias que indican la ausencia de “patrones de oro” o métodos ideales y fiables para medir la adherencia al tratamiento medicamentoso (Lamiraud & Geoffard, 2006; Sabaté, 2003). Los utilizados hasta el momento pueden ser agrupados según sean directos (invasivos) o indirectos (no invasivos). Los medios indirectos más utilizados incluyen: resultados generales del tratamiento, reportes personales efectuados por los pacientes, conteo de píldoras, reportes realizados por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, farmacéuticos, acompañantes terapéuticos, etc.) y familiares, monitoreo electrónico a partir de tecnología biomédica o por medio de microchips situados ya sea en las tapas de los envases o blisteres.

Cada uno de los diferentes métodos trae aparejado sus ventajas y desventajas. Los cuestionarios o reportes personales permiten obtener información precisa y minuciosa siempre que la misma sea confiable y no se encuentre distorsionada por intereses o fines subjetivos. El conteo de píldoras puede ser un indicador de que las mismas han sido suministradas (si es que no han sido simplemente retiradas de su compartimiento) aunque no indica la frecuencia o cantidad de dosis utilizadas por ocasión. Además, los errores de recuento son comunes y dan lugar de manera característica a la sobreestimación del comportamiento de adherencia terapéutica. El sistema de monitoreo del episodio de medicación (MEMS, por su sigla en inglés), utilizado en el exterior, registra la fecha y la hora en la que se abrió un envase, y por ende describe mejor la manera en que los pacientes toman sus medicamentos. Sin embargo, el costo de estos dispositivos excluye su uso generalizado y además, la obtención y apertura del envase no asegura su correcto uso (Lamiraud & Geoffard, 2006; Sabaté, 2003).

Como método directo, la medición bioquímica es otro de los enfoques utilizados para evaluar el comportamiento en adherencia psicofarmacológica. Los marcadores biológicos no tóxicos son agregados a los medicamentos y su presencia en la sangre o en la orina aportaría de este modo, pruebas de que un paciente recibió recientemente una dosis del medicamento prescrito. Esta estrategia de evaluación tampoco está exenta de inconvenientes, en muchos casos los resultados pueden ser desorientadores e influidos por una variedad de factores individuales como: régimen alimenticio, absorción y tasa de excreción (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003).

En síntesis, ninguna estrategia de medición única se ha considerado óptima. Un enfoque multimétodos que combine medidas objetivas razonables y de autonotificación factibles constituiría por el momento la medición más avanzada para evaluar la adherencia terapéutica. Intervenciones que apunten a la promoción y prevención son necesarias (Sabaté, 2003).

1.5. Con respecto a las intervenciones

La capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima se ve comprometida con frecuencia por más de una barrera. Es necesario considerar la interacción conjunta de los múltiples componentes y dimensiones implicadas. En el caso del presente informe: variables relacionadas con el paciente, con la enfermedad, con el sistema de atención de salud, con el tipo de tratamiento y del tipo socioeconómicas. Todas ellas adquieren a su vez sentido dentro del sistema total de salud y de nuestro contexto social actual (Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

Las intervenciones para promover la adherencia requieren la alianza de todos los componentes del sistema de salud. Como ya se mencionó, inicialmente existió una tendencia a centrarse en los factores unidimensionales, principalmente los relacionados con el paciente. Sin embargo, se ha observado que los enfoques más efectivos son los de múltiples niveles, los cuales enfocan simultáneamente más de un factor con más de un tipo de intervención. Varios programas que recurrieron a enfoques de equipo de múltiples niveles habrían logrado buenos resultados (Gilmer et al., 2004; McDonald, Garg & Haynes, 2002; Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

Existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas de autocuidados ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas mejoran el estado de salud y

reducen la utilización y los costos (Sabaté, 2003). Cuando el autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad y tratamiento, se habrían observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud y la severidad de los síntomas (Balon, 2002; Daley et al., 1998; Deegan & Drake, 2006; Heredia et al., 2000; Zygmunt, Olfson, Boyer & Mechanic, 2002). Las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia serían intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica. El apoyo social ha sido identificado sistemáticamente como un factor fuertemente involucrado que afecta los resultados de salud y el comportamiento (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003).

Puesto que cabría prever que el personal sanitario desempeñe una función destacada en la promoción de la adherencia terapéutica, una estrategia razonable sería concebir y ejecutar intervenciones que influyan en su modo de actuar (Sher, McGinn, Sirey & Meyers, 2005). Aunque ha habido esfuerzos en este ámbito en otros países, sus resultados no han sido óptimos posiblemente porque no se pudo transmitir el conjunto de habilidades suficientemente potente o bien porque en la práctica no se las ha podido adaptar en forma generalizada. Los profesionales deberían tener acceso al adiestramiento específico en la gestión de la adherencia terapéutica y los sistemas en los que trabajan deberían diseñar y apoyar sistemas de prestación que respeten este objetivo. En el informe elaborado por la OMS en referencia a las enfermedades crónicas se señala la necesidad de contar con una "caja de herramientas de orientación sobre adherencia terapéutica, adaptable a diferentes entornos socioeconómicos, que sistemáticamente evalúe, sugiera las intervenciones y siga la adherencia de los pacientes". Un marco conceptual que explique cómo los pacientes progresan en la adherencia ayudaría a los profesionales a adaptar sus intervenciones a las necesidades del paciente. Por ende, se requeriría mayor investigación en esta área (Sabaté, 2003).

Por otro lado, el costo elevado de los medicamentos y la atención serían una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Para alcanzar buenas tasas de adherencia se requeriría financiamiento general y sostenible, precios asequibles y sistemas de distribución fiables (Bustin, Cassone & Figueroa, 2002; Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003; Simpson, 2006).

Como se señaló, ninguna estrategia o foco programático tendría mayor ventaja respecto de otra siendo sin embargo las intervenciones integrales que combinan

componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos- motivacionales más efectivas que las intervenciones unifocales. La información sola es insuficiente para crear o mantener buenos hábitos de adherencia terapéutica. Las intervenciones de primera línea para optimizar la adherencia deberían entonces ir más allá de la provisión de asesoramiento y prescripciones. Para que los pacientes enfrenten eficazmente las exigencias relacionadas con el tratamiento impuestas por su enfermedad deben ser informados, motivados y capacitados en el uso de las estrategias cognoscitivas y comportamentales de autorregulación. La psicoeducación adquiriría un rol fundamental al facilitarle al paciente no sólo información sino también capacitación relevante (Daley et al., 1998; Deegan & Drake, 2006; Youssef, 1984; Zygmunt et al., 2002).

El formar parte del proceso de toma de decisiones es fundamental. Se ha indicado que las personas adhieren más satisfactoriamente a su tratamiento si tienen una buena relación con el médico que se lo prescribió. Cuando los pacientes participan en la planificación de la atención de su salud, también se hacen responsables de ella y tienen por consiguiente más probabilidad de mantener el plan. Lograr explicaciones claras con conceptos que comprendan y entender la justificación del tratamiento favorecerían la adherencia (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003). Estudios revelarían que quienes reciben explicaciones de un profesional al que consideran comprometido con su tratamiento están más satisfechos con la ayuda que reciben y motivados a colaborar en pos de los objetivos terapéuticos planteados (Sabaté, 2003; Sher et al., 2005).

Por otro lado, las instrucciones escritas ayudarían a las personas a evitar los errores causados por la rememoración deficiente de lo que el médico ha dicho (Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003).

Como ya se señaló anteriormente, en los últimos tiempos el comportamiento del paciente en relación al tratamiento psicofarmacológico comienza a ser considerado como una importante vía de entrada en donde centrar las intervenciones dirigidas a alcanzar resultados acordes y efectivos en el uso de estos medicamentos (Lamiraud & Geoffard, 2006).

1.6. El aspecto psicosocial

La adherencia es un posible problema en todo tratamiento que requiera para su éxito, el cambio o asunción de una nueva modalidad comportamental en el paciente.

Las tasas de morbilidad y mortalidad publicados anualmente por la OMS, desde hace más de 25 años, indican que los primeros lugares lo ocupan enfermedades en las que la propia conducta humana desempeña un importante rol en su aparición o evolución (Sabaté, 2003).

En los últimos tiempos se han propuesto diversas y variadas teorías que buscaron explicar las conductas de los individuos. Las mismas estuvieron siempre en concordancia con conceptualizaciones más amplias acerca de la naturaleza humana. Lo que los teóricos creen que las personas son, determina los aspectos del funcionamiento del individuo que exploran más en profundidad y los que dejan sin examinar. De esta forma, las concepciones sobre los seres humanos se centran en la búsqueda de procesos seleccionados, reforzados por su parte por los descubrimientos de los paradigmas incluidos en un punto de vista particular (Bandura, 1985).

