

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 9, número 1, 2009



ADHERENCIA TERAPEUTICA

José Luis Hernández Fleta
(Compilador)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-
Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubin s/n 33011 Oviedo
e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Marilyn (1964). Andy Warhol.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 300

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 9 - Núm. 1 - 2009

PRESENTACIÓN	7
---------------------------	---

ARTÍCULOS ORIGINALES

Adherencia terapéutica. Generalidades

<i>José Luis Hernández Fleta, Francisco Javier Acosta Artilles y José Pereira Miragaia</i>	13
--	----

La Adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis

<i>Francisco Javier Acosta Artilles, José Luis Hernández Fleta y José Pereira Miragaia</i>	29
--	----

La Adherencia en los trastornos afectivos

<i>Rafael Touriño González</i>	49
--------------------------------------	----

La Adherencia en psicoterapia

<i>José Pereira Miragaia Francisco Javier Acosta Artilles y José Luis Hernández Fleta</i>	67
---	----

Métodos de evaluación de Adherencia

<i>Francisco Javier Acosta Artilles, José Luis Hernández Fleta y José Pereira Miragaia</i>	79
--	----

Estrategias de intervención para mejorar la adherencia

<i>Enrique Hernández Reina, Francisco Javier Acosta Artilles y José Luis Hernández Fleta</i>	95
--	----

INFORMES	107
-----------------------	-----

Estrategia y plan de acción sobre salud mental

IN MEMORIAM	113
--------------------------	-----

Leon Eisenberg

RESEÑAS	115
----------------------	-----

REUNIONES CIENTÍFICAS	121
------------------------------------	-----

NORMAS DE PUBLICACIÓN	127
------------------------------------	-----

Presentación

La adherencia terapéutica es uno de los retos más importantes de la medicina en general, y la psiquiatría y psicología. Frente al considerable avance que se ha producido en las últimas décadas en los tratamientos psicofarmacológicos, el problema de la adherencia no ha experimentado un progreso similar ni significativo. Afortunadamente se está produciendo el primer paso indispensable para su mejora, esto es, la mayor conciencia sobre este problema en la comunidad científica, lo que se ha reflejado en el número de publicaciones.

En este monográfico de los Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria hemos querido abordar el problema de la no adherencia desde una perspectiva global, científica y clínico - práctica. La adherencia terapéutica es un tema ligado ineludiblemente a la práctica clínica, ya que es un fenómeno que debe ser abordado y evaluado a diario por los profesionales de salud mental.

En el primer artículo (Adherencia terapéutica. Generalidades) se realiza una revisión de aspectos como el concepto, los términos utilizados y definiciones, la prevalencia, los patrones de no adherencia, y una exposición de los factores de riesgo generales y comunes asociados a la no adherencia.

En el segundo artículo (La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis) se revisan la prevalencia, las consecuencias de la no adherencia, los métodos de evaluación disponibles, las dificultades y limitaciones metodológicas de los estudios disponibles, los factores de riesgo identificados, y las estrategias encaminadas a la mejora de la adherencia.

En el tercer artículo (La adherencia en los trastornos afectivos), siguiendo un esquema similar, se exponen, tanto para la depresión como para el trastorno bipolar, la prevalencia de la no adherencia, los factores de riesgo para la misma, las consecuencias, y las estrategias para la mejora de la adherencia.

En el cuarto artículo (La adherencia en psicoterapia) se exponen los factores asociados a una peor adherencia, las estrategias para la mejora de la misma, y se insiste en un pilar básico para ello: la alianza terapéutica. La psicoterapia es una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. Sin embargo, todavía quedan muchas lagunas pendientes de ser investigadas en relación al tema que nos ocupa.

En el quinto artículo (Métodos de evaluación de la adherencia) se ofrecen las clasificaciones de los métodos de evaluación, así como la validez, ventajas e inconvenientes de cada método. Las escalas psicométricas más utilizadas para la evaluación de la adherencia son un tema especialmente desarrollado, dada su importancia para la práctica clínica y la investigación.

