



MANUAL PARA LA MEJORA DE

la adherencia en salud mental



neuropsiquiatría

Grupo de Trabajo de neuropsiquiatría de la sefh



adhefar

Grupo de trabajo sobre
Adherencia de la sefh



Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria



fefh

Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria





MANUAL PARA LA MEJORA DE

la adherencia en salud mental



neuropsiquiatría

Grupo de Trabajo de neuropsiquiatría de la **sefh**



adhefar

Grupo de trabajo sobre
Adherencia de la **sefh**



sefh

Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria



fefh

Fundación Española
de Farmacia Hospitalaria

Autores

+ Elixabet Rodríguez García

Especialista en Farmacia Hospitalaria, BCPP
Responsable del Servicio de Farmacia
Hospital San Juan de Dios. San Sebastián
Vocal grupo de Trabajo de Neuropsiquiatría

+ Fernando Mora Mínguez

Jefe de Sección de Psiquiatría
Hospital Universitario Infanta Leonor - Madrid
Profesor Asociado de Psiquiatría
Universidad Complutense de Madrid

+ Graciela Rodríguez Ansede

Psicóloga responsable del Servicio de Atención
Psicológica de AVIFES

+ Itziar Ceballos Villahoz

Gerente de AVIFES

+ Vera Areas del Aguila

F.E.A Hospital General Universitario Ciudad Real
Farmacéutica consulta atención farmacéutica
Vocal Grupo de trabajo sobre adherencia de la SEFH



Revisores

+ Amaya Rojo García

Responsable del Servicio de Farmacia
C. H. Benito Menni. Elizondo-Navarra

+ M^a Auxiliadora Celdrán Hernández

Responsable del Servicio de Farmacia
Hospital psiquiátrico penitenciario. Alicante

Coordinadora del manual

+ Amaya Rojo García

Responsable del Servicio de Farmacia
C. H. Benito Menni. Elizondo-Navarra

© 2022. SEFH. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ISBN: 978-84-09-43932-4

Depósito legal: M-25574-2022

La presente publicación se ha desarrollado gracias a la colaboración de Lundbeck.

La entidad colaboradora no han participado en la redacción, ni revisión de su contenido, que ha sido elaborado de forma independiente.

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse o transmitirse por medio alguno o en forma alguna, bien sea electrónica o mecánicamente, tales como el fotocopiado y la grabación o a través de cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el previo consentimiento escrito de los Autores y/o de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Aunque se ha tenido el máximo cuidado en la recopilación y verificación de la información contenida en esta publicación con el objeto de asegurar su veracidad, los Autores, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y sus asociados no se responsabilizarán de la actualización continuada de la información ni de cualquier omisión, inexactitud o error expresado en esta publicación. Tampoco se responsabilizarán de los posibles perjuicios y/o daños que se pudieran ocasionar a individuos o instituciones que pudieran ser consecuencia de la utilización de la información, métodos, productos, instrucciones e ideas que se proporcionen en esta publicación. Dado el rápido progreso con el que avanzan las ciencias médicas, los Autores, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y sus asociados recomiendan que se realicen las comprobaciones oportunas al margen de los diagnósticos y dosificaciones que se indican en esta publicación. La inclusión o exclusión de cualquier producto no implica que su uso esté recomendado o rechazado. El uso que se haga de marcas comerciales se destina únicamente a meros fines de identificación del producto y no implica el respaldo o patrocinio del mismo.

índice



CAPÍTULO 1

Adherencia

Vera Areas del Aguila

7

CAPÍTULO 2

Comunicación eficaz y entrevista motivacional

Fernando Mora Mínguez

25

CAPÍTULO 3

Visión del paciente en la adherencia
a los psicofármacos

Itziar Ceballos Villahoz y Graciela Rodríguez Ansede

37

CAPÍTULO 4

Implantación de un programa
de adherencia en salud mental

Elixabet Rodríguez García

51

CAPÍTULO

1

Adherencia

Vera Areas del Aguila





CAPÍTULO 1: Adherencia

Vera Areas del Aguila

INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es una parte integral de la salud y va más allá de la ausencia de trastornos mentales, definiéndola como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”¹.

Las alteraciones de la salud mental (trastornos psiquiátricos o psicológicos) implican alteraciones en el pensamiento, en las emociones y/o en la conducta. Las alteraciones leves de estos aspectos vitales son frecuentes, pero cuando provocan una angustia intensa a la persona afectada y/o interfieren en su vida diaria, se consideran enfermedades mentales o trastornos de la salud mental².

Un «trastorno de salud mental» es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo³.

Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. Entre ellos se incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, demencia, y los trastornos del neurodesarrollo como los trastornos del espectro autista, trastornos de alimentación, etc. recogidos en el capítulo 05 de la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)^{4,5,6}.

Actualmente, cerca de 450 millones de personas en el mundo están afectadas por un trastorno mental o de la conducta¹.

La depresión afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo, el trastorno afectivo bipolar a alrededor de 45, la esquizofrenia a 21 y la demencia a unos 50 millones⁴.



De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos; a las condiciones neuropsiquiátricas se les imputa el 13% de los años de vida ajustados por discapacidad¹.

En Europa, la salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública, en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y discapacidad. Respecto a la prevalencia, se estima que los trastornos mentales afectan a más de un tercio de la población europea, y en todos los países son más prevalentes en los grupos más desfavorecidos. En términos de carga de enfermedad, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el segundo lugar, con un 19% del total. Y en cuanto a la discapacidad, en muchos países la depresión, ansiedad y esquizofrenia constituyen su principal causa, con la consecuente jubilación anticipada y carga económica. Los trastornos mentales son el principal motivo de los años de vida con discapacidad de la población, cerca del 40%⁷.

En España, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España ENSE 2017, más de una de cada diez personas con 15 años o más, refirió haber sido diagnosticada de algún trastorno de salud mental (10,8%). Las mujeres refieren tener algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 3,8% de la población refiere una limitación para las actividades de la vida cotidiana debida a un problema de salud mental⁶.

En el estudio ESEMeD-España que evalúa la epidemiología de los trastornos mentales en la población general española adulta, la prevalencia global de los problemas de salud mental es del 27,4% (30,2 en mujeres, 24,4 hombres)⁸.

En la última Encuesta Europea de Salud en España, del año 2020, entre los problemas de salud más frecuentes están la ansiedad y la depresión, especialmente en las mujeres, siendo la prevalencia en la población de 15 ó más años de 5,84 y 5,28%, respectivamente⁹.

El consumo de psicofármacos es un reflejo de estas prevalencias. El 10,86% de la población de 15 a más años declara haber consumido medicamentos del tipo de los tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en las dos últimas semanas⁹.

Los fármacos del sistema nervioso (grupo N del código ATC de clasificación anatómica-terapéutica-química de medicamentos) ocupan, en conjunto, el tercer lugar del consumo farmacéutico, después de los fármacos del aparato cardiovascular y de los fármacos del aparato digestivo. Los psicofármacos constituyen el 70,0% de los fármacos del grupo N en términos de DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día)¹⁰.



El consumo crece con la edad hasta los 80-84 años, para luego descender. Existe un claro predominio femenino en el consumo de estos psicofármacos, que duplica y en ocasiones triplica el consumo de los hombres. Se observa un gradiente social, de modo que el consumo se dispara a medida que disminuye la renta, sobre todo en el caso de las mujeres¹⁰.

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%⁴.

En España, más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado¹¹. Un porcentaje sustancial de personas que padecen trastornos mentales no consulta con los servicios sanitarios y si consulta no recibe tratamiento. Solo el 57% de las personas que padecen depresión, el 30% de las que padecen ansiedad y el 71% de los que padecen ambos trastornos consultaron con dichos servicios y el 31% de ellos no recibieron tratamiento.

En el estudio realizado por Oliva-Moreno, López-Bastida y Montejo (2006), los costes por trastornos mentales en atención hospitalaria suponen un total de 789 millones de euros siendo un 53.22% costes sanitarios indirectos y un 46.74% costes directos en los que los psicofármacos ocupan el primer puesto con un coste total de 194 millones de euros¹².

Para la OMS, **la adherencia** al tratamiento se define como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria”¹³.

Las directrices del consenso de expertos en enfermedades mentales graves de 2009, recomiendan utilizar un punto de corte, mayor o igual al 80% de la medicación tomada para que los individuos pueden ser considerados adherentes¹⁴.

Las tasas de incumplimiento en pacientes con problemas de salud mental varían ampliamente del 20 al 70% según la metodología, población objetivo y definiciones de adherencia, siendo también difícil mantener la adherencia a lo largo del tiempo (a menudo denominada persistencia) empeorando las tasas de incumplimiento con períodos de observación más largos^{15,16}.

Es por ello que, los trastornos psiquiátricos son una preocupación creciente para la salud pública, que atribuye el 14% de la carga de enfermedades a los mismos agravada por la falta de adherencia a la medicación¹⁷.



En general, el 49% de los pacientes con trastornos psiquiátricos no cumplen con su medicación psicotrópica, siendo para la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar 56%, 50% y 44%, respectivamente¹⁸.

La adherencia es un proceso continuo, pero se puede dividir en tres fases: iniciación, implementación y discontinuación de la terapia. La «iniciación» comienza cuando un paciente toma la primera dosis del medicamento recetado. El proceso continúa como «implementación» hasta el último día que se ha tomado la dosis, y el abandono de la toma de dosis se reconoce como «discontinuación o interrupción». Un 5% de los pacientes no llega a iniciar la terapia con su antidepresivo. La mayoría de los estudios evalúan la adherencia a la medicación en la implementación y/o fases de interrupción¹⁸.

En jóvenes con trastornos mentales serios, la adherencia a la farmacoterapia se vincula con el mantenimiento de salud mental. A un 63% de niños y adolescentes con este tipo de trastornos se le prescribe medición antipsicótica, sin embargo, entre el 50% y el 88% de los jóvenes incumplen el régimen prescrito siendo el porcentaje medio de tiempo en tratamiento con plena adherencia similar al de los jóvenes con otras enfermedades médicas crónicas (56% para antipsicóticos y 53% para estabilizadores del estado de ánimo/medicamentos anticonvulsivos)¹⁹.

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA EN ENFERMEDADES MENTALES

La adherencia a los fármacos correctamente prescritos es esencial para una psicofarmacoterapia efectiva. La falta de adherencia a los psicofármacos constituye una barrera significativa para el éxito del tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica y se ha relacionado con malos resultados terapéuticos, tales como mayores riesgos de recaída y recurrencia, así como con el aumento de los costes sanitarios²⁰.

Las consecuencias de la falta de adherencia terapéutica engloban varias dimensiones interrelacionadas entre sí que se pueden agrupar en dos categorías principales: consecuencias para el paciente, siendo la más grave y de mayor prevalencia entre los pacientes psicóticos el riesgo de recaída y rehospitalización, mayor duración de la hospitalización y mayor riesgo de suicidio; y consecuencias para el sistema de salud, uno de los fenómenos más estudiados en psiquiatría es el de «la puerta giratoria», que se observa en aquellos pacientes que sufren múltiples y continuos ingresos en las unidades de agudos de psiquiatría originando una elevada tasa de reingresos. Numerosos estudios coinciden en que los predictores de rehospitalización más importantes en pacientes psicóticos son el número de ingresos previos, el abuso de sustancias tóxicas asociado y una baja adherencia al tratamiento prescrito^{21,22}.



Se ha visto que pacientes no adherentes con esquizofrenia tienen un riesgo de recaída cinco veces mayor²³.

Según la revisión realizada por Fenton y colaboradores en 1997, los pacientes considerados como no-adherentes tienen un riesgo de recaída 3.7 veces superior en el plazo de 6 meses a 2 años, en comparación con los sí adherentes. La ambigüedad a la que se ven expuestos los pacientes es que una baja adherencia terapéutica no tiene consecuencias inmediatas: la recaída en síntomas psicóticos ocurre normalmente después de semanas o meses después de haber interrumpido el tratamiento. Es por ello, que pocos asocian esta recaída con una mala adherencia a la medicación, disminuyendo el riesgo percibido. Las recaídas se asocian con un aumento del riesgo de rehospitalización y un peor pronóstico de la enfermedad. A su vez, las recaídas hospitalarias se ven estrechamente relacionadas con una cronicidad de los síntomas (psicóticos y no psicóticos) y una mayor tolerancia a la medicación antipsicótica, haciendo menos eficaces sus efectos terapéuticos. Las hospitalizaciones y recidivas de los pacientes que no siguen las pautas prescritas se asocian directamente con un mayor riesgo de que la familia se niegue a participar en su tratamiento. También se ha demostrado que aquellos pacientes con trastornos psicóticos (especialmente esquizofrénicos) que no tienen medicación prescrita, muestran un mayor deterioro del funcionamiento social y de su calidad de vida, así como un aumento de la mortalidad. En este contexto, podemos deducir que una adecuada adherencia terapéutica a las medicaciones antipsicóticas favorece la mejora de la calidad de vida, asociándose a su vez a una mejora en su esperanza de vida. La no adherencia terapéutica se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, que a su vez va ligado a una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbi-mortalidad y un consumo evitable de los recursos socio-sanitarios del sistema²².

También la falta de adherencia a la medicación se ha asociado con un mayor uso de los servicios psiquiátricos de emergencia, violencia, arrestos, un mayor riesgo de intento de suicidio, funcionamiento social y laboral deficiente y reducción de la calidad de vida¹⁸. La falta de adherencia a los medicamentos psicotrópicos puede conducir a exacerbación de su enfermedad, reducir la eficacia del tratamiento, disminuir la respuesta a un tratamiento posterior¹⁸.

Los pacientes con trastornos psicóticos que presentan poca respuesta clínica a pesar del tratamiento con diferentes fármacos antipsicóticos se considera que presentan fracaso terapéutico, parcial o totalmente, debido a varios factores incluyendo no solo la resistencia al tratamiento, la adecuación del régimen y la tolerabilidad al fármaco, sino también la adherencia al tratamiento prescrito. Los psiquiatras, en estos casos, pueden tener problemas para distinguir entre la mala adherencia y la mala respuesta al trata-



miento, ya que especialmente la falta de adherencia parcial ocurre con la misma frecuencia que la completa suspensión de medicamentos. Al subestimar la falta de adherencia, los prescriptores pueden, prematuramente, suspender el tratamiento, agregar medicamentos concomitantes o aumentar las dosis²³.

El incumplimiento se considera el principal factor de riesgo de recaídas, hospitalizaciones y malos resultados en pacientes con trastorno bipolar. Los pacientes no adherentes a estabilizadores del ánimo presentan un riesgo de ingreso hospitalario cuatro veces superior al de pacientes adherentes. El mayor número de hospitalizaciones en pacientes no adherentes se produce incluso sin un aumento de recaídas, lo que sugiere que la no adherencia aumenta la gravedad de los episodios. El riesgo de suicidio en pacientes bipolares con trastorno depresivo mayor es dos veces superior con baja adherencia. El principal factor protector modificable en el suicidio de pacientes con trastorno bipolar (seguimiento de 10 años) es la adherencia²³.