En el estudio del cambio comportamental en salud, las teorías y modelos psicosociales son numerosos y variados. Sin embargo, las creencias en salud aparecen reiteradamente como antecedente común, eje o aporte de la mayoría de las propuestas descritas en la literatura contemporánea. Es así que, teniendo en cuenta que la mayoría de las causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de prevención y promoción de la salud sería ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa. En el caso particular de esta problemática sería entonces idóneo poder dilucidar con mayor profundidad la génesis y desarrollo del comportamiento no adherente del paciente psiquiátrico en relación al uso del psicofármaco (Sabaté, 2003).

Actualmente se entiende a las conductas humanas como producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectarían el comportamiento de las personas, lo que indicaría el por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo uniconceptual. La complejidad referida radica entonces en que la conducta es a su vez la manifestación de otros sistemas que se entrelazan e interpenetran entre sí (Samaja, 2004).

En lo que hace a los problemas más acuciantes que se presentan en el desarrollo del proceso salud- enfermedad y sus soluciones posibles, los fenómenos y factores fundamentales a tener en cuenta son de naturaleza psicosociocultural (Saforcada, 1999).

En su mayor parte, la conformación de los diferentes problemas personales y de sus tratamientos recae en la primacía del significado y en la centralidad de su cambio para el crecimiento personal y por ende comportamental (Mahoney & Freeman, 1985). A su vez, los componentes intersubjetivos se hayan presentes y circulan dinámicamente por toda la estructura del STS involucrando a todos los actores implicados. Las condiciones de salud de una sociedad dependerán en gran medida de la dinámica interaccional de todos los componentes del sistema total de salud, y a su vez buena parte de la eficacia y eficiencia de la inversión en salud que efectúe esa sociedad a través de sus gobiernos dependerá de los emergentes en el componente intersubjetivo (Saforcada, 1999).

Paralelamente, el campo salud-enfermedad-atención, como objeto de conocimiento y acción terapéutica o sanitaria, se construye sólo en el nivel social de los sujetos implicados. Únicamente los seres humanos disponen de mediadores simbólicos que le permiten representar intersubjetivamente aquellos procesos que forman parte de sus esferas de regulación vital. Es por esto que, las expresiones de enfermedad o de los problemas de salud son siempre el resultado de una “lectura” inmanente en el mismo sujeto o sistema humano acorde a sus propias capacidades representacionales. Una pauta, regla o norma es útil o no según el contexto, es decir no hay generalizaciones correctas en sí mismas. Las lecturas de lo que sea “orden” o “desorden” serán lecturas socialmente instituidas (Samaja, 2004). Por lo tanto todo modelo o conducta debe evaluarse dentro de su contexto de significados. Justamente allí reside la clave que posibilita entender el comportamiento humano que parece extraño, inadecuado o que causa sufrimiento a quienes lo prágmatizan (Bandler & Grinder, 1980). De lo anterior se deduce que la toma de conciencia y la orientación de la atención de los problemas de salud dependen de cada sujeto y de su contexto tanto como del modelo que emplea para diferenciar lo “ordenado” de lo “desordenado”; lo “normal” de lo “anormal” (Samaja, 2004).

Si se busca entonces entender las raíces del comportamiento no adherente del paciente en tratamiento psicofarmacológico es menester tener en consideración los significados y creencias presentes en el individuo y en las restantes partes del sistema con las que se encuentra integrado y con las que interacciona. Son estos aspectos psicosociales o espacios de intersubjetividad primordiales para la posibilidad de un cambio comportamental sostenible en el tiempo. El sujeto aparece desde esta perspectiva como un sistema proactivo y constructivo (Mahoney & Freeman, 1985).

Es por esto que se enfatizó en la introducción de este trabajo el que, para comprender e intervenir favorablemente en esta temática y problemática resultaría necesario considerar el conjunto integral de los actores del STS junto a las relaciones que los dinamizan. Sería fundamental hacer hincapié en la influencia recíproca y de retroalimentación que adquiere el comportamiento asumido por cada parte junto con los componentes de carácter psicosocial que circulan en relación al tratamiento psicofarmacológico (Saforcada, 1999).

Capítulo 2. METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Diseño Exploratorio.

Participantes:

28 psiquiatras que se desempeñan profesionalmente en Capital Federal con más de un año de experiencia laboral. La muestra es intencional.

Instrumento:

Se diseñó una encuesta auto administrable (ver Anexo) dirigida a 28 psiquiatras de Capital Federal.

Procedimiento:

Se confeccionó una encuesta inicial conformada por un total de 23 ítems. La misma fue administrada como prueba piloto a un total de 7 psiquiatras todos ellos practicantes en Capital Federal. Fueron necesarios cambios en lo que respecta a la claridad y coherencia en la formulación de las preguntas y opciones de respuesta. Fueron eliminados 5 ítems con el fin de abreviar la longitud y tiempo de administración. Los mismos fueron excluidos considerando los objetivos prioritarios del proyecto.

La siguiente versión de la encuesta pudo ser administrada sin dificultades resultando entonces éste el modelo definitivo. Consta de 16 ítems, 12 de los cuales están formulados a modo de preguntas (siete de las cuales fueron formuladas como preguntas de modalidad cerrada mientras que las restantes son de modalidad abierta). En los restantes 4 ítems se solicita seleccionar de entre distintas opciones de respuesta.

Pueden diferenciarse dos secciones: en un primer momento son solicitados los datos sociodemográficos básicos del profesional (sexo, edad) así como información referida a su profesión (años de ejercicio profesional, especialidad, ámbito de atención o ejercicio). En un segundo apartado se presentan las preguntas de opinión referidas a las diferentes modalidades y variables implicadas en la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Para la confección y selección de las mismas fueron consultados

diversos estudios junto con un reporte publicado al respecto por la OMS (Balon, 2002; Heredia et al., 2000; Sabaté, 2003).

Se prestó especial atención a que las preguntas formuladas indagaran en al menos un aspecto de las 5 dimensiones con las que tanto teórica como prácticamente suele abordarse esta problemática (variables relacionadas con el paciente, la enfermedad, el sistema de salud, características sociodemográficas y del tratamiento).

Capítulo 3. RESULTADOS

La versión final de la encuesta (ver Anexo) fue administrada a un total de 28 psiquiatras de entre 26 y 64 años de edad, 13 sujetos de sexo femenino y 15 sujetos de sexo masculino, todos ellos practicantes en Capital Federal.

Un 29% de los sujetos encuestados contaba con menos de 30 años de edad, un 29% era menor de 40 años pero mayor a 30 y un 7% de los sujetos participantes era mayor de 60 años (ver Tabla 1.).

Tabla 1.

Variable edad

Edad	<30	30 - 40	40 - 50	50 – 60	> 60	Total
Frecuencia	8	8	5	4	2	28
%	29	29	21	14	7	100

A su vez, el 53% de la muestra disponía de menos de 8 años de experiencia profesional y un 4% de los participantes contaba con más de 40 años de ejercicio profesional (ver Tabla 2.). Un 80% de los sujetos que contaban con menos de 8 años de experiencia laboral eran a su vez menores de 32 años de edad y un 90% de los mismos se desempeñaban en un ámbito de atención público (ver Tabla 14. del anexo). Más allá de esta última correlación mencionada, no podrían establecerse otras que vinculen el ámbito de atención, años y sexo del profesional con las restantes respuestas obtenidas.

Tabla 2.

Variable años de experiencia

Años de experiencia	<8	10 - 20	20- 30	30 – 40	>40	Total
Frecuencia	15	6	3	3	1	28
%	53	21	11	11	4	100

Solo 4 de los psiquiatras encuestados refirieron estar especializados en un área en particular. Estas fueron: infante juvenil, legista, psiquiatría en adultos y medicina interna. Los cuatro sujetos superaban los 39 años de edad.

En cuanto a los ámbitos de ejercicio profesional, la mayor parte de la muestra representando al 25% de la misma, se desempeñaba en una institución privada y

consultorio particular. Seguidamente, un 18% de los participantes ejercían en un consultorio particular (Ver Tabla 3.).

Tabla 3.