En el último artículo (Estrategias de intervención para mejorar la adherencia) se resumen las diferentes estrategias recomendadas en función de la evidencia científica, desde una perspectiva global, ya que las estrategias específicas han sido expuestas en sus artículos correspondientes.

Esperamos que el presente monográfico sirva no sólo para proporcionar una revisión actualizada sobre este tema tan trascendente en la práctica clínica, sino para dar solidez entre los profesionales de salud mental a la consideración de la no adherencia como un problema de primer orden, que debemos tener presente en nuestra práctica clínica, y dedicarle tiempo y esfuerzos para reducirlo. Si lo conseguimos, nuestro trabajo habrá valido la pena.

José Luis Hernández Fleta
Psiquiatra

Para tu **tranquilidad...**



... va con él



JANSSEN-CILAG, S.A.
www.janssen-cilag.es



Risperdal CONSTA

RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN

[illegible][illegible]

Individuare tutti gli esponenti in ogni caso di arresto libero o no

Adherencia Terapéutica

Therapeutic adherence

José Luis Hernández Fleta

*Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental.
Dirección General de Programas Asistenciales.
Servicio Canario de la Salud.*

Francisco Javier Acosta Artiles

*Psiquiatra. Servicio de Salud Mental
Dirección General de Programas Asistenciales.
Servicio Canario de la Salud*

José Pereira Miragaia

*Psicólogo. Servicio de Salud Mental
Dirección General de Programas Asistenciales.
Servicio Canario de la Salud*

RESUMEN

La no adherencia es uno de los retos prioritarios en medicina y psiquiatría. La mejora de la adherencia repercutiría en una mejor evolución clínica y menores costes sanitarios.

Hasta la actualidad no ha habido consenso en la definición operativa de la no adherencia, y todos los métodos de evaluación tienen sus inconvenientes. Esto ha influido en la heterogeneidad de las metodologías y hallazgos en la literatura. En lugar de la evaluación tradicionalmente dicotómica, se recomienda que sea continua, ya que una proporción importante de los pacientes tienen una adherencia parcial y/o irregular a lo largo del tiempo.

En este artículo realizamos una revisión de aspectos generales de la adherencia terapéutica, como el concepto y denominación, la prevalencia, los patrones de incumplimiento y los factores de riesgo.

La evaluación de la adherencia y las intervenciones para su mejora son un aspecto fundamental de la práctica clínica diaria.

Palabras Clave: adherencia, incumplimiento, cumplimiento, factores de riesgo, estrategias de intervención.

INTRODUCCIÓN

Las formas de afrontar una enfermedad y los tratamientos que le son prescritos, por parte de las personas que la padecen, juegan un papel fundamental en el curso de la misma.

ABSTRACT

Non adherence is a priority concern in Medicine and Psychiatry. The improvement in adherence would impact on better outcomes and lower health costs.

To date, there has not been agreement on the operative definition of non adherence, and all assessment methods have drawbacks. This has had influence on the heterogeneity of methodology and results of the literature. Instead of a dichotomous perspective, the continuous approach has been recommended, since an important proportion of patients show partial adherence and/or irregular through time.

In this article we review general issues regarding adherence, such as the concept and denomination, prevalence, patterns of noncompliance, and risk factors.

The assessment of adherence and interventions aimed to improve it are a major issue of the clinical practice.

Keywords: adherence, noncompliance, compliance, risk factors, intervention strategies.

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por factores de diversa naturaleza. Es una conducta o repertorio de conductas modulado por componentes subjetivos, pero también influenciado por factores externos. Está mediada, entre

otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo. El padecimiento de una enfermedad, per se, ya es una carga estresante para el sujeto, a la que hay que añadir el cumplimiento riguroso de un régimen de indicaciones que implica la realización de un esfuerzo dirigido a garantizar el cumplimiento.

La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, cuando suele producirse una diferenciación subjetiva entre su carácter nosológico (etiología, pronóstico y tratamiento) y la forma en que la percibe quien la padece, el significado que le confiere (una pérdida, un reto, una amenaza, incluso un alivio...) (Martin, L y Grau, J, 2004).