La depresión es una enfermedad recurrente, y el mal cumplimiento del tratamiento es uno de los factores más importantes que afecta a las recaídas. La aparición de síntomas de discontinuación es una posible consecuencia de la no adherencia al tratamiento. Si bien estos síntomas se han descrito con todos los antidepresivos, predominan en los de vida media corta y pueden ocurrir incluso tras el abandono de una sola dosis. Además, los pacientes con depresión tienen tres veces más probabilidades de no adhesión a fármacos prescritos para otras enfermedades y la adherencia al tratamiento antidepresivo se asocia a mayor adherencia a la medicación prescrita para las enfermedades comórbidas²⁴.

FACTORES PREDICTORES DE FALTA DE ADHERENCIA

Los predictores de la falta de adherencia a la medicación se pueden dividir en factores de riesgo modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables incluyen características sociodemográficas que pueden ayudar a identificar a las personas en riesgo para intervenciones específicas de adherencia. Los factores de riesgo modificables, por otro lado, son de particular interés como objetivos para el desarrollo de intervenciones específicas o estrategias para mejorar la adherencia, e incluyen las actitudes y creencias de los pacientes sobre la medicación y la enfermedad, la implicación de la familia, así como algunos síntomas clínicos que pueden ser susceptibles de tratamiento²³.

Las razones para la no adherencia se pueden dividir en dos grupos, intencional y no intencional, lo que refleja el contraste entre la elección personal de los pacientes y las



barreras objetivas para tomar la medicación. La falta de adherencia intencional se refiere a la decisión consciente del paciente de dejar de tomar la medicación o de tomar menos medicación de la prescrita. Las razones identificadas en esta categoría incluyen una percepción deficiente con al menos dos dominios: conciencia de la enfermedad y conciencia de la necesidad de tratamiento, una actitud negativa hacia la medicación, efectos secundarios de la medicación, la relación médico-paciente (alianza terapéutica) deficiente y la estigmatización. La falta de adherencia involuntaria o no intencional afecta la capacidad del paciente para tomar la medicación de forma regular. Se incluyen en esta categoría las siguientes razones de incumplimiento: abuso de sustancias, deterioro cognitivo, depresión, apoyo familiar/social, acceso a la atención de la salud mental y funcionamiento social¹⁷.

La falta de adherencia a la medicación en pacientes con trastornos psiquiátricos está influenciada por varios factores que sistemáticamente se agrupan en factores propios del paciente, de la enfermedad, del tratamiento, factores sociales o del entorno y los relacionados con el sistema¹⁸.

A. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE Y SU ENFERMEDAD

Se incluyen factores sociodemográficos, la severidad de los síntomas clínicos, la función cognitiva, la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, y el abuso de drogas y alcohol¹⁸.

Algunas características sociodemográficas de los pacientes tratados con antipsicóticos se asocian con la falta de adherencia a la medicación en la población más joven y en aquella en que el inicio de la enfermedad es más temprano¹⁸. Sin embargo, la relación con el género, el estado civil y el nivel de educación es inconsistente en la mayoría de los estudios^{18,23}.

La relación entre la severidad de los síntomas clínicos y la adherencia al tratamiento antipsicótico es controvertida; un mayor bienestar subjetivo y la eficacia del tratamiento no predicen una mejor adherencia²³.

El número de hospitalizaciones previas y el tiempo transcurrido desde la última hospitalización no son predictores de adherencia, pero el número de ingresos involuntarios predice la falta de adherencia²³.



Aunque el diagnóstico no predice la adherencia a la medicación antipsicótica, en algunos estudios la falta de adherencia a la medicación psicofarmacológica fue más frecuente entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, seguido de depresión y trastorno afectivo bipolar²⁴.

Se carece de evidencia tanto para el abuso de alcohol y de sustancias ilícitas como predictores individuales de falta de adherencia a la medicación salvo para el cannabis²³.

El modelo de creencias sobre la salud se ha utilizado para explicar la probabilidad de que ocurra un comportamiento relacionado con la salud basado en cuatro dimensiones: susceptibilidad percibida (vulnerabilidad a la enfermedad), gravedad de la enfermedad, barreras (obstáculos para abordar la enfermedad), y beneficios (creencias sobre la efectividad de las acciones para abordar la enfermedad)²⁵.

La percepción sobre su salud que tiene el paciente psicótico, su reactancia psicológica (cómo el paciente percibe la prescripción del tratamiento como una limitación de su libertad) y la autoeficacia (creencias de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los problemas de salud) han demostrado ser de especial relevancia. Los datos preliminares respaldan el papel de estos procesos psicológicos en el cumplimiento, especialmente la baja reactancia psicológica, y un mayor control externo de la salud del individuo por agentes externos, como puede ser su médico u otra persona importante en la vida del paciente. La autoeficacia muestra asociaciones tanto positivas como no significativas con la adherencia a la medicación²⁵.

La baja percepción de la enfermedad se muestra consistente con la falta de adherencia, esto se explica porque los pacientes con psicosis no son conscientes de su enfermedad²³.

B. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

La **actitud de los pacientes hacia la medicación** es un factor crucial que afecta la adherencia al tratamiento, una actitud negativa hacia su medicación es un factor asociado a la falta de adherencia a los tratamientos psicotrópicos. Las alteraciones cognitivas relacionadas con la propia enfermedad contribuyen a que el paciente no esté dispuesto a usar el medicamento; la conciencia sobre la necesidad del tratamiento se ve afectada cuando el paciente con trastorno mental cree que la medicación le hará daño, escucha voces que le dicen que no tome el medicamento, y cuando considera que tomar el medicamento no es algo natural¹⁸.

Los factores relacionados con el tratamiento antipsicótico, como tipo, dosis, y vía de administración del medicamento son difíciles de evaluar fuera de los ensayos clínicos



controlados debido al efecto de los factores de confusión en los estudios naturalísticos²³. En la revisión sistemática de El Abdellati K, aunque la baja tolerabilidad de la medicación antipsicótica a menudo es vista como una razón importante para la falta de adherencia, los efectos secundarios no parecen tener fuerte efecto predictivo²³.

La menor eficacia de la medicación y la propia autoevaluación que de ésta hace el paciente, los tratamientos de larga duración y la complejidad del tratamiento están asociados con falta de adherencia a medicamentos psicotrópicos²³.

En algunos estudios prospectivos, la adherencia permanece sin cambios a lo largo del tiempo en pacientes con depresión²⁵.

C. FACTORES DEL ENTORNO Y RELACIONADOS CON EL SISTEMA

El apoyo familiar y de los cuidadores así como una actitud positiva de la familia hacia la medicación son buenos predictores de la adherencia a la medicación^{18,23}.

La percepción de ser estigmatizados por sus familias, vecinos, profesionales de la salud y otros miembros de la comunidad es un factor asociado con la falta de adherencia a la medicación en los pacientes psiquiátricos¹⁸.

Entre los factores relacionados con el sistema que pueden afectar a la adherencia a los medicamentos psicotrópicos se encuentra la dificultad de acceso a fármacos cuando estos no están financiados, la insuficiente educación a los pacientes y/o familiares relacionada con la salud mental, la relación negativa médico-paciente¹⁸.

Si bien los trastornos mentales pueden ser tratados efectivamente con medicación y/o intervenciones psicosociales, sólo una minoría de las personas afectadas reciben el tratamiento incluso el más básico. Con frecuencia, el tratamiento inicial se demora hasta varios años. En países desarrollados, con sistemas de salud bien organizados, entre el 44% y el 70% de las personas con depresión, esquizofrenia, trastornos por el consumo de alcohol, y enfermedades mentales de los niños y adolescentes no reciben tratamiento en un año¹.

En la revisión de *Velligan et al*, la mala percepción que tenga el paciente de su enfermedad mental es motivo de incumplimiento en el 55,6 % de los estudios, seguido del abuso de sustancias (36,1 %), una actitud negativa hacia la medicación (30,5 %), efectos secundarios de la medicación (27,8 %) y deterioro cognitivo (13,4 %)¹⁷.



ESCALAS Y MÉTODOS PARA VALORAR LA ADHERENCIA EN SALUD MENTAL

El hecho de que el fenómeno de la adherencia sea múltiple y complejo dificulta disponer de un sistema de evaluación idóneo. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia por lo que se deben utilizar varios de ellos con el fin de paliar las insuficiencias que todos poseen²¹.

La práctica clínica psiquiátrica precisa de métodos de evaluación de la adherencia al tratamiento que sean sencillos y que no consuman grandes esfuerzos o tiempo para poder incorporarlos a la rutina diaria. Los métodos disponibles para medir la adherencia al tratamiento con psicofármacos se clasifican en métodos objetivos (directos e indirectos) y métodos subjetivos (indirectos)²¹.

Métodos objetivos

Los **métodos objetivos directos** se basan en la determinación del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como la sangre, orina, saliva o, incluso, en el pelo. Se asume que su presencia en ellos expresa que el medicamento se ha tomado, aunque esto no es totalmente cierto ya que pueden dar por buen cumplidor al incumplidor, a aquellos pacientes que toman adecuadamente su medicación prescrita únicamente los días previos a la cita con sus médicos. Además, solo en un número limitado de psicofármacos se pueden emplear los niveles séricos para evaluar el grado de adherencia al tratamiento. Las diferencias individuales en el metabolismo y en la vida media hacen que en la mayoría de los psicofármacos las determinaciones plasmáticas solo sean útiles para determinar si el tratamiento se ha tomado o no, pero no para establecer si las dosis han sido las indicadas. En general, este tipo de determinaciones son muy objetivas y específicas y obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos, pero tienen escasa utilidad ya que son caras, se disponen para un escaso número de fármacos y necesitan de una infraestructura sofisticada no disponible en la práctica clínica psiquiátrica habitual^{15,21}.

Los **métodos objetivos indirectos** valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad. Los más empleados son los siguientes:

Recuento de comprimidos. El método se basa en determinar cuántas pastillas faltan en el envase y se compara con el número de comprimidos que debería haber en función de la pauta prescrita y el tiempo transcurrido desde el inicio del envase, suministrando un porcentaje estimado de adherencia. Esta técnica presenta numerosos inconvenientes.



El paciente debe llevar consigo sus envases de tratamiento a la consulta, el paciente puede estar polimedcado y tener que manejar múltiples envases, y algunos pacientes pueden deshacerse de su tratamiento para parecer adherentes. Para evitar algunos de estos inconvenientes se pueden contar los comprimidos en el domicilio del paciente en una visita no anunciada y aleatoria que, a la vez, permitirá valorar su entorno.

Tecnología de monitorización. Existen distintos tipos de dispositivos electrónicos que analizando el momento en el que el paciente abre y cierra su pastillero estiman el tiempo específico entre dosis, identifican los patrones de uso de los medicamentos prescritos y calculan las tasas de adherencia. Algunos dispositivos contienen un chip electrónico en la tapa del envase que registra la fecha y hora cada vez que se abre el envase, e incluso, transmiten datos a través de la línea telefónica o internet. El coste de los dispositivos y las dificultades inherentes a su uso hace que suelen quedar limitados a estudios de investigación o ensayos clínicos²¹.

Aunque los monitores electrónicos generalmente se consideran el estándar de referencia para evaluar la adherencia, los resultados pueden verse comprometidos por una serie de problemas: los pacientes pueden tomar más de una dosis del envase a la vez, no sacar nada, o no pueden reemplazar la tapa, lo que da como resultado que falten datos¹⁵.

Bases de datos de las farmacias. Una estrategia que puede suministrar una buena aproximación sobre la adherencia en el estudio de grandes grupos de población es la utilización de las bases de datos de las farmacias, analizando la periodicidad con la que el paciente retira sus medicamentos prescritos. Sin embargo, aunque el paciente retire sus medicamentos no se tiene la certeza de que cumpla el tratamiento en la dosis y modo adecuados. El uso generalizado de la receta electrónica facilita el seguimiento de la adherencia al quedar registrado, y disponible para el profesional, cuando ha sido dispensado cada medicamento. Sin embargo, los pacientes también pueden retirar recetas sin que aparezca en los registros. Además, solo porque el paciente haya retirado la medicación con la receta no significa que tomará el medicamento según lo recetado o que lo tome^{15,21}.

En la vida real, una primera aproximación a la adherencia al tratamiento puede ser el cálculo del índice de posesión de medicación (*Medication Possession Ratio*, MPR) partir de los registros en farmacia, definido como la cantidad de días de suministro de medicamentos en un período de tiempo dividido por la cantidad de días de ese período (a menudo 365). Se considera que el paciente es adherente si $MPR \geq 0,8$ ^{15,25}.

Las medidas directas como apertura de un frasco o ingesta de un medicamento o recoger la medicación prescrita en la receta requieren un comportamiento concreto del individuo relacionado con la adherencia²⁶.



Métodos subjetivos

Los métodos subjetivos (indirectos) suelen valorar la conducta de los pacientes así como sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Aunque son menos fiables que los métodos directos, son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en la práctica clínica psiquiátrica contribuyendo al conocimiento de la efectividad terapéutica. La información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar o del profesional de la salud a cargo del paciente lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento. Los pacientes suelen informar de un mayor cumplimiento terapéutico que el percibido por sus psiquiatras, que con frecuencia presentan problemas para la identificación de los pacientes adherentes^{15,21}. Estos métodos a menudo evalúan sólo las actitudes hacia la medicación en lugar del comportamiento²⁷.

La revisión de la literatura científica relativa a la adherencia pone de manifiesto que las creencias y actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia su enfermedad y tratamiento predicen mejor su adherencia al tratamiento que cualquier otra variable socio-demográfica o clínica. Por esta razón, algunos de los cuestionarios más empleados en la valoración de la adherencia se centran en el análisis de las creencias y actitudes de los pacientes. En la actualidad se dispone de una amplia gama de escalas de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico susceptibles de ser utilizadas por parte de los profesionales de la salud mental^{21,27}.

Las escalas de evaluación del cumplimiento se basan en entrevistas o cuestionarios al paciente^{27,28,28}.

- ▶ La escala *Brief Adherence Rating Scale (BARS)*, validada en español, es una escala desarrollada para pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que consta de tres preguntas relacionadas con el conocimiento que tiene el paciente de su régimen de medicación y una escala visual analógica (EVA) que hace referencia al porcentaje de dosis que ha tomado el paciente en el último mes.
- ▶ El inventario de actitudes hacia la medicación o *Drug Attitude Inventory (DAI)*, escala autoaplicada, se desarrolló para su aplicación en pacientes con esquizofrenia. El cuestionario original consta de treinta preguntas pero existe una versión con 10 (*DAI-10*), y es un cuestionario que recoge preguntas con respuesta verdadero/falso sobre percepciones y experiencias del paciente con la medicación.



- ▶ La *escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8-ítems)* es una medida autoinformada estructurada de la conducta de toma de la medicación con ocho ítems; este instrumento ha sido validado en español en pacientes psiquiátricos.
- ▶ La *escala Medication o Adherence Report Scale (MARS)* es una escala autoaplicada validada para su uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Evalúa tanto el comportamiento sobre el cumplimiento como las actitudes frente a la medicación. El cuestionario es largo y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión.
- ▶ El *Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (Beliefs about Medicines Questionnaire, BMQ)* tiene una versión española validada en pacientes psiquiátricos ambulatorios que ha demostrado ser válida y fiable para evaluar las creencias de los pacientes sobre la medicación, así como la adherencia al tratamiento²¹.
- ▶ El cuestionario "*Medication Adherence Behavior Scale*" consta de siete ítems sobre comportamientos relacionados con la toma de la medicación en el mes previo²⁶.
- ▶ La *escala Adherence Scale (AAS)*, con cuatro ítems para evaluar el grado en que el olvido, el descuido y la interrupción del tratamiento (bien porque el paciente se siente mejor o al sentirse peor cuando la toma), evalúa la adherencia en las últimas cuatro semanas²⁹.
- ▶ El *Cuestionario de evaluación breve de influencias y creencias de la medicación (BEMIB)*, desarrollado para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis, está basado en el modelo de creencias sobre la salud y evalúa tres factores: conciencia de enfermedad y de los beneficios del tratamiento, obstáculos externos y obstáculos internos.
- ▶ La *escala sobre evaluación personal de los cambios de tratamiento o Personal Evaluation of Transitions in Treatment (PETiT)* se utiliza en pacientes con esquizofrenia, evalúa la respuesta subjetiva a los antipsicóticos, la adherencia, la tolerabilidad y el impacto del tratamiento en la calidad de vida.