Ámbito de ejercicio profesional

Ámbito de ejercicio profesional	Ámbito privado y consultorio particular	Consultorio particular	Ámbito público y consultorio particular	Ámbito público	Ámbito público, privado y consultorio particular	Ámbito público y privado	Ámbito privado	Total
Cantidad de participantes	7	5	4	4	3	3	2	28
%	25	18	14	14	11	11	7	100

De las 28 encuestas realizadas, todos los participantes completaron los ítems 1 hasta el 13 inclusive. El ítem 14 no fue contestado por 6 sujetos, el ítem 15 no fue completado por 2 sujetos y por último, el ítem 16 obtuvo 5 espacios en blanco.

A continuación se expondrán los principales resultados obtenidos en los diferentes ítems que componen la encuesta de opinión sobre variables implicadas en la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico:

Variantes más frecuentes en la expresión de no adherencia al tratamiento psicofarmacológico. Ítem 1.; 1.1; 2. y 2.1 de la encuesta.

De las diferentes variantes en las que puede expresarse la falta de adherencia psicofarmacológica, según la encuesta (no se inicia el tratamiento, se abandona el tratamiento, no se adhiere a la cantidad o frecuencia de tomas diarias, etc.), un 38% de los participantes seleccionó en respuesta al ítem 1., la falta de adherencia a la frecuencia y/o tomas diarias indicadas por el profesional. Ésta resultó entonces ser la variante mayormente consignada y la que ocurriría con más frecuencia. En segundo lugar, se consignó la variante referida al abandono del tratamiento (ver Tabla 15. del anexo). Al solicitárseles, en el ítem 2. que ordenaran las variantes seleccionadas de mayor a menor en caso de haber seleccionado más de una opción en el ítem 1., un 50% de la muestra indicó al abandono del tratamiento en primer lugar. En el segundo lugar, se señaló la variante referida a la falta de adherencia a la frecuencia y/o número de tomas diarias prescritas (ver Tabla 16. del anexo).

De los 28 participantes que respondieron el ítem 2. referido a la posibilidad de que alguna de las variantes mencionadas ocurran con mayor frecuencia en ámbitos

específicos de atención, un 53% afirmó tal relación. Un 36% negó tal ocurrencia mientras que un 11% señaló no saber o bien preferir no contestar. De los 15 sujetos que contestaron afirmativamente la mayoría 67% indicó a la variante referida al abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo como siendo más frecuente en instituciones públicas (Ver Tabla 4.).

Tabla 4.

Variante más frecuente según ámbito

Ámbito de Salud	Ámbito público	Ámbito privado	Consultorio particular
Variante de no adherencia más frecuente	Abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo	Abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo	Abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo
Cantidad de participantes	10	3	2
%	67	20	13

Factores implicados en la no adherencia psicofarmacológica. Ítem 4.; 6.; 6.1; 11. 12.

En relación al comportamiento no adherente asumido por el paciente aludido en el ítem 4. de la encuesta, la mayoría de los encuestados refirieron que la modalidad activa (aquellas situaciones en las que el paciente toma la decisión conciente y estratégica de que no cumplirá con la indicación referente a la toma del psicofármaco), sería la más frecuente en la práctica clínica (ver Tabla 5.).

Tabla 5.

Comportamiento no adherente más frecuente

Comportamiento	Activo	Pasivo	Ninguno	Ns/Nc	Total
Frecuencia total de respuestas	18	10	0	0	28
%	64	36	0	0	100

Todos los factores integrantes del ítem 6. de la encuesta, fueron consignados al menos una vez (ver Tabla 17. del anexo). La opción de respuesta en total más veces seleccionada fue la "d", referida al alto costo de la medicación como causal de no adherencia con 23 consignaciones. Seguidamente fue señalada la opción "iI", el paciente teme volverse dependiente de los psicofármacos y la opción "iII", el paciente teme sufrir

de posibles efectos adversos. El factor referido al alto nivel educativo, opción "c", fue seleccionado sólo en dos oportunidades, siendo éste el menos señalado. La opción de respuesta abierta "x", sólo fue completada por un encuestado quien acotó el factor relativo a la "cultura antimédica".

Al solicitárseles que señalaran los 5 factores que en su opinión y de mayor a menor, mayor incidencia tendrían en la no adherencia psicofarmacológica, se obtuvieron los siguientes resultados: la respuesta que más veces fue seleccionada para ocupar la primera opción fue la "g", referida a las creencias negativas del paciente relacionadas con el psicofármaco y su efectividad, por el 32%. En segundo lugar, con el 25% fue seleccionada la opción "i2", referida a cuando el paciente teme sufrir los posibles efectos adversos. En el tercer lugar, la opción "d", alto costo de la medicación, fue seleccionada por el 14% de los participantes.

Para un 82% del total de participantes habría mayores dificultades para con la adherencia cuando la enfermedad mental es crónica (ver Tabla 6). A su vez, un 75% de los sujetos encuestados refirieron el considerar que la no adherencia psicofarmacológica sería un problema que ocurriría con mayor regularidad en determinados trastornos mentales mientras que el restante 25% negó tal posibilidad. Del primer conjunto de participantes, la mayoría indicó al trastorno psicótico como aquel en el que mayores inconvenientes se presentarían. En segundo lugar se indicó al trastorno bipolar conjuntamente con el trastorno psicótico (ver Tabla 7.).

Tabla 6.

Variable cronicidad de la enfermedad

Opciones de respuesta	Si	No	Ns/Nc	Total
Frecuencia total de respuesta	23	2	3	28
Porcentaje	82	7	11	100

Tabla 7.

Variable trastornos mental

Trastorno mental más frecuente	Frecuencia total de respuesta	Porcentaje
Psicosis	8	38
Psicosis y trastorno Bipolar	7	33
Trastorno Bipolar	2	9
Trastornos de Ansiedad	1	5
Trastornos asociados a deficiencias cognitivas y Esquizofrenia	1	5
Trastorno esquizofrénico y los trastornos de personalidad	1	5
Trastorno depresivo, los trastornos de ansiedad y las psicosis	1	5
Total	21	100

En cuanto a la actitud que predominantemente asumirían los pacientes en tratamiento psiquiátrico hacia el psicofármaco, un 50% de la muestra refirió que la misma sería positiva y en segundo lugar, negativa (ver Tabla 8.).

Tabla 8.

Variable actitud hacia el psicofármaco

Opciones de respuesta	Positiva	Negativa	Neutra	Ns/Nc	Total
Frecuencia total de respuesta	14	7	3	4	28
Porcentaje	50	25	11	14	100

Características del tratamiento y variables socioeconómicas. Ítems 3.; 5.; 7.; 8. y 10.

La mayoría del total de participantes en el ítem 3. de la encuesta, representando el 46%, refirió la etapa de mantenimiento como siendo aquella en donde mayores dificultades se presentarían para con la adherencia. Seguidamente fue referida la etapa inicial y de mantenimiento (ver Tabla 9.).

Tabla 9.

Fases del tratamiento donde ocurre la no adherencia

Fase	Inicial	Intermedia	De mantenimiento	Final	Ninguna de las anteriores	Ns/Nc	Inicial y de mantenimiento	Intermedia y de mantenimiento	Total
Frecuencia total de respuesta	5	2	13	0	0	0	5	3	28
Porcentaje	18	7	46	0	0	0	18	11	100

La mayoría de los encuestados, representando al 32% de la muestra, respondieron al ítem 5. señalando que, aproximadamente un 80% de los pacientes adherirían

satisfactoriamente al tratamiento. Seguidamente, la adherencia satisfactoria fue estimada como siendo del 70%, del 50% y del 60% por la idéntica cantidad de participantes (ver Tabla 10.).

Tabla 10.

Porcentaje estimado de adherencia psicofarmacológica

Grado de adherencia en %	30	50	60	70	75	80	90	Total
Frecuencia total de respuesta	2	5	5	5	1	9	1	28
Porcentaje	7	18	18	18	3,5	32	3,5	100

Un 47% de la muestra consideró en el ítem 7. que, el que el paciente cuente con tratamientos previos facilitaría la ocurrencia de la adherencia psicofarmacológica deficiente. Idéntica proporción de participantes consideró que la existencia de tratamientos anteriores no incidiría en la aparición de dificultades para con la misma (Ver Tabla 11.).

Tabla 11.

Variable tratamientos previos

Opciones de respuesta	Si	No	Ns/Nc	Total
Frecuencia total de respuesta	13	13	2	28
Porcentaje	47	47	6	100

El sexo de los pacientes no adherentes sería indistinto según la opinión de la mayoría de los encuestados que respondieron el ítem 8. Sin embargo, con no demasiada diferencia, los participantes también señalaron que serían los pacientes de sexo masculino y en otro caso, femenino, los que mayores dificultades presentarían (Ver Tabla 12.).

Tabla 12.