El objetivo de la psiquiatría es curar la enfermedad mental. Los profesionales pueden hacer un diagnóstico apropiado y comprender la especificidad de cada caso, prescribiendo el tratamiento que consideren necesario para ayudar a sus pacientes; sin embargo, la cuestión es ¿qué pasa al otro lado de la puerta del despacho, una vez que sale el paciente?, ¿es esa puerta la entrada a la brecha existente entre la eficacia del tratamiento apoyado en los ensayos clínicos y la baja efectividad observada en la práctica clínica real? Como agentes de salud esa debe ser nuestra principal preocupación (Colom et al, 2002).

Parece que esta brecha pudiera estar causada, en muchos casos por el incumplimiento de los tratamientos prescritos.

Se han acuñado numerosos términos para designar este fenómeno: “adherencia”, “incumplimiento”, “alianza terapéutica”, “se-

guimiento”... que dan idea de que el objetivo de cualquier tratamiento médico o psicológico prescrito es conseguir determinados resultados, beneficiosos para la salud del paciente y que ello pasa por una adecuada adherencia terapéutica.

La adherencia a los tratamientos médicos ha sido controlada desde la época hipocrática, cuando los efectos de algunas pociones eran registrados mediante anotaciones sobre si el paciente las había tomado o no (Walsh et al, 2002).

Pese a la disponibilidad de nuevos fármacos que normalmente se definen por un perfil elevado de eficacia y seguridad, tal progreso terapéutico pierde sentido si el cumplimiento no se mejora.

La eficacia del tratamiento y la adherencia al mismo constituyen, por tanto, dos factores fundamentales para determinar el buen pronóstico de una enfermedad.

Como se ha referido, la adherencia a prescripciones terapéuticas y de salud no es un problema aislado de la psiquiatría o la psicología clínica sino que es común en la medicina especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia, hipertensión) o de aquellas que requieren tratamientos prolongados.

Es especialmente problemática en los trastornos persistentes, en los cuales el tratamiento se diseña para prevenir recurrencia de los síntomas y juega un papel fundamental para obtener buenos resultados en el tratamiento de las enfermedades mentales más graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Velligan et al., 2010).

Los fallos en el cumplimiento exacerban los problemas de salud y la progresión de la

enfermedad haciendo imposible estimar los efectos o el valor de un determinado tratamiento. Por otro lado, se incrementa la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, con repercusiones sobre el coste sanitario al implicar un número innecesario de visitas, revisiones u hospitalizaciones.

Se pueden cometer errores como incrementar las dosis (pensando que la prescrita es inefectiva), añadir otros tratamientos (que serían innecesarios), recaídas de la enfermedad, incluso, hospitalizaciones (Velligan et al., 2003, Velligan et al., 2007, Eaddy et al., 2005).

Todo ello puede, además, generar problemas en la relación entre el profesional de la salud y el enfermo e, incluso, insatisfacción en este último (Gili y Roca, 2007). Los datos también muestran que, habitualmente, los médicos son incapaces de precisar si un paciente se adhiere correctamente al tratamiento o no (Velligan et al., 2007).

El impacto económico global de la no adherencia es sustancial. Se ha estimado en torno a los 100 billones de dólares anuales en el sistema de salud norteamericano. Osterberg & Blaschke (2005) documentan que, aproximadamente, de uno a dos tercios de las hospitalizaciones en las que subyace una causa inherente al tratamiento tienen que ver con la no adherencia. Se ha estimado que las hospitalizaciones por no adherencia a antipsicóticos fueron de 1.479 millones de dólares en 2005 (Sun et al., 2005).

Aunque se han publicado numerosos estudios sobre el incumplimiento terapéutico, el desarrollo de intervenciones para mejorarlo ha tenido un escaso impacto (Haynes et al, 2005). El cumplimiento de la medicación psiquiátrica posee especial dificultad debido a múltiples factores, algunos generales y otros específicos de los psicofármacos. Las

enfermedades mentales tienen un impacto directo sobre la capacidad y motivación de los pacientes a tomar los distintos fármacos que les son prescritos. Además se ha sugerido que el estigma y el temor a los tratamientos psiquiátricos son, por si mismos, factores de incumplimiento (Corrigan et al, 2006).