En la práctica clínica, los métodos autoinformados son los más utilizados, si bien los clínicos creen que el mejor método para obtener la información sobre la adherencia del paciente al tratamiento es preguntarle por los problemas que tiene al tomar la medicación en vez de si la está tomando, o preguntar a la familia o cuidador con el consentimiento del paciente²⁷.



La falta de adherencia terapéutica en las personas con trastorno mental grave (TMG) se considera uno de los principales problemas en la práctica clínica psiquiátrica.

Un inadecuado cumplimiento en el tratamiento constituye una barrera para lograr el éxito terapéutico y se ha relacionado con mayor riesgo de recaída y recurrencia, así como con un aumento de costes para el sistema sanitario, por lo que se puede afirmar que conlleva consecuencias negativas, básicamente, a dos niveles: en primer lugar, a nivel de la calidad de vida del paciente y de su entorno y, en segundo lugar, para el sistema sanitario. Es por ello que debemos poner todos los medios disponibles a nuestro alcance a fin de aumentar las tasas globales de adherencia teniendo en cuenta que la falta de adherencia en la práctica psiquiátrica es un problema multifactorial que engloba factores centrados en el paciente, factores relacionados con el tratamiento, factores del sistema de atención médica, factores socioeconómicos y factores propios de la enfermedad.

Debemos ser conscientes de que no existe ninguna intervención para la mejora de la adherencia válida para todos los pacientes y, por esta razón, es necesario establecer intervenciones individualizadas en el seno de un equipo multidisciplinar que incluya al farmacéutico de hospital, psiquiatra, psicólogo, personal de enfermería y trabajador social, sin olvidar la implicación del paciente y de su entorno así como de las asociaciones de pacientes y colegios profesionales, de manera coordinada, con el fin de lograr el aseguramiento de la adherencia a los psicofármacos.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud; 2004. Intervenir en salud mental. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- ² First MB. Manual MSD[internet];2020 [citado 14 Mar 2022]. Introducción a las enfermedades mentales. Disponible en :
<https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-a-las-enfermedades-mentales>
- ³ Faesgalicia.org[internet]. Galicia: FAES; 2022 [citado 14 Mar 2022].Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Salud mental. Los problemas de salud mental. Disponible en:
<https://feafesgalicia.org/ES/content/salud-mental>
- ⁴ Organización Mundial de la Salud [internet]; OMS2019[citado 14 Mar 2022]. Trastornos mentales. Datos y cifras. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- ⁵ Cuesta JP; Saiz J,Roca M, Noguer I.Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Psiq Biol. 2016[citado 14 Mar 2022];23(2):67–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-salud-mental-salud-publica-espana-S1134593416000105>
- ⁶ Follow the full name with the abbreviation «DSM-5.» Example: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed., American Psychiatric Association, 2013. DSM-V, doi-org.db29.linc-cweb.org/10.1176/ appi.
- ⁷ Ministerio de Sanidad [internet];2017[citado 1 Mar 2022]. Salud mental. Encuesta Nacional de Salud de España 2017.Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- ⁸ Haro JM,Palacín C,Vilagut G,Martínez M,Bernal M,Luque I,Codony M, Dolza M,Alonso J. Grupo ESE-MeD-España* .Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006[citado 14 Mar 2022];126(12):445-51.Disponible en:
<http://public-files.prbb.org/publicacions/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>
- ⁹ Ministerio de Sanidad [internet];2021[ciatdo 14 mar 2022]Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2021-2026. Borrador. Disponible en:
<https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%282%29.pdf>
- ¹⁰ Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf



- 11 Confederación salud mental España [internet]; 2019 [citado 14 Mar 2022]. Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación. La salud mental en cifras. Disponible en:
<https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>
Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Márquez, M., & Haro, J. (2007). Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(2), 29-36
- 12 Ruiz-Rodríguez P, Cano-Vindel A, Muñoz Navarro R, Medrano L, Moriana JA, Buiza Aguado C, Jiménez Cabré G, González-Blanch C. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés* 201;23:118-123.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-impacto-economico-carga-trastornos-mentales-S1134793717300635>
- 13 Organización Mundial de la salud [internet]; Ginebra: OMS; 2021 [citado 14 Mar 2022]; Organización Mundial de la salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la acción. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- 14 Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP; Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 4:1-46; quiz 47-8. PMID: 19686636.
- 15 Lidia García-Pérez, Renata Linertová, Pedro Serrano-Pérez, Mar Trujillo-Martín, Leticia Rodríguez-Rodríguez, Cristina Valcárcel-Nazco & Tasmania del Pino-Sedeño (2020). Interventions to improve medication adherence in mental health: the update of a systematic review of cost-effectiveness, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24:4, 416-427, DOI:10.1080/13651501.2020.1782434.
- 16 Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*. 2017 Mar 3;11:449-468. doi: 10.2147/PPA.S124658. PMID: 28424542; PMCID: PMC5344423. P. Srimongkon et al. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 15 (2019) 3–22.
- 17 Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020 Jan 16;9(1):17. doi: 10.1186/s13643-020-1274-3. PMID: 31948489; PMCID: PMC6966860.
- 18 Srimongkon P, Aslani P, Chen TF. A systematic review of measures of medication adherence in consumers with unipolar depression. *Res Social Adm Pharm*. 2019 Jan;15(1):3-22. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.02.008. Epub 2018 Feb 21. PMID: 29526664.
- 19 Edgcomb JB, Zima B. Medication Adherence Among Children and Adolescents with Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Oct;28(8):508520. doi: 10.1089/cap.2018.0040. Epub 2018 Jul 24. PMID: 30040434.



- ²⁰ Las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2016; 7:25-30. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001>
- ²¹ Ruiz R. La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos [Trabajo fin de grado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2019. Recuperado a partir de: [://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16518/RuizRoldanRaquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16518/RuizRoldanRaquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- ²² El Abdellati K, De Picker L, Morrens M. Antipsychotic Treatment Failure: A Systematic Review on Risk Factors and Interventions for Treatment Adherence in Psychosis. *Front Neurosci*. 2020 Oct 9;14:531763. doi: 10.3389/fnins.2020.531763. PMID: 33162877; PMCID: PMC7584050.
- ²³ Corcóstegui B, Prieto M, Lertxundi U. Adherencia en salud mental. En: Ibarra O, Morillo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Badalona: Euromedice Vivactis; 2017:139-165.
- ²⁴ Marrero RJ, Fumero A, de Miguel A, Peñate W. Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020 Oct;103(10):2116-2131. doi: 10.1016/j.pec.2020.04.030. Epub 2020 May 7. PMID: 32402489.
- ²⁵ Pennington, M., & McCrone, P. (2018). Does Non-Adherence Increase Treatment Costs in Schizophrenia? *PharmacoEconomics*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0652-3>
- ²⁶ Velligan DI, Maples NJ, Pokorny JJ, Wright C. Assessment of adherence to oral antipsychotic medications: What has changed over the past decade? *Schizophr Res*. 2020 Jan;215:17-24. doi: 10.1016/j.schres.2019.11.022. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31767511.
- ²⁷ Corcóstegui B, Prieto M, Lertxundi U. Adherencia en salud mental. In: Ibarra O, Morillo R, editores. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Badalona: Euromedice Vivactis; 2017. p. 139-165.
- ²⁸ Kane J, Kissling W, Lambert T, Parellada E. Adherence rating scales. CERP Program (Centres of Excellence for Relapse Prevention in Schizophrenia). Disponible en: <https://easacommunity.org/files/Medication%20Adherence%20Scale.pdf>
CERP Program (Centres of Excellence for Relapse Prevention in Schizophrenia)
- ²⁹ Pornchanok Srimongkon*, Parisa Aslani, Timothy F. Chen. A systematic review of measures of medication adherence in consumers with unipolar depression. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 15 (2019) 3–22.

CAPÍTULO

2+

Comunicación eficaz
y entrevista motivacional

Fernando Mora Mínguez





CAPÍTULO 2:

Comunicación eficaz y entrevista motivacional

Fernando Mora Mínguez

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos farmacológicos de los que disponemos actualmente para el manejo de los trastornos mentales son altamente eficaces para una gran parte de estos trastornos siendo, además, en su mayoría, tratamientos seguros y bien tolerados. No obstante, algo fundamental para que estos tratamientos funcionen y consigan la remisión o la estabilización de los problemas de salud mental, es que el paciente cumpla correctamente con ellos. Por este motivo se hace necesario mejorar la adherencia a los diferentes tratamientos y, por eso, se han diseñado diversas intervenciones¹ a lo largo de los años enfocadas en mejorar la adherencia. Entre ellas destaca la relación con el paciente y la comunicación eficaz con él lo que, sin lugar a duda, constituye una potente herramienta terapéutica para implicar al paciente en la toma de decisiones, ayudarlo a resolver las incertidumbres respecto a los tratamientos y mejorar así la adherencia a los mismos.

Una comunicación eficaz con el paciente permite, no solo obtener información, sino también establecer una relación basada en la confianza mutua necesaria para lograr el objetivo común de mejora de la enfermedad¹. Por este motivo hemos querido contribuir con un capítulo en este manual que ayude a optimizar la forma en la que nos comunicamos con los pacientes y que, basándose en los principios de la entrevista motivacional, nos permita mejorar la adherencia y, en consecuencia, la propia evolución de la enfermedad.

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La forma en la que nos comunicamos es clave en la relación que establecemos con los pacientes. Es el canal a través del cual enviamos y recibimos la información con ellos y mediante el que trabajamos la empatía y la confianza en la relación. Mantener una conversación con el paciente en la que la comunicación fluya y los mensajes sean claros,



va a conseguir una relación muy satisfactoria y de gran calidad². Así pues, podemos atrevernos a decir que la comunicación con el paciente es un elemento clave en la relación que establecemos con él, hasta el punto de que, a pesar de los avances en el conocimiento, el diagnóstico y los tratamientos, la comunicación eficaz entre el profesional y el paciente sigue siendo la base de una buena atención sanitaria².

Si bien la comunicación eficaz es una herramienta transversal a cualquier tipo de patología o con cualquier tipo de paciente, es especialmente importante en el caso de las enfermedades mentales. En muchas ocasiones los pacientes pueden sentirse avergonzados, e incluso, estigmatizados por padecer un trastorno mental. Por este motivo, es posible que eviten hablar de su problema y de las cuestiones relativas a la toma de tratamiento, incluyendo la adherencia al mismo. Además, hay que hacer una mención especial a la falta de *insight* o falta de conciencia de enfermedad inherente a algunos trastornos mentales, es decir, a esa circunstancia que hace que el paciente no sea consciente de que padece un trastorno mental y que, por lo tanto, no crea necesario tomar ningún tipo de tratamiento. De hecho, la falta de *insight* se ha postulado como el factor más importante relacionado con la no adherencia al tratamiento y con un peor pronóstico^{3,4}. Finalmente, en algunos trastornos mentales, por sus características psicopatológicas, puede verse afectado el rendimiento cognitivo del paciente, lo que puede afectar también a la planificación, a la organización, e incluso llevar a olvidarse de las tomas de tratamiento.

Todas estas variables deben tenerse en cuenta a la hora de comunicarnos con los pacientes con trastornos mentales, adecuando nuestro lenguaje a la capacidad de comprensión del paciente⁵ y a su situación psicopatológica.

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

La conversación con el paciente se convierte en una herramienta fundamental en nuestra intervención. Debemos concebir esta conversación como un proceso dinámico que nos obliga a mantenernos activos, escuchándolo atentamente y generando preguntas y respuestas que hagan avanzar la conversación y generen una comunicación de calidad con él⁵.

Existen una serie de técnicas de comunicación utilizadas para optimizar la forma en la que conversamos con nuestros pacientes^{6,7}. Estas técnicas son fáciles de utilizar, la clave para controlarlas es practicarlas en el día a día de nuestra consulta.



Preguntas abiertas y cerradas
Escucha reflexiva
Afirmaciones
Resúmenes

TABLA 1. Principales técnicas de comunicación

Preguntas abiertas y cerradas

Las preguntas abiertas son aquellas que no pueden contestarse con un sí, un no o con la aportación de un dato concreto -un número, un nombre, etc.-; por este motivo invitan a desarrollar un tema⁶. El paciente puede contar su vivencia respecto a la enfermedad y a la toma de tratamiento y así obtener información importante que, de otra forma, podría no haber sido preguntada⁷. Estas preguntas tienen la característica de permitir al paciente hablar abiertamente sobre sus preocupaciones respecto a la aceptación del tratamiento y analizarlas, lo que puede sacar a la luz preocupaciones u obstáculos que puedan estar afectando a la adherencia.

Por el contrario, las preguntas cerradas son aquellas que se responden a través de un sí, de un no o de un dato concreto. Tienen la ventaja de aumentar la precisión de la información, aunque, por otra parte, pueden limitar la evolución de la conversación al generar una sensación de interrogatorio al paciente⁸.

Lo equilibrado en una buena conversación es combinar ambos tipos de preguntas para obtener la información necesaria a la vez que hacemos partícipe al paciente de la conversación.

PREGUNTAS CERRADAS	PREGUNTAS ABIERTAS
Mi recomendación es que te tomes el tratamiento, ¿quieres hacerlo? (Sí/No)	Mi recomendación es que te tomes el tratamiento, ¿qué opinas?
¿Te parece que tomar tratamiento es importante? (Sí/No)	¿Cuál crees que son los beneficios de tomar tratamiento?

Escucha reflexiva

La escucha reflexiva es un tipo de escucha activa que facilita que el paciente se sienta entendido. En este punto es importante enfatizar que escuchar no solo implica mantenerse callado y oír lo que el paciente nos cuenta, sino que es fundamental la forma en la



que el profesional sanitario responde a lo que dice el paciente. Por tanto, la escucha reflexiva incluye aquellas respuestas que le damos al paciente que le hacen ver que comprendemos lo que nos está contando y que, incluso, sacan a la luz parte del contenido implícito en su mensaje⁶.

Se lleva a cabo a través de una serie de técnicas que aseguran que hemos entendido la perspectiva del paciente, que nos permiten enfatizar sobre las cuestiones más importantes, que mejoran la conexión con el paciente y que ayudan a que la conversación fluya y que aumente la implicación.

Las principales técnicas de escucha reflexiva son:

REFLEJO SIMPLE O PARÁFRASIS

La paráfrasis o reflejo simple consiste en repetir o, mejor dicho, en reformular una idea que ha expresado el paciente para ofrecer un punto de vista diferente.