Variable sexo

Opciones de respuesta	Femenino	Masculino	Indistinto	Ns/Nc	Total
Frecuencia total de respuesta	2	8	15	3	28
Porcentaje	7	28	54	11	100

Para el 82% de los participantes que respondieron al ítem 10. de la encuesta, si el costo económico de los psicofármacos fuera menor, la tasa de no adherencia se vería notablemente reducida (Ver Tabla 13.)

Tabla 13.

Variable costo económico

Opciones de respuesta	Si	No	Ns/Nc	Total
Frecuencia total de respuesta	23	2	3	28
Porcentaje	82	7	11	100

Estrategias utilizadas en los casos en los que el paciente se niega a comenzar el tratamiento ó utiliza la medicación de modo irregular. Ítem 13.; 14.; 15. y 16.

Para aquellos casos en los que la falta de adherencia se presenta cuando el paciente se niega a comenzar el tratamiento, la psicoeducación ha resultado ser, según la opinión de la mayoría de los participantes, la estrategia más utilizada y con la que mejores resultados se habrían obtenido. El 60% del total de la muestra refirió implementar esta estrategia en respuesta a la pregunta 13 (ver Tabla 18. del anexo). A su vez, también fue la respuesta más consignada en el ítem 14. el cual indaga por la estrategia más exitosa (ver Tabla 19. del anexo). En segundo lugar, el trabajo con familia y red fue indicado por un 32% de la muestra como la estrategia más utilizada. Un participante aludió como estrategia utilizada y de mayor éxito, la internación domiciliaria y/o la internación en una institución especializada.

En aquellos casos en los que el paciente toma la mediación de modo irregular, la estrategia más veces consignada en el ítem 15. fue nuevamente la psicoeducación, por el 69% del total de 26 participantes que respondieron a esta pregunta (ver Tabla 20. del anexo). La psicoeducación, también fue señalada como aquella con la que se obtuvieron mejores resultados (ver Tabla 21. del anexo). El trabajo con la familia fue también referida en segundo lugar en el ítem 15., como la estrategia seguidamente más utilizada en estos casos.

Capítulo. 4. ANÁLISIS

De lo anteriormente expuesto pueden realizarse los siguientes lineamientos:

El porcentaje estimado de pacientes psiquiátricos adultos que adherirían satisfactoriamente al tratamiento según la opinión mayoritaria de los encuestados rondaría el 80% (el 32% de la muestra refirió este porcentaje). Sin embargo, con poco margen de diferencia, un 21,5% refirió que entre el 70% y 75% de los pacientes adherirían al tratamiento psicofarmacológico. Las cifras actuales avaladas por estudios extranjeros señalan que la adherencia óptima es alrededor del 75%, lo que coincidiría con la opinión de una porción importante de los encuestados. Los métodos de comprobación utilizados en los estudios mencionados fueron variados (encuestas a pacientes, a profesionales varios de la salud, estudio de casos) si bien no se encontraron estudios que hayan llevado a cabo un relevamiento exhaustivo por medio de métodos directos como la medición bioquímica. Las reseñas publicadas sugieren la posibilidad de que la adherencia deficiente sea aún mayor (Sabaté, 2003; Gottlieb, 2000). En Argentina aún no se habrían efectuado investigaciones que apliquen tal método de estudio.

En relación a la posible influencia que como factor predisponente tendría en la historia terapéutica del paciente, uno o más tratamientos psicofarmacológicos previos, la misma no pudo ser corroborada o denegada a partir de los resultados obtenidos. Análoga cantidad de participantes, trece para ambos casos, confirmó y negó tal posibilidad. Sería interesante poder identificar (y así poder posteriormente intervenir en base a éstos), los aspectos resilientes presentes en cada caso. Por otro lado es posible que el aspecto motivacional para con la adherencia disminuya luego de varios intentos terapéuticos fallidos (Sabaté, 2003).

En relación al sexo de los pacientes y la falta de adherencia, éste fue estimado como irrelevante en lo que hace a una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de dificultades. Un 54% de los participantes seleccionó la opción de respuesta "indistinto" al preguntárseles por el sexo que mayores dificultades presentaría. Este resultado coincide con los reportados por diversas investigaciones (Balon, 2002; Gottlieb, 2000; Sabaté, 2003). De todos modos, llama la atención la considerable cantidad de respuestas

(especialmente si se las compara con el número total de encuestados que se refirieron a la respuesta “indistinto”) que remitieron al sexo masculino (28%). Sería interesante poder indagar con una mayor muestra la veracidad y solidez de estos resultados.

Esta problemática de salud ocurriría con mayor frecuencia en algunos trastornos mentales específicos coincidiendo nuevamente con los datos aportados por trabajos previos (Cuffel, Fischer & Owen, 1996; Daley et al., 1998; Greenhouse, Bjorn & Johnson, 1999; Sabaté, 2003). Los trastornos mentales que más veces fueron mencionados fueron los trastornos psicóticos y el trastorno bipolar.

La cronicidad de la enfermedad sería un factor predisponente. Si se considera que una de las particularidades de toda enfermedad crónica es la rigidez y la instalación inflexible de pautas de conducta y significación disfuncionales, pueden comprenderse los inconvenientes de mayor envergadura existentes para con la adherencia. Además, el padecer por un período prolongado cierta disfunción suele hacer mella en la motivación y en la perspectiva de mejoría de los sujetos en cuestión (Sabaté, 2003).

De las diferentes variantes propuestas en las que puede manifestarse la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico, la no adherencia a la frecuencia de la toma y dosis diaria indicada, sería según la opinión de los encuestados la que ocurriría con mayor frecuencia en la práctica clínica. No obstante, al solicitárseles ordenar las opciones elegidas de mayor a menor (según su frecuencia), la variante que más veces fue seleccionada para ocupar el primer lugar fue la referida al abandono del tratamiento psicofarmacológico una vez iniciado el mismo. Sería necesario indagar con una muestra de mayor número si alguna de estas situaciones ocurre con más regularidad que otras.

La mayoría de los encuestados, representando el 53% del total de la muestra, respondieron el entender que las problemáticas referidas a la adherencia suelen ser más frecuentes en determinados ámbitos de atención de salud mental. Sería en el ámbito público donde ocurrirían mayores situaciones relacionadas con el abandono del tratamiento medicamentoso. Pueden bosquejarse diversas hipótesis: dificultades económicas de los pacientes y del centro de atención, tiempos de atención más breves y en muchos casos con deficiente sostén de recursos en infraestructura lo que podría llevar a minar y dificultar el contexto necesario para poder sustentar una adherencia psicofarmacológica óptima.

Las mayores dificultades se presentarían principalmente en la fase de mantenimiento y en la fase inicial del mismo. Sería importante poder dilucidar con mayor detalle y detenimiento las variables y factores específicos involucrados en cada una de las fases,

implicados estos en la adherencia deficiente posterior. Se resalta en diversos estudios la importancia de poder sentar las bases adecuadas al principio del tratamiento asegurándose de este modo continuidad a largo plazo (Gottlieb, 2002; Sabaté, 2003). Si se parte de la base de que uno de los aspectos nucleares a partir de donde se despliega la adherencia activa consiste en la decisión adoptada por el paciente (principalmente en relación a su comportamiento para con el tratamiento), se evidencia la importancia que revisten los recursos y posibilidad de diálogo conjunto en la fase inicial.

En el caso de las dificultades existentes en la fase de mantenimiento esto también puede ser vinculado a un nuevo compromiso que le es necesario asumir al paciente una vez reducida la motivación inicial y posiblemente los síntomas y dolencias que le llevaron a pedir ayuda en primer lugar. La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida entre otras variables por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado sería imprescindible (Sabaté, 2003; Lamiraud & Geoffard, 2006).

El comportamiento no adherente del paciente sería mayoritariamente activo. Esto indicaría que los pacientes conciente y estratégicamente decidirían no tomar las medicación según lo indicado. Este dato es de fundamental relevancia ya que indicaría la presencia de un vacío comunicacional entre los profesionales de la salud y los pacientes (principalmente en lo que hace al desconocimiento e importancia brindada a las creencias, motivos y razones implicados en la decisión que guían el comportamiento de este último). De primar este tipo de comportamiento sería menester poder reforzar el aspecto psicoeducativo, de negociación y dialogo bidireccional (Deegan & Drake, 2006; Sabaté, 2003; Youssef, 1984; Zygmunt et al., 2002).

El alto o inaccesible costo económico fue señalado en reiteradas oportunidades como un factor predisponente de esta problemática. Su implicancia fue señalada en tres de los ítems que componen la encuesta (ítem 6; 6.1 y 10). Diversas investigaciones efectuadas en el exterior (Sabaté, 2003; Thieda et al., 2003) y a nivel nacional (Bustin, Cassone & Figueroa, 2002) confirman la relevancia de este factor.