Pero la adherencia no solo concierne a las terapias somáticas sino también a las intervenciones psicológicas. El gran número de abandonos en intervenciones psicológicas sugiere tasas de no adherencia a la psicoterapia, incluso mayores que a la psicofarmacología (Colom & Vieta, 2002).

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Uno de los primeros problemas que uno encuentra al investigar sobre este concepto es su definición, es decir ¿Qué se debe entender por adherencia terapéutica?

En la bibliografía suelen emplearse diversos términos para referirse a un mismo fenómeno, aún con matices distintos, pero sin llegar a un concepto que sea aceptado por todos y empleado de forma habitual por clínicos e investigadores.

Los más utilizados son el de “cumplimiento” (compliance) y “adherencia” (adherence).

Con respecto el término “cumplimiento” aunque no hay un consenso general en su definición, la que más se admite es la de Haynes (1979): “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

En la práctica médica este concepto suele circunscribirse casi exclusivamente a la toma de

fármacos de una forma determinada por parte del paciente (Basterra, 1999), sin incluir aspectos higiénico-sanitarios como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicio o evitar el estrés.

Este término ha suscitado polémica, por una lado por su tono restringido para definir un problema muy complejo y, por otro lado porque suele usarse haciendo referencia a la “obediencia” del paciente a seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud, con lo que el paciente asume un rol pasivo y sumiso, siendo incapaz de tomar decisiones propias al respecto (Ferrer, 1995).

Se ha sugerido que, definido así, sería un término categorial; las personas son cumplidoras o no cumplidoras, pese a las múltiples posibilidades que puede haber en relación al cumplimiento (Karoly, 1993).

Es una definición centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud básicamente autoritario. Es reduccionista pues solo toma en cuenta el aspecto relacional e ignora aspectos subjetivos de otra índole, como las creencias y motivaciones del paciente.

Con el fin de superar estas limitaciones se han introducido otros términos como “adherencia” o “alianza terapéutica”.

Se ha definido adherencia como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo” (NCCSDO, 2005).

Algún autor (Trostle, 2000) desde una perspectiva antropológica señala que la discusión entre “cumplimiento” y adherencia” al tratamiento es el equivalente a discutir

“la autoridad de los profesionales médicos”.

Otros Autores (Di Matteo y DiNicola, 1982) definen adherencia como “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado”.

No obstante, existe una dura controversia sobre la pertinencia o no de emplear los vocablos “cumplimiento”, “abandono”, y “adherencia” para designar el éxito o fracaso en la viabilidad de un tratamiento (Kingdon et al, 2007).

“Alianza terapéutica”, “colaboración”, “cooperación” y “adherencia” implicarían una mayor participación y un papel más activo del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud.

No menos importante es el hecho de que la adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por parte de su paciente y dedique a ello el tiempo necesario.

En cualquier caso, la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto de conductas entre las que se incluyen aceptar formar parte de un programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. De este modo la conducta de adherencia debe entenderse a partir de diversas dimensiones, desde aspectos propiamente conductuales, mediados por elementos cognitivos, motivacionales y volitivos, unidos a cuestiones relacio-

nales, donde interviene la comunicación con el profesional de la salud, la relación del paciente con el entorno social y familiar e, incluso, el papel de la organización de los servicios de salud (Martin, 2004).

Hasta no hace mucho la adherencia se conceptualizaba en términos de “todo o nada”, es decir, de forma dicotómica, así un paciente era “adherente” o “no adherente”. Estudios más recientes, sin embargo, contemplan la adherencia como un espectro, como una dimensión que iría desde pacientes que no toman el tratamiento a aquellos que lo hacen parcialmente (Julius 2009).

Las tasas halladas de no adherencia varían según los métodos utilizados para su evaluación, y la definición operativa de ‘no adherencia’:

Velligan et al (2006) revisaron 161 publicaciones desde 1970 a 2006 para identificar métodos empleados en medir/definir la adherencia en pacientes con esquizofrenia y encontraron que lo que referían los pacientes respecto de su cumplimiento era el método más empleado para evaluarlo aunque existían otros como los dispositivos electrónicos, niveles de los fármacos en sangre o en orina. Todos los métodos tienen sus inconvenientes.