CLARIFICACIONES

Clarificar consiste en solicitar al paciente que especifique el significado concreto de una palabra o un concepto que se refiere a términos ambiguos o cuyo significado el paciente da por sobreentendido. Nos puede ayudar a aclarar aquellos conceptos que puedan ser relevantes para la adherencia.

REFLEJO COMPLEJO O EMPÁTICO

El reflejo empático es una aseveración que pone de manifiesto una emoción implícita en el relato del paciente, aunque no haya sido capaz de verbalizarla directamente. El reflejo empático facilita que el paciente tome conciencia de cuáles son las emociones -percepciones, creencias o valores- que inspiran determinados comportamientos, en este caso, la falta de compromiso con la estrategia terapéutica propuesta.

REFLEJO DE AMBOS LADOS

Este tipo de reflejo se utiliza para sacar a la luz la duda del paciente respecto a realizar un tratamiento, intentando mostrar los argumentos a favor y en contra que encontramos implícitos en su discurso.



TIPO	CARACTERÍSTICAS	PACIENTE	PROFESIONAL SANITARIO
PARAFRASEAR	Reformular una afirmación para ofrecer un punto de vista diferente.	"Estoy de acuerdo con el tratamiento pero, con tantas cosas que tengo que hacer, me cuesta acordarme del momento para tomarlo"	"Parece, entonces, que necesitas organizarte"
CLARIFICAR	Aclarar aquellos términos ambiguos que puedan ser relevantes.	"No creo que necesite tanto tratamiento"	"¿Puedes aclararme a que te refieres con tanto tratamiento?"
REFLEJO EMPÁTICO	Refleja emociones implícitas en la afirmación del paciente.	"No quiero ir a peor, pero tampoco tengo claro si el tratamiento es la solución"	"Veo que estás interesado por tu salud y motivado para hacer algo por ella"
REFLEJO DE AMBOS LADOS	Saca a la luz las dudas (ambivalencia) del paciente.	"Me parece que el tratamiento es bueno, pero tanta pastilla, me da miedo engancharme"	"Parece que por un lado eres capaz de entender los beneficios del tratamiento pero, por otro, el "respeto" a este tipo de medicaciones te frena para decidirte".

Afirmaciones

Son aseveraciones directamente relacionadas con el *feedback* positivo al paciente. Este tipo de verbalizaciones ponen de relieve la confianza del médico en el paciente y aumentan la autoconfianza del mismo⁸. Se trata de comentarios positivos, declaraciones de aprecio y de comprensión que reconocen la capacidad del paciente. Las afirmaciones aumentan el sentimiento de autonomía del paciente; además, nos ayudan a disminuir la resistencia frente a aquellas propuestas que le hagamos, como puede ser el tratamiento farmacológico.

"Aunque finalmente no te hayas tomado -tal y como quedaste con tu médico- me alegra que me lo hayas contado y que, después de hablarlo y a aclarar algunas dudas, estés decidido"

"Estoy viendo cómo eres capaz de entender lo que estamos hablando sobre el riesgo de tu enfermedad y la posibilidad de tomar un tratamiento eficaz y seguro; creo que puedes tomar una decisión por ti mismo"



Resúmenes

Los resúmenes son una síntesis que hace el profesional sanitario respecto a algo que ha sido comunicado previamente por el paciente. Se utilizan para centrar un discurso que tiende a perderse, sirven de transición de un tema a otro, proporcionan un resumen de puntos estratégicos importantes que han aparecido a lo largo de la conversación y preparan para iniciar un cambio^{5,8}, en este caso el que tiene que ver con la aceptación del tratamiento.

En esta conversación hemos hablado abiertamente sobre tus dificultades para decidirte a tomar tratamiento por algunos miedos y creencias que tenías sobre ciertos medicamentos y que no eran del todo ciertas.

Ha quedado claro tu interés y tus ganas de encontrarte mejor, así que vamos a organizar tu plan de tratamiento para poder empezar con él. La verdad es que creo que has tomado una buena decisión que va a ser muy positiva para tu salud.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

¿Qué es la entrevista motivacional?

La entrevista motivacional es un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de una persona⁶. No obstante, para entender bien este concepto y su aplicación a la adherencia terapéutica, lo primero es entender a qué nos referimos exactamente con el término “motivación” y cómo se ha desarrollado en el campo de la salud. “Motivación” es un término que hace referencia a la acción o efecto de motivar⁹ y, “motivar” supone conseguir que alguien quiera o tenga interés por hacer algo. Ésta es una definición muy académica pero que, con ciertos matices, podemos aplicarla al campo de la salud. Así, desde un punto de vista sanitario, *la motivación* es el proceso que ayuda al paciente a encontrar sus propios motivos para comprometerse con su salud y a resolver los obstáculos que le impiden seguir las recomendaciones propuestas por un profesional sanitario¹.

En esta definición hay tres ideas que son clave: motivos propios, resolución de obstáculos y compromiso. Es decir, que los abordajes motivacionales, específicamente aplicados a la adherencia, buscan que el paciente profundice en sus propias motivaciones para tomar el tratamiento, que identifique y resuelva los obstáculos que limitan una buena adherencia y que, finalmente, se comprometan a seguir las recomendaciones terapéuticas propuestas.



La aplicación de técnicas de motivación en medicina comienza en la década de los 80, con la aparición de una intervención denominada “entrevista motivacional”⁶. Esta intervención fue diseñada, inicialmente, para ayudar a personas con problemas por consumo de alcohol a dejar de beber¹⁰. Tras esto, su aplicación se ha extendido a diversas áreas de la medicina en las que es necesario ayudar a las personas a cambiar su comportamiento^{11,12,13}. En este sentido, las intervenciones motivacionales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los pacientes para conseguir cambios en su comportamiento y mejorar la adherencia al tratamiento⁸, consiguiendo además un alto grado de satisfacción en el paciente¹⁴.

En resumen, la *entrevista motivacional* se trata de un proceso que aumenta la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia concreta que le hayamos propuesto¹⁵. Esto puede ser desde abandonar el consumo de una droga hasta cumplir con un tratamiento prescrito, ya sea farmacológico o no farmacológico.

¿Con qué personas podemos trabajar desde la perspectiva de la entrevista motivacional?

Como se puede concluir de lo anteriormente expuesto, generar una conversación desde la perspectiva de la entrevista motivacional para la adherencia al tratamiento debe hacerse en aquellas personas que presenten problemas con la misma. Es decir, si un paciente cumple rigurosamente con el tratamiento que le ha prescrito su médico, se podrá hablar con él sobre eficacia, efectos adversos u otro tipo de cuestiones, pero no tiene sentido una entrevista motivacional centrada en problemas de adherencia si el paciente no los presenta.

Debe utilizarse en aquellas personas que se muestran ambivalentes -presentan dudas- ante la toma de tratamiento. El objetivo es conseguir un cambio en ellos y que pasen de ser no cumplidores o cumplidores irregulares a buenos cumplidores del tratamiento.

¿Cómo se realiza la *entrevista motivacional*?

El estilo general de la entrevista motivacional es el de guiar al paciente. Es una técnica que está a medio camino entre el estilo directivo y el acompañamiento. Además, hay que tener en cuenta que la entrevista motivacional no se le hace *al paciente*, sino que se hace *con el paciente*. Las personas suelen quedar más convencidas por lo que se escuchan decir a sí mismas⁶, es decir, que el paciente debe tener un papel activo en la conversación.

El método de la *entrevista motivacional* consta de cuatro procesos: vincular, enfocar, evocar y planificar.



VINCULAR

Toda relación empieza por un periodo de creación del vínculo. “Vincular” es el proceso por el que ambas partes establecen una conexión de ayuda y/o relación terapéutica. Esta vinculación es clave en una primera visita, pues las primeras impresiones son muy potentes⁶. No obstante, incluso cuando ya se ha establecido una relación terapéutica anterior, es habitual en la *entrevista motivacional*, para dirigirse a un tema concreto -como puede ser la adherencia-, empezar con un periodo más abierto de vinculación enfocado en ese tema⁶.

En este sentido, la empatía juega un papel crucial en la relación con el paciente, convirtiéndose en un elemento clave para crear ese vínculo. El paciente debe percibir que comprendemos sus sentimientos y que esto es algo evidente en la relación^{6,8}. Para trabajar desde la empatía debemos generar un encuadre en el que el paciente no se sienta juzgado, debemos ser capaces de entender su marco de referencia vital, no tenemos que perder la capacidad asertiva y debemos darle al paciente un lugar protagonista en la conversación^{1,5}. Técnicas de entrevista como los reflejos o las afirmaciones son especialmente útiles para generar empatía.

ENFOCAR

Como hemos comentado, la entrevista motivacional busca guiar al paciente con dificultades en la adherencia para que se comprometa con su salud y siga nuestras recomendaciones¹, por tanto, debemos dirigir la conversación hacia ese propósito concreto.

“Enfocar” es el proceso que permite desarrollar y mantener una dirección específica en la conversación sobre el cambio⁶ que queremos conseguir en el paciente, en este caso, que se convierta en un paciente adherente al tratamiento.

En la *entrevista motivacional*, el proceso de enfoque ayuda a aclarar la dirección y el horizonte hacia el que queremos aproximarnos y qué cambios esperamos lograr gracias a esta conversación⁶. No se trata de mantener una conversación vaga sino que, tanto el paciente como nosotros, debemos tener claro que el propósito de esa conversación es trabajar la adherencia al tratamiento. Las clarificaciones y los resúmenes son técnicas de entrevista que nos pueden ayudar a poner foco en la conversación.



EVOCAR

“Evocar” supone sacar a la luz las motivaciones del paciente para cumplir correctamente con el tratamiento. Sin duda, se trata del proceso clave de la entrevista motivacional. Una vez que hemos vinculado con él y que tenemos claro que el foco es la adherencia al tratamiento, tenemos que trabajar la ambivalencia del paciente, es decir, reconocer y profundizar en los obstáculos que están limitando que tome adecuadamente el tratamiento y ayudarle a encontrar sus propias motivaciones para cambiar y comprometerse con el tratamiento prescrito. La evocación trabaja con las ideas y las emociones del propio paciente acerca de por qué y cómo podría hacerlo⁶, y huye de los enfoques directivos, buscando la participación activa de la persona en el proceso⁶.

De forma más sencilla podemos decir que *evocar* consiste en ayudar a la persona a enunciar los argumentos para cambiar⁶ y mejorar su adherencia al tratamiento. En este punto, las preguntas abiertas y las técnicas de escucha reflexiva son de especial utilidad para ayudar al paciente a evocar sus motivos para comprometerse con las recomendaciones terapéuticas propuestas.

PLANIFICAR

Cuando la motivación del paciente llega a un umbral concreto de activación, la balanza empieza a caer del lado de la adherencia y la persona habla más de cuándo y cómo debe hacerlo y menos de si debe tomar el tratamiento o no⁶. Es en este momento cuando comienza el *proceso de planificación*. “Planificar” abarca tanto desarrollar el compromiso del paciente para tomar el tratamiento, como formular un plan de acción específico para hacerlo⁶. En el caso de la adherencia al tratamiento, probablemente, el plan de acción ya viene dado por la persona que ha hecho la prescripción; no obstante, revisar la pauta de tratamiento, trabajar sobre las citas tanto para ir al médico como para recoger la medicación o reforzar la necesidad y el propio deseo de mejoría del paciente pueden formar parte del argumentario del plan de acción.

La *planificación* fluye naturalmente de *la evocación* y se lleva a cabo con el mismo estilo colaborativo y evocador, negociándose los objetivos con un buen intercambio de información y concretándose los siguientes pasos⁶. Las afirmaciones y los resúmenes son técnicas claves en esta parte final de la *entrevista motivacional*.

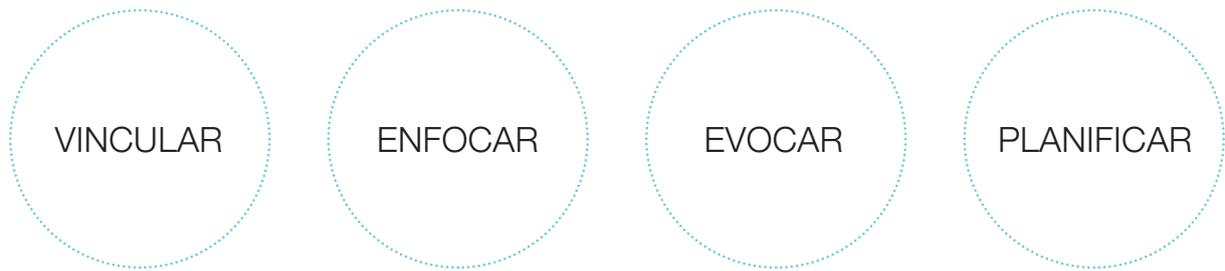


FIGURA 1. *Procesos de la entrevista motivacional*

La *entrevista motivacional* es un proceso dinámico que, como comentábamos antes, aumenta la probabilidad de que un paciente cumpla con la estrategia terapéutica propuesta. Por este motivo, es posible que los procesos de vincular, enfocar, evocar y planificar tengamos que volver a realizarlos en futuras conversaciones con el paciente para evaluar el nivel de motivación y ver si es necesario volver a intervenir en alguno de ellos para optimizar la adherencia terapéutica del paciente.

En conclusión, la comunicación con el paciente es una herramienta fundamental para la adherencia al tratamiento. Una comunicación eficaz, con unas técnicas de entrevista adecuadas, puede ayudarnos a conseguir que el paciente se comprometa con nuestra propuesta terapéutica. Más concretamente, la *entrevista motivacional* aplicada a la adherencia plantea una metodología de conversación cuyo propósito es que el paciente encuentre sus propios motivos para cumplir con el tratamiento prescrito y se comprometa a llevarlo a cabo.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mora Mínguez, Fernando, Montes Rodríguez, José Manuel, Riquelme Pérez, Manuel. La Conversación Terapéutica en el Paciente con Esquizofrenia. Reborn Thinking; 2017. 130 p.
- 2 Mora F. Gestión del impacto emocional de la migraña. 1º. Madrid: Materia Business Sociedad Limitada; 2021. 1–100 p.
- 3 Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, Hert MD. factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a © The Author(s), 2013. Reprints and permissions: <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav> systematic literature review. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. :19.
- 4 Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry. 2009;70 Suppl 4:1–46; quiz 47–8.
- 5 Mora Mínguez, Fernando. Relación 5.0: Confianza, implicación y compromiso en la relación médico-paciente. Madrid: Reborn Thinking; 2016. 38 p.
- 6 Miller, William R., Rollnick, Stephen. La Entrevista Motivacional: Ayudar a las personas a cambiar. 3ª edición. Barcelona: Paidós; 2013. 637 p.
- 7 Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. 2ª Edición. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer, S.A.; 2002. 363 p.
- 8 Borrelli B, Riekert KA, Weinstein A, Rathier L. Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2007 Nov;120(5):1023–30.
- 9 RAE. Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [cited 2021 May 21]. Available from: <https://dle.rae.es/>
- 10 Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. Behav Psychother. 1983 Apr;11(2):147–72.
- 11 Naar-King S. Motivational Interviewing in Adolescent Treatment. Can J Psychiatry. 2011 Nov;56(11):651–7.
- 12 Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. Patient Educ Couns. 2016 Jun;99(6):944–52.
- 13 Chien WT, Mui JHC, Cheung EFC, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. Trials. 2015 Jun 14;16:270.
- 14 Barnard M, George P, Perryman ML, Wolff LA. Human papillomavirus (HPV) vaccine knowledge, attitudes, and uptake in college students: Implications from the Precaution Adoption Process Model. PLoS One [Internet]. 2017 Aug 7 [cited 2018 Nov 19];12(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546631/>
- 15 Mora F. Gestión de los retos de la vacunación en grupos de riesgo. 1º. Vol. 1. Madrid: Materia Business Sociedad Limitada; 2021. 107 p.