Además del aspecto económico, los factores que seguidamente más consignaciones recibieron en el ítem 6 aluden a los temores y creencias del paciente (temor a la dependencia, temor a los efectos adversos, creencias negativas acerca del psicofármaco,

desacuerdo del paciente en cuanto a la necesidad de realizar el tratamiento) y a la falta de contención de aquellos significativos (familiares, círculo íntimo y el vínculo terapéutico). La importancia de la complejidad del régimen así como la cronicidad de la enfermedad fueron asimismo señalados por gran parte de los sujetos encuestados.

Un alto nivel educativo no predispondría al paciente a presentar dificultades para con su tratamiento farmacológico. Posiblemente y en concordancia con lo anteriormente expuesto, el poder contar con mayor información y entendimiento acerca del funcionamiento e implicancias del uso de psicofármacos facilitaría una adherencia óptima.

A su vez y en relación también al ítem 6 de la encuesta, los cinco factores señalados como de mayor importancia fueron los siguientes: Creencias negativas acerca del psicofármaco y su efectividad, temor por los efectos adversos, costo económico, temor a volverse dependiente, falta de apoyo familiar o del círculo íntimo. Un participante señaló como factor adicional a tener en cuenta la “cultura antimédica”. Se destaca aquí nuevamente el papel central que jugarían las creencias, prejuicios y significados relacionados ya sea con el tratamiento, con la enfermedad y con el psicofármaco en lo que hace a la adherencia. Conjuntamente, el poder estar contenido y acompañado por personas significativas también facilitaría el transitar por un proceso de tratamiento.

La actitud de los pacientes en tratamiento hacia el psicofármaco sería mayoritariamente positiva. Sin embargo, un número considerable de participantes opinaron que la misma sería negativa. Sería interesante poder indagar en futuros estudios cual es la actitud que prima en aquellos casos en los que el paciente no adhiere al tratamiento satisfactoriamente. Posiblemente, de poder cerciorar con una mayor muestra de participantes la primacía del comportamiento no adherente activo, sería de esperar que la actitud hacia el psicofármaco sea mayoritariamente negativa. Un estudio comparativo entre diferentes países de Latinoamérica (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Cuba, Honduras, México, Republica Dominicana, Colombia y Costa Rica) y Perú sugiere la presencia global de una actitud negativa no sólo en pacientes psiquiátricos sino también en la población general de las respectivas naciones estudiadas (Galli, 2000).

Nuevamente, el diálogo conjunto, la negociación y la psicoeducación serían intervenciones imprescindibles. En cuanto a las estrategias referidas en los casos en los que el paciente se niega a comenzar el tratamiento, la psicoeducación fue la más

referida por los encuestados así también como aquella intervención con la que habían obtenido mejores resultados. También para aquellos casos en los que el paciente toma la medicación de forma irregular ésta fue mencionada como la estrategia más utilizada y más efectiva. Queda evidenciada así la importancia de la participación voluntaria y conciente del paciente en el tratamiento, consecuente ésta de una verdadera comprensión y acuerdo con los principios implicados en el mismo. Para ambos tipos de situaciones la estrategia que en segundo lugar fue más referida y con la que con mayor éxito se obtendría fue la inclusión de los familiares y red como contención y apoyo durante el tratamiento. Todos estos datos son congruentes y equivalente a los obtenidos en el ítem 6 de la encuesta y con la bibliografía actual sobre el tema (Balon, 2002; Daley et al., 1998; Deegan & Drake, 2006; Sabaté, 2003; Heredia et al., 2000; Zygmunt et al., 2002).

No existiría relación entre el ámbito de atención, años y sexo del profesional con el tipo de respuestas de opinión obtenidas. Tampoco podrían establecerse correspondencias entre el ámbito de ejercicio profesional y los factores aludidos como implicados en la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Capítulo 5. CONCLUSIONES

En concordancia con Samaja (2004) acerca de que “la salud” no es la referencia a un estado “normal”, sino la capacidad de ser normativo; se evidencia la función esencial que adquieren los recursos, ya sea del paciente o bien de las restantes partes integrantes del sistema de salud, para que tal capacidad pueda consumarse. El hombre es una totalidad sumamente compleja al ser simultáneamente un ser biológico, un ser cultural, y estar exigido a existir a través del mundo de los símbolos. Los problemas de salud se ubican en una encrucijada de múltiples disciplinas y enfoques metodológicos que demandan integrar todas estas perspectivas en la comprensión de los hechos concretos.

Los psicofármacos son una parte integrante de gran parte de los ciclos terapéuticos en salud mental y su uso seguro y apropiado es un aspecto importante de la optimización de los resultados en la atención (Sabaté, 2003). La posibilidad de realizar un análisis exhaustivo a una problemática de esta índole requiere prestar especial atención a la estructura completa de lo que en la sociedad se dinamiza alrededor del proceso salud- enfermedad y sus emergentes (Saforcada, 1999). La adherencia al tratamiento psicofarmacológico es un fenómeno multidimensional donde es menester reunir y coordinar las acciones de diferentes actores de la atención sanitaria. A su vez, la adherencia deficiente adquiere una importancia cada vez más reconocida, no sólo por que comienzan a evidenciarse con mayor ímpetu las consecuencias negativas que conlleva para los pacientes sino también cómo las mismas repercuten y afectan negativamente a todos los componentes del sistema de salud (Sabaté, 2003).

En Argentina aún no se han realizado estudios expansivos que busquen esclarecer e identificar los aspectos distintivos que conforman su expresión y desenvolvimiento idiosincrásico. Los objetivos de este TFI consistieron en poder dilucidar más sobre algunos de sus aspectos y manifestación en nuestro país, según las respuestas aportadas por el conjunto de psiquiatras encuestados. Como parte de una primera aproximación al análisis de los datos, es posible postular lo siguiente:

- ✓ El abandono del tratamiento una vez iniciado el mismo así como una administración irregular en la toma de los psicofármacos prescritos (número de tomas diarias, dosis indicadas) serían las variantes más frecuentes en las que se presentaría esta problemática

- ✓ Es en el ámbito de atención pública donde mayores inconvenientes se presentarían, particularmente, el abandono del tratamiento
- ✓ Es en la fase inicial del tratamiento como en la de mantenimiento donde los pacientes presentarían mayores dificultades. Se enfatiza así la importancia de sentar las condiciones adecuadas al comienzo del mismo asegurándose mejores resultados a largo plazo
- ✓ El comportamiento no adherente del paciente sería mayoritariamente activo lo que conlleva a la urgencia de intervenciones psicoeducativas o de otra índole que impliquen la participación y capacitación del paciente en lo que respecta a su tratamiento
- ✓ La mayoría de los profesionales estima que la adherencia óptima rondaría el 80%. Dado el tamaño reducido de la muestra y el margen de error que se sospecha tiene éste método de estudio de comprobación de la adherencia (a diferencia de métodos directos), se sugiere contar en futuros proyectos con una mayor cantidad de participantes así como incluir otros métodos de recolección
- ✓ El alto costo económico de los psicofármacos sería un factor fuertemente implicado en la no adherencia, siendo éste inaccesible para muchos pacientes. Otros factores serían las creencias, temores y expectativas del paciente relativas a la medicación y sus implicancias, la actitud hacia el tratamiento, el apoyo social recibido y la calidad del vínculo terapéutico
- ✓ Aspectos relativos al tratamiento como la complejidad, la historia previa y aspectos relativos a la cronicidad y gravedad de la enfermedad o trastorno padecido (siendo los trastornos psicóticos y del ánimo los más propensos a presentar dificultades) también fueron indicados como implicados en el grado de adherencia obtenida
- ✓ Tanto los hombres como las mujeres serían pacientes no adherentes. De todos modos una importante porción de participantes refirieron al sexo masculino como aquel que mayores dificultades presentaría. Sería menester poder indagar más profundamente al respecto en futuros proyectos
- ✓ La actitud que los pacientes en tratamiento tienen hacia el psicofármaco sería predominantemente positiva. No se precisó en las diferencias que posiblemente surgirían para con la misma si los pacientes fueran

segmentados según las variantes de no adherencia y comportamiento activo o pasivo asumido. Esta delimitación también podría resultar de utilidad si es tenida en cuenta en los siguientes estudios a realizarse