En otro estudio, Velligan et al. (2003) encontraron que cuando la adherencia se definía como la toma de, al menos, el 80% de las tomas prescritas, solo el 40% de los pacientes tenía una buena adherencia si el método empleado era el recuento de pastillas, mientras que era del 55% si se tomaba en cuenta lo referido por los pacientes. Si se analizaban los niveles sanguíneos (definiendo adherencia como una variación entre las muestras menor del 30%), la adherencia era únicamente del 23%.

Incluso cuando los estudios han usado metodologías similares, las definiciones de

adherencia a la medicación han variado enormemente, así que es difícil establecer conclusiones. En el estudio referido de Velligan et al. (2006) el rango de porcentajes que se tomaban para definir adherencia oscilaba del 50 al 90%.

Otros estudios han empleado, para definir el problema, periodos o intervalos de tiempo en los cuales el paciente no tomaba el tratamiento, pero, de nuevo, los periodos de tiempo variaban ampliamente de unos estudios a otros.

La monitorización electrónica mediante dispositivo MEMS (Medication Event Monitoring System), en la que usa un dispositivo electrónico que registra la fecha y la hora en que se abre el envase del fármaco, se ha considerado como el “gold standard” para monitorizar la adherencia. Sin embargo en el estudio de Velligan et al. (2006) encontraron que incluso el dispositivo MEMS producía resultados difíciles de medir a causa de las altas tasas de pérdida de datos.

Velligan et al. (2009) han publicado recientemente una guía de consenso de expertos sobre adherencia en pacientes con Trastornos mentales graves y persistentes. En ella, dada la variabilidad en la forma de medir la adherencia en los distintos estudios, se pidió la opinión de los expertos sobre que métodos serían los más útiles para definir la adherencia en esquizofrenia y trastorno bipolar.

Las conclusiones fueron que el porcentaje de medicación tomado, no relacionado con un intervalo de tiempo determinado, sería la mejor forma de definir la adherencia. La mayoría consideraron el 80% como el punto de corte válido para diferenciar adherencia / no adherencia. Esto es consistente con la mayoría de las investigaciones. Tasas del 50% o más se consideraban cumplidores parciales.

Como alternativa, los intervalos de tiempo entre tomas podrían ser un método válido, pero no el principal. En este caso se afirmaba que de 4 días a una semana sin medicación (mediana una semana) sería el tiempo considerado a partir del cual el paciente sería incumplidor, tanto el caso de esquizofrenia como de trastorno bipolar.

No hubo consenso en considerar la interrupción completa del tratamiento como definición de no adherencia, posiblemente como reflejo de la realidad clínica donde el cumplimiento parcial es mucho más frecuente.

Sólo se apoyó de forma limitada en la definición de adherencia la actitud del paciente o su buena disposición hacia la toma del tratamiento, probablemente porque muchos factores ambientales pueden influir en el cumplimiento incluso cuando un paciente se muestra dispuesto a tomar la medicación tal como se le prescribe (Velligan et al., 2006).

Cuando en los tratamientos se incluían no uno, sino varios fármacos, se consideró que la toma de todos y no de la de uno sólo era necesaria para calificar a tal paciente como cumplidor.

PREVALENCIA

Existen múltiples estudios que han puesto de manifiesto que la falta de cumplimiento es un hecho global e inherente a la naturaleza humana (Sackett et al., 1978; Van Wanghe y Dequeker, 1982; Shobana et al., 1999; Struk et al, 2002). Aunque las metodologías empleadas en estos estudios han sido diferentes y se han desarrollado tanto en países europeos como en Estados Unidos, Canadá y Australia, se han estimado datos similares, en torno al 40 -50%. Se han hallado cifras mucho más elevadas (70-80%) para el incumplimiento en tratamientos prolongados

que pueden incluir cambios en el estilo de vida (dietas, ejercicio físico, dejar de fumar), mientras que los datos son más favorables (20-30%) en tratamientos a corto plazo (Di Matteo, 1995).