CAPÍTULO

3

Visión del paciente
en la adherencia a los
psicofármacos

Itziar Ceballos Villahoz y Graciela Rodríguez Ansede





CAPÍTULO 3:

Visión del paciente en la adherencia a los psicofármacos

Itziar Ceballos Villahoz y Graciela Rodríguez Ansede

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento farmacológico por parte de las personas que sufren trastorno mental grave (TMG) supone un importante reto no solo para ellas mismas, sino también para su entorno social y familiar y para el conjunto de profesionales que les atienden. Sin embargo, lograr un buen cumplimiento de dicho tratamiento es una parte fundamental de todo el proceso de recuperación del paciente, también necesario para que cada persona con enfermedad mental (en adelante PCEM) alcance una mayor estabilidad clínica, mejore su calidad de vida y en definitiva, construya su proyecto de vida en clave de inclusión y participación en la comunidad.

A pesar de que existe un importante consenso en cuanto a las altas tasas de incumplimiento así como en la necesidad de desarrollar estrategias que mejoren esta adherencia, lo cierto es que la literatura médica coincide también en las dificultades que existen, precisamente, para llegar a un acuerdo en la propia definición del término *adherencia*. Así, esta se define como un fenómeno complejo lleno de diferentes matices¹ que abarcan un amplio abanico de aspectos que van desde tomar más o menos dosis de la prescrita o en horarios diferentes a los pautados, hasta abandonar totalmente el tratamiento o no acudir a las citas estipuladas con el profesional de referencia.

En el presente artículo abordaremos esta cuestión desde nuestra experiencia y trayectoria de más de 35 años como entidad que apoya actualmente a 700 PCEM y a sus familias a través de una amplia y diversa red de servicios y programas. Nuestra misión, orientada a facilitar apoyos personalizados a las PCEM a lo largo de toda su vida y también a sus familias, buscando apoyarles en su autonomía personal, calidad de vida e inclusión en la comunidad, nos sirve de palanca para afrontar todos los aspectos y facetas que confluyen en el abordaje y atención de este colectivo para asegurar su condición de ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.



A lo largo de nuestra trayectoria, desde los equipos profesionales hemos constatado las dificultades que existen para lograr una buena adherencia al tratamiento farmacológico en las PCEM, si bien es precisamente el trabajo y acompañamiento diario a estas personas el que nos permite conocer, más allá de nuestra percepción, sus vivencias y experiencias personales en relación a esta cuestión, ahondando en los motivos o barreras que encuentran para cumplir adecuadamente con la pauta farmacológica.

En el marco de este artículo, hemos tomado como referencia el perfil general de las personas con TMG que atendemos en AVIFES, centrándonos en la población adulta. A este respecto, no incluimos a la población infantojuvenil por entender que sus características específicas tales como ausencia de diagnóstico definitivo, inestabilidad clínica o nula conciencia de enfermedad, influyen de manera determinante en la adherencia al tratamiento farmacológico y requieren de una profundización mayor que supera este marco.

Por lo tanto, nos referimos a un colectivo de PCEM adultas con un 35% de mujeres y un 65% de hombres, con edades comprendidas entre los 28 y 75 años aunque la media de edad se sitúa en los 52 años. Presentan diversidad de diagnósticos (Trastorno Bipolar, Trastorno de la Personalidad, Trastorno Obsesivo Compulsivo, etc.) si bien, a día de hoy, el trastorno mayoritario sigue siendo el de Esquizofrenia. Añadir que las personas que atendemos llevan conviviendo con la enfermedad, y por tanto con el tratamiento farmacológico, una media de 23 años.

En el contexto del apoyo y atención que reciben desde AVIFES, señalamos que **entre un 35-40% reconocen haber dejado el tratamiento farmacológico de forma voluntaria y con la contraindicación de sus profesionales de referencia en algún momento de su vida**. Además, aquellos que nunca han abandonado el tratamiento, manifiestan que han tenido distintos momentos y episodios en los que el cumplimiento de la pauta farmacológica no ha sido el adecuado, bien por introducir otras sustancias como el alcohol principalmente, o por alterar la toma de dosis u horarios pautados (de forma intencional o por confusiones, olvidos...). Adicionalmente, se presentan otras situaciones como la de tomar menos medicación de la indicada, o por el contrario, de haber utilizado la medicación de rescate con más frecuencia de la que realmente sería necesaria, principalmente para obtener unos efectos más inmediatos a algún malestar puntual.

Hemos de tener en cuenta que son tratamientos en muchos casos cronificados, que abarcan largos períodos, en distintas etapas de la vida, y en la mayoría de los casos con importantes efectos secundarios, lo que conlleva a veces a cansancio y desmotivación.



Destacamos ocho grupos de factores que, tanto desde nuestra percepción profesional, como desde el testimonio de las propias personas con TMG a las que atendemos, se presentan como condicionantes con importante relevancia en relación a la adherencia al tratamiento farmacológico:

1. Efectos secundarios
2. Cambios diagnósticos y ajustes farmacológicos
3. Información sobre el tratamiento farmacológico
4. Vínculo con su psiquiatra de referencia
5. Estigma
6. Conciencia de enfermedad (*insight*)
7. Necesidad de apoyos para la toma del tratamiento farmacológico
8. Beneficios percibidos del tratamiento farmacológico

EFFECTOS SECUNDARIOS

La presencia de efectos secundarios asociados a la toma de la medicación es uno de los factores que más influye en mantener y continuar voluntariamente el tratamiento. Señalamos aquellos efectos secundarios más relevantes en la adherencia o no al tratamiento:

- ▶ **EL AUMENTO DE PESO:** las PCEM valoran este factor como uno de los más importantes ya que dejan de reconocerse físicamente, su autoimagen queda muy dañada y les impacta muy negativamente en su autoestima. Este aumento de peso lo vinculan directamente al tratamiento farmacológico en dos aspectos: por un lado, consideran que hay medicamentos que alteran directamente su metabolismo y aumentan su peso (retención de líquidos, cambios a nivel metabólico...) y, por otro lado, creen que algunas veces esos fármacos aumentan sus niveles de ansiedad o eliminan la sensación de saciedad, lo que les lleva a alimentarse peor, comer compulsivamente, más cantidad, más a menudo y a consumir alimentos de alto contenido calórico. En este sentido, sienten además que este **impacto en su imagen y autoconcepto** es infravalorado cuando lo trasladan al profesional sanitario de referencia, si bien para el paciente es realmente importante y puede comprometer el buen cumplimiento de la pauta farmacológica.



- ▶ **EFFECTOS A NIVEL COGNITIVO Y PSICOMOTOR:** entre estos efectos señalan aquellos que tienen que ver con el **enlentecimiento y aplanamiento** en todos los niveles. Afirman que algunos fármacos provocan enlentecimiento tanto psicomotor como de procesamiento de la información, que se traduce en dificultad para recordar, dificultad para encontrar las palabras adecuadas para expresar lo que desean, déficit de atención y concentración, lentitud y torpeza en el movimiento, más somnolencia, etc.

Consideran que estos efectos comprometen, en gran medida, su funcionamiento cotidiano y les afectan en la imagen que proyectan hacia el resto de personas atribuyéndoles características de incapacidad e ineptitud, lo que aumenta aún más la evidencia de su discapacidad y perpetúa así **el estigma** que existe sobre la enfermedad mental.

- ▶ **EFFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD:** en la mayoría de los casos expresan con mayor reticencia los efectos secundarios que la medicación tiene sobre su actividad sexual. Solo lo manifiestan en espacios de confianza y, en raras ocasiones, lo expresan a su psiquiatra de referencia si este profesional no lo pregunta expresamente. En este sentido, reconocen que lo viven como un **tema tabú** en la consulta del psiquiatra porque no lo sienten como un espacio de confianza y comodidad suficiente (aluden a poco tiempo de atención, rotación de profesionales, etc.). Además, refieren que cuando se trata esta cuestión, el profesional sanitario lo infravalora y lo plantea como algo irremediable. Señalan entre los efectos negativos más habituales que aparecen cuando mantienen relaciones sexuales los de disminución del apetito sexual, disfunciones eréctiles y pérdida de placer. A pesar de lo poco que hablan sobre ello, realmente es una dimensión importante en sus vidas por lo que supone un gran impacto.
- ▶ **EFFECTOS SOBRE SU SALUD FÍSICA:** en las PCEM, especialmente en aquellas que tienen una historia de tratamiento de largo recorrido, se evidencia el **efecto altamente negativo** que los psicofármacos tienen en su salud física habiendo desarrollado enfermedades tales como diabetes, hipercolesterolemia, problemas hepáticos o epilepsia, o han tenido efectos extrapiramidales como tics, temblores incontrolables, así como salivación y sudoración excesiva.



CAMBIOS DIAGNÓSTICOS Y AJUSTES FARMACOLÓGICOS

La mayoría de las personas a las que atendemos reconocen distintas etapas en las que se han cuestionado seriamente el abandono del tratamiento farmacológico. Destacamos dos momentos principalmente:

- ▶ La etapa en la que no disponían de un **diagnóstico definitivo** de la enfermedad mental.
- ▶ Y las etapas de constantes **reajustes de tratamiento farmacológico** hasta lograr el fármaco y pauta que se ajuste a sus necesidades y sintomatología.

En general, las personas que actualmente se encuentran en fases de mayor estabilidad y, por tanto, con pautas de medicación más ajustadas, guardan un recuerdo muy negativo de estas etapas anteriores. A pesar de que reconocen que son reajustes necesarios, sienten que son sometidas a pruebas de “ensayo-error”, con lo que supone para ellas no lograr una remisión de los síntomas, tener que convivir con efectos secundarios muy negativos, e incluso necesitar ingresos psiquiátricos para poder llegar a esa estabilidad.

Es importante resaltar que al ser tratamientos de larga duración, en muchos casos a lo largo de toda su vida, y unido al hecho de que habitualmente se toman diariamente una gran cantidad de fármacos diferentes (en algunos casos hasta 6 distintos), les produce desmotivación y cuestionamiento sobre si merece la pena continuar con este tratamiento de por vida.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las PCEM perciben que reciben escasa información sobre el tratamiento farmacológico pautado. Es esta una queja constante. Plantean la necesidad de conocer mejor los fármacos pautados, cómo funcionan, por qué se les indica una dosis y no otra, los efectos secundarios que puedan presentarse y cómo combatirlos. También manifiestan que no se les comunica cuál es el tiempo estimado para que el fármaco surta efecto, ni sobre qué síntomas se producirá dicho efecto. Hacen especial hincapié en el desconocimiento que tienen sobre cuáles pueden ser los efectos secundarios esperables o “normales”, y cuáles pueden ser motivo de alarma.



Esta desinformación conlleva importantes **consecuencias**:

- ▶ Por un lado, disponer de poca información sobre algo que les afecta y repercute tan directamente, además de vulnerar los derechos que les asisten como pacientes, aumenta aún más la desconfianza que de base tienen hacia los tratamientos farmacológicos, incrementando las probabilidades de no cumplir con la pauta establecida.
- ▶ Por otro lado, desconocer los posibles efectos secundarios del tratamiento hace que, cuando aparecen, sea más probable que dejen de tomar la medicación pero también puede hacer que no compartan con su profesional de referencia estos efectos y que lleguen a suponer un riesgo para su estado físico.

Señalan también la necesidad de que dicha información se les proporcione de forma clara y comprensible, incluso por escrito, posibilitando poder leerlo con detenimiento en su domicilio, poder recordarlo y procesarlo mejor, así como consultarlo con su entorno familiar.

VÍNCULO CON SU PSIQUIATRA DE REFERENCIA

Las personas con enfermedad mental consideran como factor relevante la actitud que mantiene su psiquiatra de referencia a fin de establecer una relación y vinculación adecuada con él, basada en la confianza mutua y también en la transparencia. Esta vinculación y relación de confianza es difícil obtenerla sin destinar tiempo de calidad en consulta. Actualmente, consideran que las consultas en los Centros de Salud Mental son muy cortas, en ocasiones de forma no presencial y, en algunos casos, con ausencia de calidez y cercanía. En este sentido, señalan que el poder contar con una **figura de referencia** que les dedique tiempo no solo para informarles personalmente, sino también para que puedan expresar sus dudas, sus reticencias sobre la medicación o sobre posibles efectos secundarios que están experimentando, facilitaría este vínculo y su adherencia al tratamiento. Además, consideran fundamental que estas sesiones se realicen desde una actitud **cálida y cercana que favorezca esa relación de confianza**.

Otra cuestión señalada como clave a la hora de entender y aceptar el tratamiento es sentirse parte del mismo, esto es, poder hablar con franqueza con su psiquiatra de referencia para llegar a acuerdos, en la medida de lo posible, sobre los fármacos o dosis a emplear.



ESTIGMA

El estigma, que sigue estando presente hoy en día en la sociedad con respecto a los y las pacientes de psiquiatría, se mantiene como un factor que influye sobre todo en las primeras fases de la enfermedad donde el estigma y el autoestigma condicionan, en gran medida, el acceso normalizado a los servicios de salud mental y al tratamiento farmacológico. Sirva de ejemplo que algunas personas usuarias nos manifiestan haber disimulado en la farmacia comprando otro tipo de producto en lugar de los psicofármacos al encontrarse en presencia de alguna persona conocida. Reconocen también que en contextos sociales como celebraciones, comidas con otras personas o viajes sí les ha hecho cuestionarse, o incluso, decidir no tomar la medicación en el horario establecido precisamente por evitar hacerlo delante del resto de las personas. Esta situación ya no se da entre las personas usuarias de nuestra red de servicios, dado que en la entidad reciben información y formación sobre la adherencia al tratamiento lo que les lleva a vivirlo con más normalidad.

Por lo tanto, el factor estigma social **cobra una mayor relevancia en las etapas tempranas de la enfermedad** o cuando no cuentan con espacios seguros y de confianza donde tratar esta cuestión, va disminuyendo su impacto en la adherencia al tratamiento en la medida en la que reciben dicha formación y van conociendo también mejor su enfermedad mental.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD (*INSIGHT*)

El factor “conciencia de enfermedad” juega un papel importante a la hora de mantener una adecuada adherencia al tratamiento. Así, en momentos en que las PCEM están más inestables y con menor conciencia de enfermedad, el abandono de la medicación se presenta casi como el primer indicio de dicha inestabilidad. *“Dejé de tomar la medicación porque me parecía que no la necesitaba, no consideraba que fuera importante”.*

Sin embargo, también aparecen amagos de abandono de dicho tratamiento cuando perciben una mayor estabilidad en su enfermedad y creen que la medicación ya ha surtido el efecto esperado y, por lo tanto, les parece innecesaria. Existen otros momentos críticos en dicho abandono, como cuando las PCEM se comparan con su vida anterior en la que disfrutaban de situaciones y momentos que ahora no lo sienten así en parte por el efecto del tratamiento farmacológico.