- ✓ La estrategia más utilizada y con la que mejores resultados obtendrían los psiquiatras encuestados, ya sea en los casos en los que el paciente adhiere de forma irregular o bien cuando se niega a comenzar el tratamiento, sería la psicoeducación y la presencia de apoyo familiar

Los resultados obtenidos coinciden con la literatura actual sobre el tema así como con las recomendaciones establecidas para afrontar esta problemática. Sería menester, sin embargo, el que en futuras aproximaciones la información obtenida pueda ser complementada con métodos directos de comprobación a la par que contar con una muestra más amplia en donde los participantes hayan sido seleccionados al azar. Superar estas limitaciones con respecto al sesgo de selección y la fuente de datos permitiría disponer de información más confiable y consistente. Sería conveniente poder contar con métodos más desarrollados de recolección (en vez de inferencias realizadas a partir de la administración de encuestas o cuestionarios), que apunten preferentemente al paciente y su accionar. La elaboración de un marco teórico que permita comprender la interacción de las diferentes etapas, variables y actores implicados también sería un requisito para su afrontamiento y resolución. De este modo podrán empezar a ser diseñadas intervenciones eficaces acordes a las peculiaridades implicadas en cada situación junto con la elaboración de estudios longitudinales de donde se obtendrá información complementaria

La mejora de la adherencia terapéutica requiere un proceso continuo y dinámico a la vez que la participación y compromiso de todas las partes implicadas. Una mayor concientización acerca de esta problemática y los procesos que la sustentan es esencial. El personal sanitario debe poder evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarlo sobre cómo hacerlo y seguir su progreso en cada contacto (Sabaté, 2003).

Los resultados obtenidos apuntan justamente a destacar el que, el tener que iniciar un tratamiento farmacológico no es experimentado por el paciente como un evento aislado sino que lo acompañarían múltiples significados. Por lo tanto, el manejo psicoterapéutico de un paciente en farmacoterapia requiere prestar atención a las dimensiones psicológicas y sociales de la relación entre la medicación y el paciente así

como a las actitudes, creencias y expectativas que éste tiene sobre su problemática y tratamiento (Beck, 1976; Gottlieb, 2000; Kaplan, 1999). Las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica deben adaptarse a las exigencias particulares relacionadas con el paciente, independientemente de su nivel de adherencia, y estar centradas en la educación sanitaria, la comunicación y el apoyo psicosocial. Una manera clínicamente útil de usar esta información y de pensar acerca de la adherencia terapéutica debe abarcar a su vez las herramientas de evaluación y las estrategias para promover el cambio. La evaluación de los posibles factores de riesgo debería servir para planificar intervenciones específicas para cada paciente que preferentemente sean de carácter multifactorial y multidisciplinar. Por ende, para lograrlo los sistemas y los proveedores de servicios de salud deberían contar con los medios efectivos para evaluar con exactitud no sólo la adherencia terapéutica sino también los factores que la influyen (Sabaté, 2003).

A su vez, el contexto se extiende más allá del sujeto a la sociedad amplia que lo contiene, en donde intervienen y actúan las condiciones de trabajo junto a otros procesos sociales. En términos prácticos esto implica el que deban considerarse muchos factores por fuera de la persona y, quizás, fuera de su control volitivo. La base teórica para el monitoreo y la intervención también requieren de la adopción de un marco social y cultural más amplio que el inmediato de cada paciente en particular, su familia y la relación médico-paciente (Sabaté, 2003).

Durante el cuatrimestre en el que se desarrolló la práctica profesional en el un hospital privado, la implicancia de todos los componentes del STS para con el desenvolvimiento y búsqueda de resolución de esta problemática fue evidente. Tanto la falta de recursos económicos como de información, temores y creencias erróneas por parte de los pacientes acerca del uso del psicofármaco así como dificultades en la atención derivadas de una institución y personal sanitario en crisis, fueron factores que pudieron ser visualizados en su compleja y dinámica interrelación. Todos estos elementos predispondrían una adherencia deficiente. Por otro lado, también se atestiguó la motivación no sólo de los pacientes sino también de los profesionales para lograr desarrollar los tratamientos requeridos más allá de la situación adversa y así dar sustento a la institución y al fomento de la salud.

Los datos obtenidos a partir de la administración y análisis de las encuestas sugieren la multicausalidad y complejidad interaccional de las diferentes variantes y variables implicadas en la no adherencia terapéutica. Variables relacionadas con los

pacientes, el tipo de comportamiento asumido, concepciones con respecto al tratamiento y sus implicancias, factores socio-económicos, complejidad y tipo de tratamiento, cronicidad y severidad de la enfermedad, calidad y cualidad del vínculo terapéutico en una compleja interacción se encontrarían implicados en la adherencia psicofarmacológica deficiente. Aumentar la efectividad de las intervenciones que la abordan puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población psiquiátrica que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos. Se sugiere poner el esfuerzo en el primer nivel de atención y en los espacios intersubjetivos que se dinamizan cotidianamente en los STS. Se requiere la elaboración de acciones e intervenciones planificadas que busquen cambios en las condiciones de salud de los colectivos sociales (Saforcada, 1999; Sabaté, 2003). Un compromiso que implique un análisis crítico y responsable para poder hacer frente a esta problemática es necesario.

Capítulo. 6 BIBLIOGRAFÍA:

- Balon, R. (2002) Managing Compliance. *Psychiatric Times*, XIX, 5. En formato digital disponible en: <http://psychiatrictimes.com/p020543.html>
- Bandler, R. & Grinder, J. (1980) *La estructura de la magia I*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Bandura, A. (1985) “Modelo de causalidad en la teoría del aprendizaje social”. En: Mahoney, M. J.; Freeman, A. (Eds.) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Beck, AT. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bustin, J.; Cassone, J. & Figueroa, S. (2002) Conocimiento de residentes de Salud Mental sobre precios y disponibilidad de los fármacos que prescriben. *Revista Argentina. de Psiquiatría*. 13: 9-15
- Cooper, A. F. (1999) The influence of patients’ beliefs about their illness on clinical outcome. *Medical progress*. En formato digital disponible en: http://asia.cmpmedica.com/cmpmedica_my/disppdf.cfm?fname=may99_beliefs.pdf
- Cuffel, B. J.; Alford, J.; Fischer, E. & Owen, R. (1996) Awareness of Illness in Schizophrenia and Outpatient Treatment Adherence. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 184(11):653-659
- Daley, D. C.; Salloum, I. M.; Zuckoff, A.; Kirisci, L. & Thase, M. P. (1998) Increasing Treatment Adherence among Outpatients with Depression and Cocaine Dependence: Results of a Pilot Study. *American Psychiatric Association*. 155:1611-1613
- Deegan, P. E. & Drake, R. E. (2006) Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process. *American Psychiatric Association*. 57:1636-1639
- Galli, E. (2000) Encuesta Latinoamericana sobre la Actitud de los Profesionales de la Salud hacia la Prescripción de los Psicofármacos. Estudio comparativo con la Realidad Peruana. *Revista Medica Herediana*, 11(3). En formato digital disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ao2.pdf>

- Gilmer, T. P.; Dolder, C. R.; Lacro, J. P.; Folsom, D. P.; Lindamer, L.; Garcia, P. & Jeste, D. V. (2004) Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With Schizophrenia. *American Psychiatric Association*. 161: 692 – 699
- Giner, J.; Cañas, F.; Olivares, J. M.; Rodríguez, A.; Burón, J. A.; Rodríguez-Morales, A. & Roca Bennasar, M. (2006) Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 34(6):386-392
- Gottlieb, H. (2000) Medication Nonadherence: Finding Solutions to a Costly Medical Problem. *Drug Benefit Trends* 12(6):57-62 En formato digital disponible en: <http://akmhweb.org/ncarticles/Medication%20Nonadherence.htm>
- Greenhouse, W.; Bjorn, M. & Johnson, S. L. (1999) Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 59 (20) 237–241
- Griffiths, C. (2006) The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 11 (1), 21-28
- Heinze (2005) Tratamiento preferencial y actitud hacia la farmacoterapia y psicoterapia en América Latina. *Salud Mental*, 28(1): 10-17. En formato digital disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=32075&id_seccion=1169&id_ejemplar=3301&id_revista=1
- Heredia, A. B.; Córdoba, J. A.; Pujolar, A. E. & Calvo, J. C. (2000) variables asociadas al abandono del tratamiento. *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (2). En formato digital disponible en: http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_2/orig02.pdf
- Jorm, A. F.; Korten, A. E.; Jacomb, A. P. ; Christensen, H.; Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997) Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*. 166: 182-186