La falta de cumplimiento terapéutico se considera como un problema de salud pública. Se estima que las tasas de incumplimiento pueden ser aún mayores en los países en vías de desarrollo, dada la escasez de recursos sanitarios y la falta de equidad en el acceso a la atención a la salud (WHO, 2003).

Existen también estudios que han puesto de manifiesto diferencias en el grado de cumplimiento entre pacientes con trastornos mentales (que tomaban fármacos como anti-depresivos o antipsicóticos) y trastornos físicos (Cramer et al. 1998).

En lo que respecta a las enfermedades mentales que podrían beneficiarse de un tratamiento, la investigación epidemiológica sugiere que entre el 50 al 66% de las personas que las padecen, o no lo buscan adecuadamente o si lo hacen no lo cumplen (Kessler, 2001; Reggier, 1993).

Cramer y Rosenheck (1998) en un análisis de los estudios publicados sobre incumplimiento hasta 1998 encuentran cifras de no adherencia, que van del 24 al 90% para personas que toman antipsicóticos, del 40 al 90% para personas que toman antidepresivos y del 60 al 92% en tratamientos crónicos por enfermedades físicas. Concluyen que tasas tan dispares pueden deberse a la disparidad de criterios en las definiciones sobre incumplimiento y a los métodos de su evaluación. Así, los estudios basados en el "recuento" de pastillas tienden a sobreestimar el cumplimiento y los métodos que emplean dispositivos electrónicos arrojan tasas de incumplimiento mayores.

En el trastorno bipolar, las tasas de no adherencia oscilan entre el 20 al 50% (Scott, 2002; Cochran, 1984). Un tercio de los pacientes muestra un cumplimiento inferior al 30% y más de la mitad interrumpen su tratamiento sin indicación de su psiquiatra, siendo el abandono de la medicación la causa más común de recaída y multiplicándose por cuatro el riesgo de ingreso. Además, los datos indican una relación entre la falta de adherencia y el aumento de riesgo de conducta suicida en estos pacientes (López Castromán, 2009).

En la depresión, se estima que uno de cada tres pacientes no logra completar el tratamiento.

En los Trastornos de ansiedad las cifras de no adherencia publicadas alcanzan el 57% (Stein, 2006).

Otro tanto sucede en la esquizofrenia, donde se estima un incumplimiento en torno al 50% en un rango que iría del 20 al 72% (Lacro et al, 2002). Dolder et al han publicado que las tasas de adherencia en pacientes psicóticos eran igualmente problemáticas para medicaciones antipsicóticas y no antipsicóticas, con tasas de incumplimiento, en estudios a 12 meses, del 52% al 64%, tanto para los antipsicóticos como para los antihipertensivos, antidiabéticos o fármacos para las dislipemias. Piette et al (2007) también han documentado hallazgos similares.

En el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se han comunicado tasas de adherencia del 81% a un año, pero sólo del 52% a tres años (Thiruchelvam, 2001). Los niños que fueron mejores cumplidores eran los más jóvenes, con mayor severidad del trastorno pero sin síntomas oposicionista/desafiantes.

Así pues, la falta de adherencia en los trastornos psiquiátricos es muy alta y sin embar-

go no ha recibido una atención adecuada hasta no hace muchos años. En el momento actual se recomienda la investigación sobre los distintos factores relacionados y es un objetivo de los profesionales promover la adherencia y el cumplimiento en estas patologías.

PATRONES DE INCUMPLIMIENTO

Hay muchos patrones de incumplimiento del tratamiento, dado que la no toma de la medicación es una conducta compleja y dinámica. Los estudios empíricos demuestran que el incumplimiento se comprende mejor como una variable conductual que como un rasgo. Se han descrito patrones de incumplimiento que variaban de una semana a otra (Rudd et al, 1989).

No es infrecuente que los pacientes acudan a la consultas y no tomen la medicación prescrita, así que el cumplimiento de las citas no asegura la adherencia al tratamiento. Hay pacientes a los que se les prescribe más de una medicación y, sin embargo, pueden tomar una y no las demás. En otras ocasiones, pueden comenzar adecuadamente el tratamiento y discontinuarlo posteriormente sin informar a su terapeuta.