En todas estas situaciones, seguir incidiendo en que cada uno de los individuos tome conciencia de su enfermedad y tome el control no solo de su enfermedad, sino también de su proyecto de vida presente y futuro contribuye, indudablemente, a una mejor adherencia al tratamiento. Para ello, contar con profesionales y personas de referencia que les acompañen y les apoyen se torna fundamental.

DISPONER DE LOS APOYOS NECESARIOS EN LA TOMA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Cada PCEM es única y, por lo tanto, presenta unas motivaciones y necesidades también únicas. Es por ello que en la toma de medicación se ha de estar a las especificidades que cada una de ellas presente. Así, aquellas personas que mantengan una buena conciencia de enfermedad y un buen nivel de autonomía necesitarán menos apoyos y seguimiento en este tratamiento farmacológico. Sin embargo, aquellas en las que su nivel de necesidad de apoyo en las distintas áreas de su vida sean altas o muy altas, necesitarán contar con un mayor apoyo en la toma de medicación, así como en la planificación y organización de las mismas.

En este sentido, los y las pacientes manifiestan que participar en programas y servicios les facilita esta adherencia porque desde los equipos profesionales les apoyan en organización de pastilleros, recordatorio de horarios, resolución de dudas, etc. Además, hay otros **agentes clave** que actúan en este apoyo: un entorno familiar formado y facilitador, su farmacia de confianza o su Centro de salud mental, o sus propios compañeros y compañeras del grupo o del servicio.

BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ante la gran cantidad de barreras y efectos negativos que las PCEM asocian a la toma de tratamiento, abordamos también los motivos que, actualmente, les llevan a tener una mejor adherencia al mismo.

Una gran mayoría de las personas a las que atendemos manifiestan ser conscientes de que cumplir bien con el tratamiento farmacológico reduce las posibilidades de tener nuevas descompensaciones clínicas y que, en caso de que aparezcan, estas serían menos graves y se resolverían con pequeños ajustes de medicación sin realizar nuevos ingresos psiquiátricos, principalmente involuntarios.



Por otro lado, reconocen los efectos que el tratamiento farmacológico tiene sobre la sintomatología y, por consiguiente, en reducir su sufrimiento y mejorar su calidad de vida. En concreto, sienten y agradecen el efecto de la medicación sobre:

- ▶ **Sintomatología positiva:** la medicación como elemento eficaz que reduce la presencia de alteraciones senso-perceptivas, principalmente las alucinaciones auditivas así como los pensamientos obsesivos y/o delirantes.
- ▶ **Efecto sobre el estado de ánimo:** reduce los sentimientos de tristeza y de angustia para enfrentar las actividades en su vida diaria.
- ▶ **Efecto sobre la regulación del sueño:** que la medicación les permita regular las horas de sueño y disponer así de tiempo y sensación de descanso es uno de los efectos positivos que más valoran. Sin embargo, cuando la medicación les produce somnolencia también les provoca sentimientos de rechazo.
- ▶ La reducción de los síntomas hace también que sientan que tienen un **mayor control de sus vidas**, que puedan manejar mejor esa sintomatología cuando aparece, y les permite empezar a participar en otros espacios en los que sin una medicación adecuada no podrían.

LA LABOR DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

La participación de las PCEM y sus familias en las asociaciones que trabajan en salud mental es clave en la construcción del proyecto de vida de la persona y, tal como ellas nos hacen saber, también en garantizar una buena adherencia al tratamiento.

Por un lado, el hecho de participar en los diferentes programas y servicios de entidades como AVIFES, a pesar de no ser recursos sanitarios, les ofrece los espacios necesarios para poder obtener y completar la **información sobre el tratamiento farmacológico**. Afirman que acciones como los talleres, charlas o la elaboración de materiales divulgativos de carácter psicoeducativo en los que se informa y explica no solo la enfermedad, sino también la importancia de cumplir con el tratamiento, les hace llegar a una mayor conciencia de enfermedad así como de la necesidad de mantener el tratamiento farmacológico y de otro tipo de apoyos.

Por otra parte, participar en AVIFES les ofrece la posibilidad de contar con **profesionales de referencia** a los que poder consultar todas sus dudas y confiar en ellos como figura de coordinación con sus psiquiatras de referencia, así como un apoyo importante para detectar a tiempo fases de mayor inestabilidad, de necesidad de reajuste farmacológico o de posibles efectos secundarios.



El abanico de **programas y servicios** que se despliegan desde la entidad, ajustados a las necesidades de cada persona, y que permiten **flexibilizar el nivel de apoyo**, hace también que se asegure el seguimiento de la toma de medicación en diferentes niveles de intensidad. Esto es, desde el seguimiento de la activación de los síntomas o pródromos, el desarrollo de recordatorios claros (pautas gráficas de la toma de la medicación), hasta un control y supervisión directa de las tomas.

La labor que las entidades del Movimiento Asociativo de Salud Mental llevan a cabo en materia de **lucha contra el estigma**, lo consideran clave a la hora de aceptar la enfermedad y no avergonzarse de ella.

Las entidades, además, son agentes clave a la hora de promover el **apoyo mutuo**, generando grupos y espacios de encuentro en los que las PCEM pueden compartir con otras personas que han pasado o están pasando por situaciones similares. Esto les permite contar con otras perspectivas, ser testigos de las posibilidades de evolución favorable y, por tanto, tomar conciencia de enfermedad y de la necesidad de apoyos y del buen cumplimiento del tratamiento.

Por otra parte, es indudable la importancia que las entidades tienen para las **familias**, encontrando en ellas un espacio de desahogo y de referencia en el que poder entender la enfermedad, contando con pautas y estrategias para apoyar mejor a su familiar en todos los ámbitos, también en el campo de la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

De la información trasladada por las personas con enfermedad mental en relación a las barreras que encuentran para lograr una buena adherencia al tratamiento farmacológico, extraemos las siguientes conclusiones:

- ▶ Señalan, por encima de todo, el **impacto de los efectos secundarios en su funcionamiento cotidiano**, con especial relevancia el aumento de peso, los efectos cognitivos y psicomotores y los efectos sobre la sexualidad.
- ▶ Consideran **fundamental tener acceso a información completa** y clara sobre los motivos de la medicación pautaada, así como los efectos esperados sobre la sintomatología. Desean también ser informadas sobre los posibles efectos secundarios y poder tener un papel protagonista en la monitorización y seguimiento del tratamiento farmacológico, todo ello en el contexto de una **relación cercana y sincera con su psiquiatra de referencia**, en la cual puedan expresar o preguntar con confianza cualquier aspecto relacionado con la enfermedad y la medicación.



- ▶ Reconocen que un buen cumplimiento de la pauta indicada pasa por un adecuado nivel de **conciencia de enfermedad**, lo que supone tener información sobre la enfermedad y sus síntomas, así como de los beneficios asociados a la toma de la medicación. De nuevo, es importante para ellas tener espacios psicoeducativos y de participación en los que abordar estas cuestiones.
- ▶ **El Movimiento Asociativo en Salud Mental**, como asociaciones de pacientes y familiares, desempeña un **papel fundamental** a la hora de facilitar a las PCEM una buena adherencia al tratamiento farmacológico. En este sentido:
 - ✦ La PCEM valoran el apoyo y seguimiento cercanos por parte de los profesionales de referencia, puesto que pueden contar con ellos tanto para apoyarles en la toma adecuada del tratamiento farmacológico, como para trasladarles sus dudas o preocupaciones al respecto, y también confían en ellos como personas que pueden detectar desajustes en el tratamiento o fases de mayor inestabilidad.
 - ✦ El hecho de poder participar en espacios en los que se hable de la enfermedad, sus síntomas, su origen y también del tratamiento adecuado para ella, hace que las PCEM entiendan ésta como necesaria y puedan reconocer signos de alerta en relación a la misma.
 - ✦ En relación a la lucha contra el estigma, consideran fundamental el trabajo que se realiza desde las entidades para concienciar a la sociedad sobre la importancia de hablar de salud mental. Consideran que gracias a esto, ellas se sienten menos avergonzadas de tener una enfermedad, hablan más de ello y actualmente ya no lo consideran una barrera a la hora de acceder a los servicios o tratamientos necesarios.
 - ✦ Valoran el trabajo de las entidades como garantía de sus derechos y bienestar. Agradecen mucho que desde las entidades se pida y tenga en cuenta su opinión con respecto a todas las cuestiones que les puedan afectar. En relación al tratamiento farmacológico, sienten que pueden confiar en que seremos intermediarios con el ámbito sanitario ante cualquier malestar o cuestión preocupante con respecto a su tratamiento.
 - ✦ Reconocen la importancia del apoyo mutuo, de poder compartir su experiencia con otras personas en espacios en los que no sentirse juzgados, en los que poder hablar con claridad sobre la enfermedad y en los que poder tener a otras personas como espejo.



PROPUESTAS

- ▶ Proporcionar a la PCEM **información clara y accesible** sobre el tratamiento a seguir, en cuanto a pauta, horarios y dosis de las tomas, pero también información relativa a los efectos esperados de la medicación sobre los síntomas, el tiempo en el que hará efecto y posibles efectos secundarios. En este sentido, se propone una información verbal en el contexto del seguimiento, pero también acompañarla de información escrita a través de folletos o cuadernos divulgativos.
- ▶ **Incorporar a las familias** como principal red de apoyo de las PCEM para que dispongan de la información necesaria sobre la enfermedad y el tratamiento farmacológico pautado que les permita apoyar y favorecer la adherencia al tratamiento de su familiar.
- ▶ Desarrollar acciones y espacios de **psicoeducación** para PCEM favoreciendo así el conocimiento y conciencia de enfermedad, así como de la necesidad y beneficios del tratamiento farmacológico y de la adquisición de otros hábitos beneficiosos (hábitos saludables, autocuidado, actividad diurna significativa, actividad física, relaciones sociales...).
- ▶ Fomentar e impulsar la **derivación** por parte de los sistemas sanitarios hacia las entidades del **movimiento asociativo** en salud mental, organizaciones claves y fundamentales en el apoyo y acompañamiento a las PCEM y sus familias.
- ▶ Desarrollar **acciones de lucha contra el estigma** a través de campañas de sensibilización, promoción de su participación en el espacio comunitario, con el objetivo de visibilizar la enfermedad mental, favoreciendo así que las PCEM tengan menos resistencia a buscar y aceptar el tratamiento necesario.
- ▶ Investigación para el desarrollo de mejores tratamientos psicofarmacológicos que logren efectos más directos sobre la sintomatología asociada, que produzcan menos efectos secundarios o que estos tengan menor impacto en la vida de la PCEM y que permitan reducir la cantidad de fármacos diferentes para lograr una reducción de los síntomas.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Torras MG., Tomàs EP. Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del psicólogo*. 2018; 39(1):31-39.
- 2 García M.C.P. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental*. 2015; (1):16-22.
- 3 Mora L, e Ibáñez N. Cómo influye el grado de información en la adherencia al tratamiento de pacientes psiquiátricos. *Revista de fundamentos de psicología*. 2009;1 (1):15-22.
- 4 Seeman MV, Seeman N. The meaning of antipsychotic medication to patients with schizophrenia. *JPsychiatrPract*. 2012; 18(5):338-48.
- 5 Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*. 2012;(2):74–82.
- 6 Kane JM, Kishimoto T, Correll, CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World psychiatry*. 2013); 12(3):216-226.

CAPÍTULO

4
+

Implantación de un programa
de adherencia
en salud mental

Elixabet Rodríguez García





CAPÍTULO 4:

Implantación de un programa de adherencia en salud mental

Elixabet Rodríguez García

INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia es una de las principales causas por la que los pacientes no alcanzan los objetivos farmacoterapéuticos, suponiendo una mayor tasa de fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y un aumento de los costes asociados a la asistencia sanitaria.

Implicar a los pacientes en las decisiones sobre su medicación es crucial para mejorar la adherencia a los tratamientos¹. El clínico debe escuchar al paciente, comprender su perspectiva, incluidas sus creencias y preocupaciones sobre su enfermedad y medicación, y asegurarse de que sus preferencias sobre el tratamiento se basan en hechos y no en percepciones erróneas².

Toda intervención encaminada a la mejora de la adherencia debería tener en cuenta los siguientes aspectos^{1,3}:

- ▶ **Individualizar la intervención.** Resulta imposible recomendar una intervención válida para todos los pacientes. La causa de la falta de adherencia puede ser debida a muchos factores. Por tanto, toda intervención debe adaptarse a las dificultades específicas de cada uno.
- ▶ **Trabajo en equipos multidisciplinares.** La prevención, la detección y el abordaje de la falta de adherencia requiere de la implicación y coordinación de todos los profesionales sanitarios.
- ▶ **Continuidad.** Es necesario revisar, de manera continuada, los conocimientos, la comprensión y las preocupaciones del paciente sobre los medicamentos, así como su opinión, ya que estos pueden cambiar con el tiempo.
- ▶ **Decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.** Dotar al paciente de los conocimientos, habilidades y confianza necesarios para sentirse responsable de su tratamiento y cuidados y potenciar su autonomía.



- ▶ **Fortalecimiento de la relación entre el profesional sanitario y el paciente.** Relación basada en la confianza, en un clima que permita al paciente transmitir los problemas que pueda tener en relación al cumplimiento del tratamiento.
- ▶ **No culpabilizar.** Reconocer, sin juzgar, que la falta de adherencia es habitual. La mayoría de los pacientes pueden mostrarse no adherentes en algún momento.

El enfoque asistencial del **modelo de "Atención Farmacéutica CMO"** (capacidad-motivación-oportunidad) propuesto por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)⁴, refuerza la importancia en la orientación farmacéutica hacia las necesidades individuales de cada paciente, aportando valor, estrategias y liderazgo que pueden conducir a un cambio profundo en diversos aspectos, entre los que encuentra la adherencia farmacoterapéutica.

Este modelo de atención se fundamenta en tres grandes pilares⁴:

- ▶ **Capacidad.** Provisión de Atención Farmacéutica teniendo en cuenta las necesidades individuales. La herramienta fundamental es el uso de modelos de estratificación.
- ▶ **Motivación.** Capacidad de alinear los objetivos a corto plazo con objetivos a medio y largo plazo para cada paciente, de forma individual y en colaboración con el resto de profesionales que lo atienden, planificando las actuaciones e intervenciones necesarias para la consecución.

La adherencia se aborda desde una perspectiva más amplia, al considerar no solo la consecuencia de no tomar medicación sino todos los condicionantes que la afectan negativamente (creencias, percepciones, etc.).

Con la finalidad de obtener los mayores niveles de motivación de los pacientes y alcanzar una adherencia adecuada, es imprescindible incluir en este modelo la entrevista motivacional.

- ▶ **Oportunidad.** Estar cerca del paciente cuando éste lo necesite, respondiendo a sus necesidades en tiempo real o útil, a través de las nuevas tecnologías.

La actuación farmacéutica para la mejora de la adherencia puede dividirse en dos etapas: Diagnóstico y planificación y Seguimiento y evolución⁴.



DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

En esta etapa inicial del proceso, es necesario realizar un análisis detallado del paciente y explorar aspectos menos habituales en la atención farmacoterapéutica como:

- ▶ Entorno socioeconómico y apoyo familiar.
- ▶ Conocimientos que el paciente tiene sobre su patología y tratamiento. Percepciones y creencias. Conciencia de enfermedad (*insight*).
- ▶ Comorbilidades (ej.: Abuso de sustancias) y calidad de vida.
- ▶ Relaciones con profesionales sanitarios.