- Joyce, A.; Cramer, B.S.& Rosenheck, R. (1998) Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. . *American Psychiatric Association*. 49:196-201
- Kaplan, H.I & Sadock, B.J. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lamiraud, K.& Geoffard, P. (2006) Therapeutic non adherence: a rational behaviour revealing patient preferences? *Paris-Jourdan Sciences Economiques*. En formato digital disponible en: <http://www.pse.ens.fr/document/wp200648.pdf>
- Levensky, E. R. & O'Donohue W. T. (2006) *Promoting Treatment Adherence: A Practical Handbook for Health Care Providers*. California : Sage Publications
- Leventhal, H.; Diefenbach, M. & Leventhal, E. (1992) Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*. 16 (2): 143-163
- Lingam, R.; Scott, J. (2002) Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 105(3):164-72
- Mahoney, M. J. & Freeman, A. (1985) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- McDonald, H. P.; Garg, A. X. & Haynes, R. B. (2002) Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. 288(22):2868-2879
- Melo, A. (2005) Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 27 (2): 113-118. En formato digital disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15962135&dopt=Abstract
- Myers, L. B. & Myers, K. M. (1998) *Adherence to treatment in medical conditions*. London: Taylor & Francis.
- Phokeo V.(2004) Community Pharmacists' Attitudes Toward and Professional Interactions With Users of Psychiatric Medication. *American Psychiatric Association*, 55:1434-1436. En formato digital disponible en: <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/55/12/1434>
- Sabaté, E. (2003) *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Recuperado el 15 de Diciembre del 2006 de: <http://www.who.int/en/>

- Saforcada, E. (1999) *Psicología sanitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Samaja, J. (2004) *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sher, I.; McGinn, L.; Sirey, J.A. & Meyers, B. (2005) Effects of Caregivers Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients' Adherence to Antidepressant Treatment. *American Psychiatric Association*. 56:564-569
- Simpson, R. J. (2006) Challenges for Improving Medication Adherence. *The Journal of the American Medical Association*.296(21):2614-2616
- Sirey (2001) Stigma as a Barrier to Recovery: Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence. *American Psychiatric Association* 52:1615-1620. En formato digital disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/short/52/12/1615>
- Tak, J. & Almao, S. (2001) Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Portales Médicos.com* En formato digital disponible en: http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm
- Thieda, P.; Beard, S.; Richter, A. & Kane J.(2003) An Economic Review of Compliance With Medication Therapy in the Treatment of Schizophrenia. *American Psychiatric Association*. 54: 508-516
- Vermeire, E.; Hearnshaw H.; Van Royen P. & Denekens J. (2001) Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26 (5), 331–342
- Wroe, A. L. (2002) Intentional and Unintentional Nonadherence: A Study of Decision Making. *Journal of Behavioral Medicine*, 25 (4) 355-372
- Youssef, H. A. (1984) Adherence to therapy in psychiatric patients: an empirical investigation. *International Journal of Nursery Studies*. 21(1):51-7
- Zygmunt, A.; Olfson, M.; Boyer, C. A. & Mechanic, D. (2002) Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *American Psychiatric Association*. 159:1653-1664

Capítulo 7. Anexo

ENCUESTA DE OPINION ACERCA DE LAS VARIABLES IMPLICADAS EN LA NO ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ADULTOS

Esta encuesta tiene por objetivo investigar los factores que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, incidirían en la no adherencia farmacológica. Debido a ello se le solicita complete los siguientes datos marcando con una cruz o completando la información solicitada. Muchas gracias.

- Sexo:___
- Edad:_____
 - Años de experiencia profesional _____
 - Especialización (si la hubiere):

- Usted ejerce su profesión en un/a(puede haber más de una respuesta):
 - *Institución Pública___ *Institución privada___
 - *Consultorio particular___ *Otro (por favor aclare cual) _____

1. ¿Cual de las siguientes variantes de la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico considera usted que suele ser mas frecuente en la práctica clínica? (puede marcar más de una opción)
 - a. Abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo___
 - b. El paciente no inicia el tratamiento psicofarmacológico___
 - c. El paciente inicia el tratamiento pero no se respeta la dosis diaria prescrita___

d. El paciente inicia el tratamiento pero no se respeta la frecuencia y/o número de tomas diarias indicadas ____

1.1 ¿De haber seleccionado más de una opción, ¿en que orden (de mayor a menor) las ordenaría?

1) ____ 2) ____ 3) ____ 4) ____

2. ¿Considera que alguna de estas variantes ocurre con mayor frecuencia según el ámbito de atención?

SI ____ NO ____ Ns/Nc ____

2.1 En caso de sí, indique cual es la variante mas frecuente según el ámbito:

- Institución pública _____
- Institución privada _____
- Consultorio particular _____
- Otro (por favor aclarar cual) _____

3. Considera que existen más dificultades para con la adherencia al tratamiento en la fase...

- a. Inicial ____
- b. Intermedia ____
- c. De mantenimiento ____
- d. Final ____
- e. Ninguna de las anteriores ____
- f. Ns/Nc ____

4. En general, usted observa que en la práctica clínica existiría:

α) Mayor frecuencia de casos en donde el comportamiento no adherente del paciente es activo (*el paciente toma la decisión conciente y*

estratégica de que no cumplirá con la indicación referente a la toma del psicofármaco prescripto) ___

- β) Mayor frecuencia de casos en donde el comportamiento no adherente del paciente es pasivo (*existiría la intención por parte del paciente de cumplir con el tratamiento pero factores externos que escapan a su control lo impide*) ___
- χ) Ninguna de las anteriores ___
- δ) Ns/Nc ___

5. Aproximadamente, ¿Qué porcentaje de pacientes en tratamiento psicofarmacológico considera que adhieren satisfactoriamente al mismo? _____

6. Por favor señale con una cruz aquellos factores que considere se hayan implicados en esta problemática:

- A. Pobre o dificultoso vínculo terapéutico entre el profesional y el paciente ___
- B. Bajo nivel educativo (primaria incompleta) _____
- X. Alto nivel educativo (universitario completo) ___
- Δ. Alto costo de la medicación _____
- E. El paciente cuenta con una escasa red de apoyo social (respaldo informal- formal brindado por otros miembros de su comunidad)_____
- Φ. Régimen complejo de tratamiento (más de una toma diaria por día, más de un medicamento, diferente cantidad de dosis, etc.) ___
- Γ. Creencias negativas del paciente relacionadas con el psicofármaco y su efectividad ___
- H. El paciente sufrió de estigmatización o discriminación social ___
- I. El paciente teme:
- I-Volverse dependiente a los psicofármacos ___
- II-Sufrir de posibles efectos adversos ___
- III-Perder el control sobre las características de su personalidad ___
- IV-Sufrir de discriminación ó estigmatización social ___

- ∅. Falta de apoyo familiar o del círculo íntimo ___
- K. Desacuerdo del paciente en cuanto a la necesidad de realizar el tratamiento psicofarmacológico ___
- Λ. Desacuerdo del paciente en cuanto a la enfermedad diagnosticada y sus implicancias ___
- M. Sospechas de que los médicos prescriben los psicofármacos en exceso ___
- N. Falta de motivación del paciente para con el tratamiento psicofarmacológico ___
- O. Escasa confianza del paciente en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos ___
- Π. Falta de efecto percibido del tratamiento psicofarmacológico por parte del paciente ___
- Θ. Comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas ___
- P. Problemas cognitivos del paciente (problemas de atención, memoria, concentración, etc.) ___
- Σ. Enfermedad psiquiátrica crónica ___
- T. Dificultades económicas para acceder al psicofármaco ___
- Υ. El paciente cuenta con insuficiente información acerca del psicofármaco y su farmacodinamia ___
- Ϛ. Efectos adversos acontecidos ___
- Ω. Servicios de salud poco desarrollados o con reembolso inadecuado ___
- Ξ. Poca capacidad del sistema de salud para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento ___
- Ψ. Otro/s (por favor aclare cual) _____

6.1 En su opinión, ¿Cuales serían aquellos 5 factores de mayor relevancia?

1) ___ 2) ___ 3) ___ 4) ___ 5) ___

7. ¿Considera que la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico ocurre con mayor frecuencia en pacientes que previamente ya han llevado a cabo un tratamiento de esta índole?

a. SI___ NO___ Ns/Nc___

8. ¿Cual es el sexo que mas dificultades para con la adherencia presenta?

Femenino___ Masculino___ Indistinto___
Ns/Nc___

9. En su opinión, ¿Existen mayores dificultades para con la adherencia psicofarmacológica cuando la enfermedad es crónica?

SI___ NO___ Ns/Nc___

10. Si el costo económico de los psicofármacos fuera menor, ¿Considera que se reduciría notablemente la tasa de no adherencia?