No es inhabitual una correcta adherencia en los días precedentes a la cita de revisión con el médico, pero esto no refleja el cumplimiento a largo plazo. Así, la monitorización electrónica ha mostrado una tendencia a la omisión de dosis, con intervalos de tiempo muy variables entre tomas, aunque las dosis del día o días previos a la revisión suelen ser adecuadas.

Los fallos en el cumplimiento de la medicación pueden incluir omisión de tomas, toma de dosis superiores a las prescritas, errores en la posología (frecuencia prescrita de las tomas), toma del tratamiento de forma equivocada, toma de la medicación a deman-

da, más que siguiendo una pauta regular y el abandono prematuro de la misma. Las demoras y las omisiones de alguna toma son los errores más frecuentes (Riolo, S, 2008).

Al revisar los datos documentados en la literatura, están descritas las siguientes pautas:

- 1.- El cumplimiento del tratamiento tiende a disminuir con el paso del tiempo.
- 2.- El cumplimiento basal es el predictor más potente del cumplimiento a largo plazo.
- 3.- Aquellos pacientes que han tenido una adherencia escasa en el pasado son los que, probablemente, la tengan peor en un futuro.

Ambos, el patrón y la cantidad de tomas perdidas son importantes. Aunque algunos estudios han tratado este tema de la no adherencia como un problema dicotómico, la mayor parte de la evidencia apoya que el incumplimiento es un continuo con muchas pautas distintas de incumplimiento parcial, siendo el cumplimiento absoluto muy infrecuente.

Bachmann et al (1999) sugieren estudiar métodos para conseguir altas tasas de cumplimiento más que un cumplimiento perfecto. Apoyan la idea de utilizar fármacos que por sus propiedades farmacocinéticas tengan menos “problemas” si se omite alguna dosis, como, por ejemplo, fluoxetina.

Los errores en la toma del tratamiento pueden ser mejor clasificados de acuerdo a si no fueron intencionados (olvidar o no comprender la frecuencia de las dosis) o si lo fueron (decisión consciente de modificar la dosis/frecuencia del tratamiento por cualquier razón). Hay una diferencia sustancial entre olvidar tomar una “pastilla” a pesar de conocer sus propiedades que creer que dos pastillas son mejor que tres y “ajustar” la dosis sin consultar al médico (Rudd, 1993). Los fallos de cumplimiento de dos o más días sucesivos son llamados “vacaciones del

tratamiento”. Dos tercios de los pacientes suelen tomarse estas “vacaciones” cada mes o cada trimestre. Si el incumplimiento es mayor, no solo se producirá la ineficacia del tratamiento sino que, además, los pacientes pueden experimentar efectos adversos por efecto rebote y/o efectos de “primera dosis” al reinstaurar el tratamiento. De hecho, estos efectos indeseables pueden contribuir a que persista un peor incumplimiento (Urquhart, 1995, 1997).

FACTORES DE RIESGO

Para diseñar intervenciones efectivas dirigidas a mejorar la adherencia, hay que identificar primero qué factores contribuyen a causarla (Lacro, 2002). Muchos estudios han intentado identificar predictores de no adherencia.

Las causas de incumplimiento son múltiples. Las razones más habituales para discontinuar un tratamiento incluyen los efectos secundarios, la baja necesidad percibida del tratamiento, sentirse mejor y no percibir la eficacia del mismo.

En cualquier caso, los distintos factores relacionados con la adherencia al tratamiento pueden agruparse en cuatro áreas:

- 1.- Relacionadas con el paciente.
- 2.- Psicológicas.
- 3.- Relacionadas con la medicación.
- 4- Sociales o relacionadas con el entorno.

Factores relacionados con el paciente

Variables sociodemográficas tales como edad, género, estado civil, raza y nivel de educación han demostrado tener una mayor consistencia en la relación con la no adherencia en pacientes con trastornos afectivos que entre pacientes con otros trastornos psiquiátricos (Sajatovic, 2007).