Una vez que se conozcan estos parámetros y necesidades del paciente, habrá que planificar un programa individualizado de intervenciones.

Este programa individualizado contempla la entrevista motivacional y el modelo de estratificación.

Con la entrevista motivacional se persigue una adecuada comunicación farmacéutico-paciente, hacer al paciente participe de su propio tratamiento y favorecer el cumplimiento de los objetivos farmacoterapéuticos acordados. (Este manual contiene un capítulo específico sobre entrevista motivacional).

Modelo de estratificación

La causa de la no adherencia es multifactorial y las intervenciones tienen que estar encaminadas a prevenirla y tratar el problema desde todos los ángulos que sea posible. La mejora de la adherencia al tratamiento, debe entenderse desde un modelo de Atención Farmacéutica que incluya de manera global todas las necesidades que pueda tener el paciente.

Con la finalidad de poder llevar a cabo una atención farmacéutica que se estime pueda ser más efectiva y con los mejores resultados de salud, optimizando los recursos existentes e integrada en equipos multidisciplinares, se debe aplicar un modelo de selección que permita categorizar las intervenciones según las necesidades del paciente.

En este sentido, el **Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH⁵** ayuda a identificar a aquellos pacientes diana que más se pueden beneficiar de determinadas intervenciones de Atención Farmacéutica y desarrollar estrategias más efectivas, priorizando aquellas de mayor impacto en la calidad de vida. La valoración global se realiza en función de una serie de variables, cada una asociada a un peso relativo, en función de su importancia para la medición del riesgo de cada paciente. Se incluyen aspectos



demográficos, sociosanitarios y del estado cognitivo y funcional, clínicos, de utilización de servicios sanitarios y relacionados con la medicación.

No obstante, lo más conveniente sería diseñar y validar un modelo específico de selección para la enfermedad mental o las distintas enfermedades mentales. La particularidad de estas patologías hace que sea fundamental realizar una atención farmacéutica adaptada a las necesidades de estos pacientes que incluya aspectos como el consumo de drogas o alcohol o la falta de conciencia de enfermedad.

En función de la puntuación que obtengan los pacientes en el Modelo se les clasificará en uno de los cuatro niveles definidos, que determinarán la posterior Atención Farmacéutica que se deberá prestar a cada paciente.



Las actuaciones de Atención Farmacéutica a realizar comprenderán tres grandes ámbitos, en los que se intervendrá de manera adaptada a las necesidades de cada paciente dependiendo del nivel en el que se encuentre⁵:

- ▶ **Seguimiento farmacoterapéutico:** revisión de la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos.
- ▶ **Formación y educación al paciente:** información sobre la medicación, apoyo a la tramitación administrativa de los tratamientos, fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.



- ▶ **Coordinación con el equipo asistencial:** elaboración de protocolos, guías, Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), docencia, unificación de criterios entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, documentación/Historia Clínica Compartida, etc.

Todas las actuaciones de Atención Farmacéutica deben reflejarse en la historia clínica/farmacoterapéutica del paciente.

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

En esta etapa es necesario tener en cuenta dos aspectos: por un lado, comunicar al equipo multidisciplinar la información relevante que se haya podido obtener en la etapa anterior y, por otro, asegurarse de que el paciente tiene la educación y formación suficiente para realizar el tratamiento en las mejores condiciones⁴.

La evolución de las enfermedades mentales hace que con el tiempo cambie el comportamiento, las percepciones y las actitudes que los pacientes puedan tener con respecto a su enfermedad y tratamiento. El programa de seguimiento debe adaptarse a las necesidades que nos manifiesten los pacientes, e incluso, readaptarlo si los objetivos farmacoterapéuticos y las expectativas no se están cubriendo.

Así, en los pacientes con depresión las principales razones para abandonar el tratamiento en la fase aguda pueden diferir de las que predominan durante la fase de mantenimiento. En las primeras fases, los pacientes pueden dejar de continuar con el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios o por falta de mejoría percibida. El retraso en el inicio de acción de los antidepresivos y la aparición, al principio, de una mayor carga de efectos secundarios hace que los pacientes puedan experimentar efectos adversos antes de la recuperación de los síntomas. Por todo ello es importante que el clínico informe de esta situación para evitar abandonos tempranos. Asimismo, la interrupción posterior puede deberse al miedo a la dependencia de los antidepresivos o a la falta de convicción de que sea necesario continuar con la medicación. Cuando los síntomas depresivos remiten, algunos pacientes pueden creer que están curados y que ya no necesitan el tratamiento⁶.

Con la finalidad de diseñar intervenciones individualizadas, hay que diferenciar entre aquellos pacientes que están dispuestos a tomar la medicación pero que no lo hacen, debido a olvidos o a que no entienden bien las instrucciones, de aquellos que lo hacen de manera intencionada, como consecuencia de actos voluntarios, influidos por múltiples factores como el temor a las reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación con el tratamiento⁷. En el primer caso habrá que orientar las



intervenciones hacia la mejora de las habilidades conductuales, como los Sistemas Personalizados de Dispensación (SPD), sistemas de recuerdo horario de la toma como alarmas, llamadas telefónicas, mensajes SMS, etc.

En el proceso de seguimiento se debe evaluar de manera sistemática y continuada el grado de adherencia a los tratamientos y registrarlo en la historia clínica del paciente. El método ideal de estimación de la adherencia debería ser sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, capaz de detectar cambios de adherencia en el tiempo y aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico⁷. Sin embargo, es difícil encontrar un método que cumpla con todo ello y en la mayoría de los casos lo que se recomienda es combinar varios para obtener la mejor información. Dentro del equipo de trabajo habrá que determinar qué método o métodos de estimación se van a emplear^{7,8}.

Se pueden realizar dos determinaciones de la adherencia, asociar un cuestionario validado como la escala de adherencia a la medicación de Morisky-Green-Levine que consiste en una serie de 4 preguntas con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento y el registro de dispensación en farmacia⁸.

En cuanto a la periodicidad de las evaluaciones, los expertos recomiendan que en el caso de los pacientes que parecen cumplir con la medicación se realicen evaluaciones mensuales, con evaluaciones adicionales si se produce un cambio sintomático notable. Si hay preocupación por la adherencia, recomiendan evaluaciones más frecuentes, por ejemplo, semanales⁸.

El farmacéutico debe:

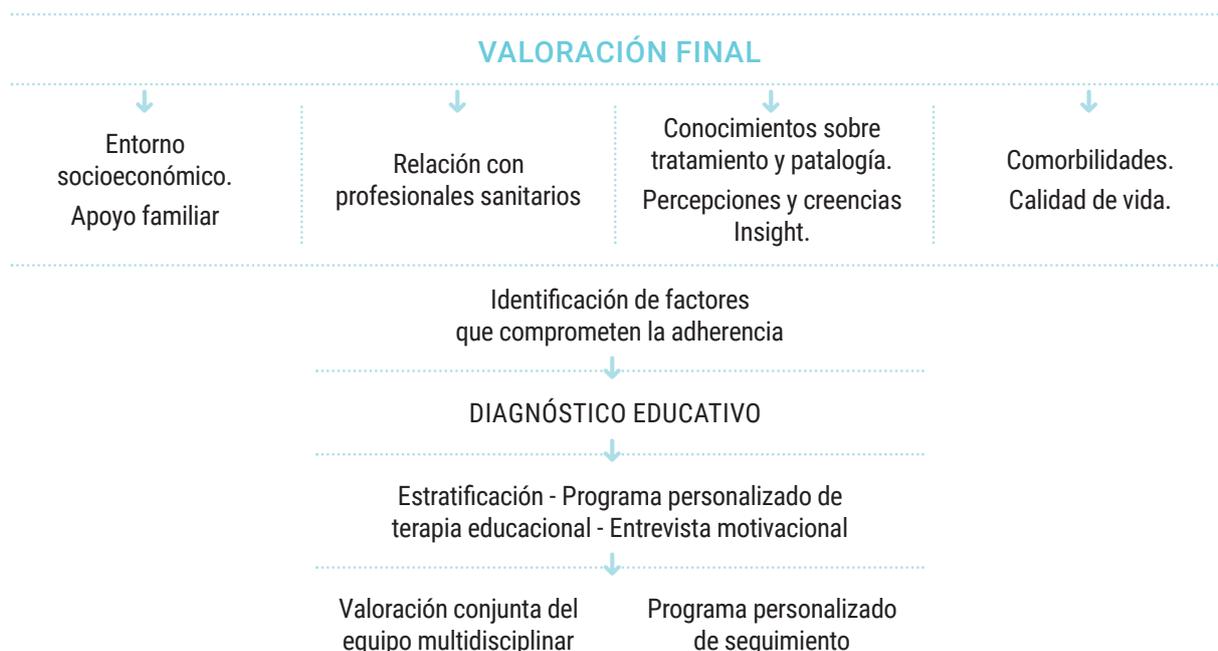
- ▶ Revisar el tratamiento global del paciente. Efectividad y seguridad. Interacciones farmacológicas. Puesta en marcha de estrategias de deprescripción y simplificación de tratamientos.
- ▶ Verificar que el paciente conoce cómo tomar correctamente el tratamiento y los posibles efectos secundarios y las medidas para evitarlos o minimizarlos.
- ▶ Ofrecer información personalizada y presencial, oral y escrita a pacientes o cuidadores. Motivo de la indicación, los posibles efectos adversos, el tiempo de latencia hasta el inicio del efecto terapéutico y la previsión de tiempo de mantenimiento para evitar recaídas o recurrencias¹.
- ▶ Valorar la adherencia según el registro de dispensaciones y según cuestionario específico y registrar esta información en la historia clínica del paciente.



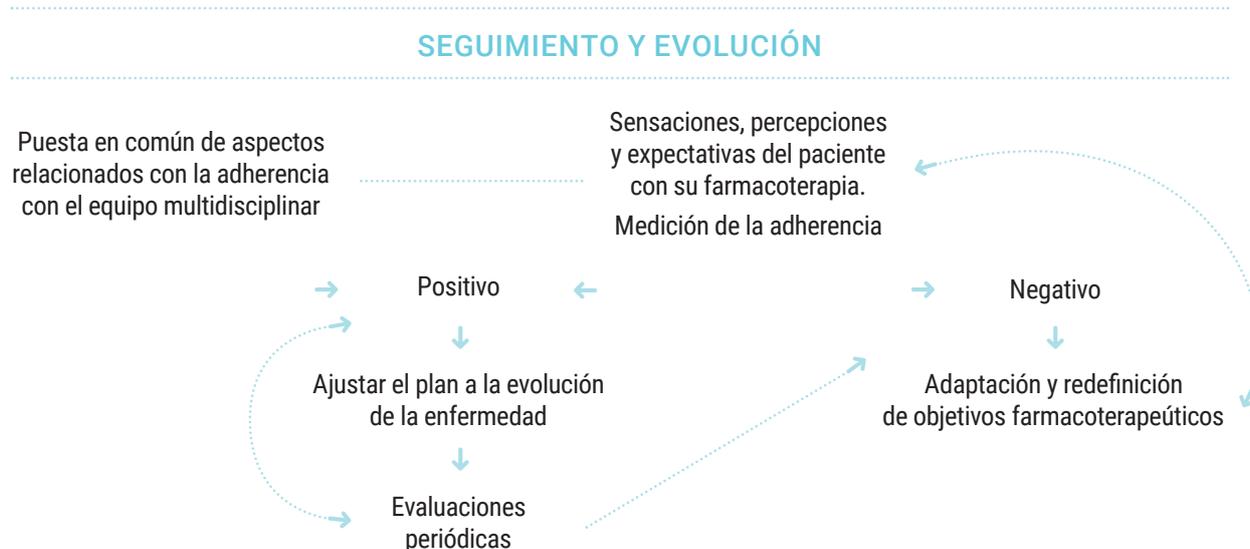
- ▶ Analizar y documentar los resultados de efectividad y seguridad, tanto de los efectos adversos referidos por el paciente como de las alteraciones analíticas detectadas.

Algoritmo de actuación para la mejora de la adherencia según modelo CMO⁴ (adaptado)

FASE I



FASE II





ADHERENCIA DESDE EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Alcanzar una mejora en la adherencia desde el seguimiento farmacoterapéutico no implica únicamente realizar una medición de la misma. Resulta fundamental incluir la revisión y validación del tratamiento farmacológico, revisar su efectividad, seguridad, interacciones, simplificación de tratamientos, adecuación según parámetros clínicos o buscar tratamientos individualizados según parámetros farmacocinéticos o farmacogenéticos.

Estrategias de simplificación del tratamiento

Se ha demostrado que existe una relación directa entre la complejidad de los tratamientos farmacológicos y el incumplimiento³. Por tanto, toda estrategia encaminada a la simplificación de los mismos debería producir una mejora en la adherencia terapéutica.

La simplificación del tratamiento trae consigo una disminución de los efectos secundarios, un menor riesgo de reacciones adversas, así como una mayor facilidad para evaluar la respuesta al mismo⁹.

En el tratamiento de la esquizofrenia es una práctica muy extendida la combinación de varios antipsicóticos, principalmente en el manejo de la esquizofrenia refractaria a los tratamientos. Sin embargo, existe bastante controversia debido a la falta de evidencia de beneficios y a que puede acompañarse de un aumento de los efectos adversos como síntomas extrapiramidales, alteraciones cognitivas, hiperprolactinemia, sedación, disfunción sexual, síntomas metabólicos y diabetes^{10,11}. Además, la prescripción combinada de antipsicóticos se ha relacionado con la prescripción de dosis más altas de antipsicótico, con un incremento del riesgo de interacciones farmacológicas y con pautas de tratamiento más complejas que dificultan la adherencia al tratamiento¹¹. Cuando se comparó el abandono del tratamiento en pacientes con esquizofrenia de distintas edades, se observó que en todas las franjas de edad los tratados en politerapia tuvieron más problemas de adherencia que los tratados en monoterapia¹². A pesar de que, en algunas situaciones, su utilización pueda tener una relación beneficio-riesgo favorable, como puede ser en la resistencia a clozapina o falta de tolerancia, donde se recurre a la potenciación para reducir dosis de clozapina y controlar efectos adversos, es necesaria la intervención activa del farmacéutico junto con el psiquiatra, para valorar la necesidad de combinar fármacos y recomendar en estos casos un control más estrecho.



Antipsicóticos inyectables de larga duración.

Documentos de consenso

Otra estrategia para simplificar tratamientos y lograr mayor adherencia es la utilización de Inyectables de larga duración (ILP).

En los últimos años la utilización de formulaciones inyectables de larga duración (ILP) en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tiene un papel cada vez más destacado, especialmente por la mejora de la adherencia terapéutica y su impacto en la prevención de recaídas. Algunos estudios sugieren que en comparación con los antipsicóticos orales reducen el riesgo de recaída y de hospitalización. No obstante, los resultados obtenidos difieren según el diseño del estudio¹³.

Entre las ventajas que presentan los ILP se encuentran el proporcionar al clínico información precisa de la adherencia, conseguir el contacto regular con el equipo, facilitar la detección rápida del incumplimiento y posibilitar una intervención temprana. Por otro lado, se han encontrado inconvenientes como un periodo más largo de ajuste hasta alcanzar la dosis óptima, el riesgo de no poder retirarlo con rapidez ante la aparición de algún efecto adverso y el mayor tiempo hasta la desaparición de efectos adversos importantes, el dolor o reacciones locales en el lugar de inyección o la percepción del estigma del paciente¹⁴.