SI___ NO___ Ns/Nc___

11. ¿Considera que la no adherencia psicofarmacológica suele ser un problema que ocurre con mayor frecuencia en algún trastorno mental específico?

*SI___ *NO___ Ns/Nc___

11.1 De haber contestado afirmativamente, ¿En cuál/es?

12. En general, la actitud asumida hacia los psicofármacos por pacientes que se encuentran llevando a cabo un tratamiento de esta índole podría calificarse de:

Positiva___ Negativa___ Neutra___ Ns/Nc___

13. En los casos en los que el paciente se niega a comenzar el tratamiento, ¿Cuales son las estrategias que suele implementar en pos de buscar solucionar esta

problemática?

14. ¿Con cual ha obtenido mejores resultados? _____

15. En los casos en los que el paciente toma la medicación de forma irregular, ¿Cuales son las estrategias que suele implementar en pos de buscar solucionar esta problemática?

   ¿Con cual ha obtenido mejores resultados?

Muchas Gracias por su colaboración

Tabla 14.

Sexo, años de experiencia y ámbito de ejercicio profesional

Participante	Sexo	Edad	Años de experiencia profesional	Institución Pública	Consultorio particular	Institución privada	Otro
1	M	41	15	No	No	Si	No
2	F	43	5	No	Si	No	No
3	F	37	6	Si	Si	No	No
4	F	54	29	Si	Si	Si	No
5	F	31	6	Si	Si	No	No
6	F	40	12	Si	No	No	No
7	M	38	14	No	Si	Si	No
8	M	30	3	No	No	Si	No
9	F	47	17	Si	No	Si	No
10	M	64	42	No	Si	No	No
11	M	28	5	Si	Si	No	No
12	M	30	5	Si	Si	No	No
13	F	28	3	Si	No	No	No
14	F	39	8	No	Si	No	No
15	M	49	24	No	Si	Si	No
16	M	58	38	No	Si	Si	No
17	F	58	30	Si	Si	No	No
18	M	26	1	Si	No	No	No
19	M	28	3	Si	No	Si	No
20	F	28	3	Si	Si	Si	No
21	F	28	3	Si	Si	Si	No
22	F	29	3	Si	Si	No	No
23	F	30	4	Si	No	Si	No
24	M	39	16	No	Si	No	No
25	M	40	15	No	Si	Si	No
26	M	53	27	No	Si	Si	No
27	M	63	42	No	Si	No	No
28	M	28	3	Si	No	No	No

Tabla 15.

Variantes más frecuentes de no adherencia en la práctica clínica

Variante	Frecuencia total de respuesta	%
Abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo	19	33
No abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo	9	67
El paciente no inicia el tratamiento psicofarmacológico	6	10
El paciente inicia el tratamiento psicofarmacológico	22	90
El paciente inicia el tratamiento pero no se respeta la dosis diaria prescrita	11	19
El paciente inicia el tratamiento y respeta la dosis diaria prescrita	17	81
El paciente inicia el tratamiento pero no se respeta la frecuencia y/o número de tomas diarias indicadas	22	38
El paciente inicia el tratamiento y se respeta la frecuencia y/o número de tomas diarias indicadas	6	62

Tabla 16.

Variantes más frecuentes de mayor a menor

Orden	Variante	Total de consignaciones	%
Primer lugar	Abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo	14	50
	No abandono del tratamiento psicofarmacológico luego de haber iniciado el mismo	14	50
Segundo lugar	El paciente inicia el tratamiento pero no se respeta la frecuencia y/o número de tomas diarias indicadas	8	29
	El paciente inicia el tratamiento pero no se respeta la frecuencia y/o número de tomas diarias indicadas	20	71
Tercer lugar	El paciente inicia el tratamiento pero no se respetan la dosis diaria prescrita	4	14
	El paciente inicia el tratamiento y se respetan la dosis diaria prescrita	24	86
Cuarto lugar	El paciente no inicia el tratamiento psicofarmacológico	3	10
	El paciente inicia el tratamiento psicofarmacológico	25	90

Tabla 17.

Factores implicados en la no adherencia psicofarmacológica

Factores implicados	Total de consignaciones
d. Alto costo de la medicación	23
iI. Temor a volverse dependiente a los psicofármacos	22
a. Pobre o dificultoso vínculo terapéutico entre el profesional y el paciente	21
iiI. Temor a sufrir de posibles efectos adversos	
g. Creencias negativas del paciente relacionadas con el psicofármaco y su efectividad	20
j. Falta de apoyo familiar o del círculo íntimo	
t. Dificultades económicas para acceder al psicofármaco	19
v. Efectos adversos acontecidos	18
f. Régimen complejo de tratamiento	15
k. Desacuerdo del paciente en cuanto a la necesidad de realizar el tratamiento	
e. El paciente cuenta con una escasa red de apoyo social	12
s. Enfermedad psiquiátrica crónica	
q. Comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas	
m. Sospechas de que los médicos prescriben los psicofármacos en exceso	11
r. Problemas cognitivos del paciente	
iiiI. Temor a perder el control sobre las características de su personalidad	
p. Falta de efecto percibido del tratamiento psicofarmacológico por parte del paciente	10
l. Desacuerdo del paciente en cuanto a la enfermedad diagnosticada y sus implicancias	
x. Poca capacidad del sistema de salud para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento	9
b. Bajo nivel educativo (primaria incompleta)	8
w. Servicios de salud poco desarrollados o con reembolso inadecuado	
ivI. Temor a sufrir de discriminación ó estigmatización social	7
o. Escasa confianza del paciente en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos	
n. Falta de motivación del paciente para con el tratamiento psicofarmacológico	6
u. El paciente cuenta con insuficiente información acerca del psicofármaco y su farmacodinamia	
h. El paciente sufrió de estigmatización o discriminación social	3
c. Alto nivel educativo (universitario completo)	2

Tabla 18.

Estrategias utilizadas cuando no se inicia el tratamiento

Estrategias utilizadas	Consignaciones totales
Psicoeducación	17
Trabajo con la familia y red	9
Escuchar los argumentos del paciente	3
Estrategias relacionadas con la patología específica	3
Modificar el esquema farmacológico	2
Trabajo en equipo interdisciplinario	2
Esperar la decisión del paciente	2
Empatía	2
Motivación	1
Cuestionamiento	1
Negociación	1
Afianzar la relación terapéutica	1
Internación domiciliaria	1
Internación en una institución especializada	1
Controlar la ansiedad propia del terapeuta	1
Apuntar a lo estrictamente sintomático	1
Contar con disponibilidad de muestras	1
Psicoterapia	1
Dar por finalizado el tratamiento	1
Estrategias terapéuticas como el efecto paradójal	1
Sugerir al paciente la administración según su necesidad en los trastornos de ansiedad	1

Estrategia más efectiva	Frecuencia total de respuestas (de 22 participantes)
Psicoeducación	12
Trabajo con la familia y red	4
Modificar los esquemas farmacológicos	2
Trabajo en equipo interdisciplinario	2
Estrategias terapéuticas tales como el efecto paradójal	2
Empatía	2
Motivación	1
Negociación	1
Escuchar los argumentos del paciente	1
Internación domiciliaria	1
Internación en una institución especializada	1
Esperar la decisión del paciente	1
Controlar la ansiedad propia	1
Contar con disponibilidad de muestras	1
Sugerir al paciente la administración según su necesidad en los trastornos de ansiedad	1
Afianzar la relación terapéutica	1

Tabla 19.
Estrategias más efectivas cuando no se inicia el tratamiento

Tabla 20.

Estrategias utilizadas para toma de medicación irregular

Estrategia más efectiva	Consignaciones totales
Psicoeducación	18
Trabajo con la familia y red	5
Modificar el esquema farmacológico	2
Utilizar disponibilidad de muestras	2
Motivación	1
Psicoeducar a la familia	1
Asistencia de acompañantes terapéuticos	1
Buscar otro dispositivo de tratamiento	1
Estrategias específicas según la patología	1
Esperar la decisión del paciente	1
Sugerir la posibilidad de dar por finalizado el tratamiento	1
Empatía	1

Tabla 21.

Estrategias más efectivas para la toma de medicación irregular

Estrategia más efectiva	Frecuencia total de respuestas (de 23 participantes)
Psicoeducación	17
Trabajo con la familia y red	3
Utilizar disponibilidad de muestras	2
Hospital de día	1
Trabajo en equipo interdisciplinario	1
Empatía	1
Brindar libertad y autonomía al paciente en su decisión	1
Esperar la decisión del paciente	1