La Comisión de Farmacia y Terapéutica puede promover y participar en la realización de protocolos terapéuticos sobre la utilización de antipsicóticos de larga duración, evaluar y seleccionar en cuanto a criterios de seguridad, eficacia y eficiencia, establecer las indicaciones de utilización (primeros episodios o pacientes con problema de adherencia a largo plazo), monitorización de efectos secundarios y evaluación de la respuesta.

Aplicación de las nuevas tecnologías en el seguimiento de los pacientes

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son el conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y enviarla de un lugar a otro.

Las intervenciones basadas en la tecnología digital han surgido como una herramienta de utilidad para la asistencia al paciente. El resultado encontrado hasta el momento sobre la aplicabilidad de la tecnología digital en la mejora de la adherencia ofrece resultados contradictorios. Existen deficiencias metodológicas que dificultan extraer conclusiones robustas. No obstante, resulta de interés poner en marcha estrategias digitales que pueden asociarse con la asistencia estándar.



Entre ellas se han puesto en marcha diferentes iniciativas⁵:

- ▶ eSalud, utilización de Internet en el ámbito de la salud, como por ejemplo los registros médicos electrónicos o proyectos 2.0.
- ▶ mSalud (en inglés mHealth). Consiste en la prestación de servicios sanitarios o información relativa a la salud a través de dispositivos móviles, como teléfonos móviles, teléfonos inteligentes o tabletas. El paciente se implica de forma activa en el seguimiento de su enfermedad y su tratamiento y se hace consciente de la importancia del autocuidado. Puede ayudarle a modificar hábitos y comportamientos que redunden en beneficios para su salud.
- ▶ Telesalud, concepto amplio que incluiría utilización de información en formato electrónico y tecnologías de la comunicación para dar soporte sanitario a larga distancia, demostrado utilidad entre diversos ámbitos como la adherencia al tratamiento, formación, información, prevención, soporte emocional, motivación para el paciente o mejora de la comunicación entre profesionales y pacientes.

La salud móvil (mSalud) es una práctica cada vez más en auge que permite una atención farmacéutica continuada. Entre sus ventajas se encuentra, la participación activa del paciente en el seguimiento de su enfermedad y tratamiento o la posibilidad en algunos casos de monitorizar y registrar parámetros como la adherencia. Sin embargo, existen escasas evidencias sobre su efectividad sobre resultados en salud y determinados sectores de la población presentan dificultades en el manejo de estas tecnologías⁵.

ADHERENCIA DESDE LA EDUCACIÓN

Toda mejora en la adherencia a los tratamientos debe incluir el proporcionar información tanto escrita como oral, precisa y adaptada a las necesidades de cada paciente y conseguir un adecuado nivel de activación del mismo, buscando un aumento de su responsabilidad en la consecución de los objetivos propuestos.

Se ha de tener en cuenta que la información al paciente es algo más que la entrega de un folleto. Hay que intentar motivarle para que tome adecuadamente la medicación.

El farmacéutico, como mínimo, deberá informar sobre el nombre del medicamento, los beneficios que puede alcanzar, efectos secundarios probables o significativos y qué hacer en caso de que sucedan, forma de utilización o administración, qué hacer en caso de olvidar una dosis, duración del tratamiento e instrucciones para adquirir los medicamentos¹.



En lo que se refiere a las aplicaciones para dispositivos móviles o apps, son muchas las que se pueden emplear en el ámbito de la atención farmacéutica y algunas de gran utilidad. Sin embargo, antes de recomendar alguna es imprescindible revisar siempre los criterios de calidad y fiabilidad⁴.

Existen evidencias de que las decisiones que los pacientes toman sobre sus tratamientos están condicionadas por los conocimientos que tienen sobre su enfermedad y tratamiento, así como por las opiniones y creencias que se ha elaborado. Por consiguiente, puede ser de gran ayuda abordar todas estas cuestiones con el paciente.

Uno de los aspectos a los que hay que prestar mayor atención son los efectos adversos porque pueden ser el origen de la falta de adherencia y, por tanto, habrá que instruir al paciente en la detección y comunicación inmediata de aquellos que se consideren críticos.

Evaluar y abordar los efectos adversos con el paciente

De forma general, los efectos adversos pueden condicionar a que el paciente abandone el tratamiento. Sin embargo, más que su aparición es el malestar subjetivo que producen en el paciente, lo que conduce en la mayoría de los casos a su abandono¹⁵. Muchas veces el clínico no da importancia a determinados efectos secundarios que, sin embargo, para ese paciente en concreto pueden llegar a ser realmente angustiosos (ej. disfunción sexual)¹². Abordar los aspectos que preocupan al paciente pueden facilitar su bienestar, mejorar sus expectativas y contribuir a la adherencia.

Según diferentes estudios, los efectos secundarios que más malestar pueden producir en los pacientes en tratamiento con antipsicóticos son el aumento de peso, la sedación, los efectos extrapiramidales y la disfunción sexual¹². En el caso de los pacientes con trastorno bipolar el aumento de peso, la sedación, la disfunción sexual y los problemas cognitivos son los que más se han relacionado con el abandono del tratamiento¹⁶.

En los pacientes diagnosticados de depresión, los estudios concluyen que aumenta la adherencia cuando se les informa sobre los efectos adversos y se discute con ellos la manera de resolver los problemas¹⁷.

Un panel de expertos sobre problemas de adherencia en el paciente con enfermedad mental grave, plantea una serie de preguntas que ayudarían a que el paciente pueda comunicar los efectos secundarios que encuentra como problemáticos⁸:

- ▶ ¿Está experimentando algún problema o efecto secundario debido a su medicación?



- ▶ ¿Tiene algún problema con (pregunte sobre los efectos secundarios comunes con la medicación específica que la persona está tomando)?
- ▶ (Si la persona informa de un efecto secundario) ¿Cuánto le molesta? ¿Piensa que puede haber algo que le pueda ayudar con ese problema?

Programas educativos

La psicoeducación consiste en una variedad de estrategias educativas que lo que buscan es brindar de manera sistemática conocimientos a los pacientes y sus familias con el objetivo de prevenir recaídas, mejorar la adherencia a los medicamentos y disminuir la disfuncionalidad.

No obstante, aunque en pacientes con esquizofrenia la psicoeducación es una de las intervenciones más recomendada y utilizada en la práctica clínica, las pruebas sobre su eficacia y efectividad son limitadas^{2,18} y en la mayoría de los casos no logra mantenerse en el tiempo. Los modelos psicoeducativos con más probabilidades de ser beneficiosos, deben incorporar intervenciones conductuales y cognitivas que mejoren las actitudes y el comportamiento de los pacientes hacia su tratamiento^{2,19,20}.

Existen algunas experiencias de realización de talleres educativos dirigidos por farmacéuticos en pacientes con esquizofrenia asociados a programas de modificación de los pensamientos y sentimientos hacia la medicación con resultados bastante favorables^{21,22}.

Descripción de un programa psicoeducativo en esquizofrenia

Se formaron grupos con un máximo de 10 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en fase de remisión completa o parcial. La inclusión en estos grupos fue voluntaria y se hizo según el criterio de la psiquiatra referente y el psicólogo clínico del hospital. Durante un mes se planificaron sesiones semanales de una duración de 45 minutos²².

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN ESQUIZOFRENIA²²

PRIMERA SESIÓN	Tratamiento de la esquizofrenia. Reconocer los medicamentos que cada uno toma y para qué se utilizan. Qué información se encuentra en las cajas de medicación.
SEGUNDA SESIÓN	Efectos secundarios de los antipsicóticos. Cómo reconocerlos y qué hacer en cada caso.
TERCERA SESIÓN	Interacciones entre medicamentos. Interacciones con alimentos, alcohol, tabaco, plantas medicinales. Consecuencias que el consumo de drogas puede producir en su enfermedad.
CUARTA SESIÓN	Técnicas de ayuda que faciliten la toma de medicación. Utilidad de las nuevas tecnologías, ejemplos de aplicaciones móviles o apps. Cómo buscar información en Internet.



La valoración de la intervención se hizo mediante la aplicación de la escala de evaluación de actitudes. Se seleccionó una escala específica para pacientes con esquizofrenia, el inventario de actitudes hacia la medicación o Drug Attitude Inventory (DAI) en su versión corta de 10 ítems. Es una escala autoaplicada que permite valorar la respuesta subjetiva y las actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia su tratamiento. Los pacientes habían previamente realizado sesiones psicoeducativas con el psicólogo clínico del hospital. Los resultados no fueron concluyentes. Sin embargo, los pacientes se mostraron muy satisfechos con la intervención²².

ADHERENCIA DESDE LA COORDINACIÓN

Coordinación con las unidades clínicas

Uno de los aspectos que hay que tratar en la mejora de la adherencia es el desarrollo de Programas de Abordaje de Pacientes Crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de deprescripción, simplificación, protocolos de utilización de medicamentos, etc.).

Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales

Se han conseguido muy buenos resultados con la implantación de programas de coordinación entre la farmacia de hospital y atención primaria, que incluyen la prescripción electrónica, validación y dispensación ambulatoria de antipsicóticos inyectables de larga duración. El desarrollo de estrategias de optimización de la prescripción y programas de seguimiento farmacoterapéutico, facilitan la accesibilidad a tratamientos y favorecen de forma eficiente la adherencia²³.

En algunos hospitales se han puesto en marcha programas ambulatorios de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes en tratamiento con litio. El farmacéutico integrado en un equipo de profesionales especializados, desarrolla diferentes funciones como la monitorización farmacocinética e individualización posológica, información, educación y resolución de problemas relacionados con el tratamiento. Es esencial que se aporte información tanto escrita como verbal sobre el litio, en relación a aspecto como la eficacia, importancia del cumplimiento, forma de administración, qué hacer ante el olvido de una dosis, posibles efectos secundarios, síntomas de toxicidad e interacciones medicamentosas^{24,25}

El Sistema Personalizados de Dispensación (SPD), es una herramienta para el abordaje de los problemas de adherencia que habitualmente se emplea en las farmacias comunitarias. Consiste en un dispositivo con una serie de compartimentos donde se distribuye



la medicación que ha de tomar un paciente durante un tiempo determinado y va acompañado de la realización por parte del farmacéutico de una serie de actuaciones orientadas a la prevención, identificación y resolución de problemas relacionados con los medicamentos. En algunos casos, como sucede con los pacientes polimedcados con pautas complejas y de edad avanzada, el farmacéutico hospitalario puede aconsejar que solicite a una farmacia la preparación de SPD cuando regresen a sus domicilios²⁶.

Alianzas con las asociaciones de pacientes

Estas alianzas pueden ser un elemento clave para mejorar la adherencia a la farmacoterapia.

Supone una oportunidad para el profesional farmacéutico liderar proyectos que permitan dar respuestas a las nuevas necesidades del paciente, familias y cuidadores, y que conduzcan a mejorar los resultados de salud.

En este sentido, en colaboración con las asociaciones de pacientes se pueden realizar actividades de educación y de apoyo para contribuir a la autogestión, el autocuidado y el empoderamiento de los pacientes.

Estrategias de mejora de la ADHERENCIA a la farmacoterapia

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO	<ul style="list-style-type: none">▶ Detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM). Individualización y simplificación de los tratamientos▶ Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales. Farmacia Hospitalaria – Atención Primaria – Farmacia Comunitaria.▶ Seguimiento de los pacientes a través de las nuevas tecnologías (TICs).
EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none">▶ Información oral y escrita sobre los tratamientos.▶ Evaluar y abordar los efectos secundarios.▶ Programas educativos.
COORDINACIÓN	<ul style="list-style-type: none">▶ Coordinación con unidades clínicas (protocolos de utilización de antipsicóticos, desprescripción).▶ Desarrollo de Planes de Acción entre niveles asistenciales. Farmacia Hospitalaria – Atención Primaria – Farmacia Comunitaria.▶ Alianzas con asociaciones de pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76. 2009. [Internet]. [cited 2022 Feb 17]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG76>
- ² Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014;5:43-62.
- ³ Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005;29:40-8.
- ⁴ Morillo Verdugo R, Calleja Hernández MÁ. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf
- ⁵ Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos [Internet]. 2013 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Cronicos/AF_INFORME_PACIENTE_GESTION_SANITARIA.pdf
- ⁶ Hansen HV, Kessing LV. Adherence to antidepressant treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2007 Jan;7(1):57-62
- ⁷ Ibarra O, Ramón B, Verdugo M. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
- ⁸ Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Practice*. 2010 Jan;16(1):34-45.
- ⁹ Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World J Psychiatry*. 2012;2(5):74-82.
- ¹⁰ Gallego JA, Bonetti J, Zhang J-P, Kane JM CC. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res*. 2012;138(1):18-28.
- ¹¹ Fleischhacker WW, Uchida H. Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014;17(7):1083-93.
- ¹² Fisher MD, Reilly K, Isenberg K, Villa KF. Antipsychotic patterns of use in patients with schizophrenia: polypharmacy versus monotherapy. *BMC Psychiatry*. 2014;30:14(1):341.
- ¹³ Haddad PM, Kishimoto T, Correll CU, Kane JM. Ambiguous findings concerning potential advantages of depot antipsychotics: in search of clinical relevance. *Curr Opin Psychiatry*. 2015 May;28(3):216-21.
- ¹⁴ Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martinez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014 Oct;4(5):198-219.



- 15 Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002 Dec;63(12):1121-8.
- 16 Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry* 2002;63:384-90.
- 17 Woodward SC, Bereznicki BJ, Westbury JL, Bereznicki LR. The effect of knowledge and expectations on adherence to and persistence with antidepressants. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:761-8.
- 18 Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*. 2013 Oct;12(3):216-26.
- 19 Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71 Suppl 2:20-6.
- 20 Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol*. 2003 Aug;23(4):389-99.
- 21 Arroyo MA, Caballé M, Moscardó C, Soler MJ, Pol E, Montoya JL. Modificación de la actitud hacia los psicofármacos mediante actividades grupales en sujetos esquizofrénicos. *Farm Hosp* 1997; 21(3): 143-150.
- 22 Rodríguez E, Andueza JC, Salaverria MI. Desarrollo de un programa educativo sobre medicación en un hospital psiquiátrico. *Farm Hosp* 2008;32(Espec Congr):37-38.
- 23 Gallastegui C, Fernández-Vega H, Piñeiro G, Rey-Gómez-Serranillos I, Olivares JM, de las Heras-Liñero E. Evaluación de la adherencia al tratamiento con antipsicóticos inyectables de liberación prolongada dentro de un programa de seguimiento farmacoterapéutico. *Farm Hosp*. 2019 Jun;43(6):177-81.
- 24 Rosa AR, Marco M, Fachel JM, Kapczinski F, Stein AT, Barros HM. Correlation between drug treatment adherence and lithium treatment attitudes and knowledge by bipolar patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Jan 30;31(1):217-24.
- 25 Pérez I, Soler E, Faus MT, Núñez E, Cuenca A. Instauración y primeros resultados de una consulta farmacéutica de litio. *Farm Hosp* 2002 May;26 (3):154-62.
- 26 Conn VS, Ruppap TM, Chan KC, Dunbar-Jacob J, Pepper GA, De Geest S. Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis. *Curr Med Res Opin*. 2015;31(1):145-160.



MANUAL PARA LA MEJORA DE

la **adherencia**
en **salud mental**



Colabora

Lundbeck