En general, los pacientes con Trastorno Bipolar que tienen mayor riesgo de no adherencia son los más jóvenes, solteros, del género masculino y/o con menor nivel educativo. Estas variables no han mostrado correlación significativa con otros diagnósticos psiquiátricos aunque Gilmer et al (2004) han publicado una asociación entre edad más joven y no adherencia en los trastornos psicóticos. El abuso comórbido o la dependencia de sustancias parecen tener un impacto significativo en la adherencia en todos los grupos diagnósticos (Lacro, 2002; Gilmer 2004; Byerly, 2007).

En un orden práctico, aspectos como ingresos económicos, hogar estable, transporte, servicio telefónico, accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud mental (por ejemplo, tiempo de espera para la consulta del profesional) pueden influir en una mejor adherencia (Riolo, 2008).

La capacidad del paciente definida por su funcionamiento cognitivo, funcionamiento motor y conocimientos sobre el tratamiento, es otro aspecto importante. La mayoría de los estudios (Morris, 1979) concluyen que, mientras las instrucciones dadas al paciente son un componente importante del tratamiento y pueden mejorar el cumplimiento a corto plazo, no resultan igual de eficaces a largo plazo. Se ha demostrado (Sackett, 1979) que incluso un aprendizaje que lleve al “dominio” de la medicación no garantiza una mejor adherencia.

La motivación del paciente se ha relacionado con:

- Severidad de los síntomas psiquiátricos que, a su vez, influyen en el funcionamiento cognitivo, insight, orientación futura y confianza.
- Experiencias previas con la medicación, especialmente la psiquiátrica.

- Antecedentes personales de enfermedad mental.
- Creencias personales – creencias sobre la salud/enfermedad, aceptación de la enfermedad, comprensión de la enfermedad, aspectos relacionados con la medicación, necesidad percibida de la medicación, eficacia percibida de la medicación, aspectos sobre el estigma.
- Objetivos del tratamiento.
- Personalidad.

Tabla 1

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA

- Bajo nivel de estrés/baja percepción de necesidad de medicación (p. ej: “sólo la gente realmente enferma se medica”, “me siento mejor, así que no necesito medicación”).
- Meditarse no es “bueno para la salud”.
- Influencia negativa de familia y amigos.
- Indefensión aprendida.
- Pautas farmacológicas complejas.
- Efectos secundarios (p.ej: aumento de peso, disfunción sexual).
- Miedo a los efectos secundarios (p.ej: “no seré capaz de tener emociones”, “la medicación me convertirá en un zombie”, “no soy yo mismo”, o “los medicamentos provocaran un cambio en mi personalidad”).
- Evitar la dependencia.
- Preocupación por la estigmatización/discriminación (p.ej: “solo los locos toman medicamentos psiquiátricos”).

Modificado de Riolo et al (2008)

Factores psicológicos

Los factores psicológicos más consistentes relacionados con la no adherencia a la medicación son la ausencia de insight, la negación de la enfermedad y las actitudes negativas hacia la medicación (Lacro, 2002; Day, 2005; Olfson, 2006; Pyne, 2006). El no estar convencido de que la toma del tratamiento prevendrá las recaídas también ha sido citado como factor de riesgo (Byerly, 2007; Lacro, 2002).

En el caso de la enfermedad mental grave (fundamentalmente la esquizofrenia) la mayoría de los estudios indican que aproximadamente la mitad de las personas que la sufren no toman su medicación. El motivo más común es la escasa conciencia de enfermedad. (Amador, 2009) entendida más como un síntoma del propio trastorno que como una “negación” de la enfermedad por parte del paciente. En muchas ocasiones el paciente rechaza tanto ver al psiquiatra como acudir al psicólogo por esta falta de insight (Colom y Vieta, 2002). Un pobre insight y una baja adherencia al tratamiento son características comunes a las personas con esquizofrenia, que además están relacionados con peores resultados. Existe una evidencia consistente en que el pobre insight está asociado con bajo cumplimiento de la medicación y adherencia al tratamiento. La falta de insight puede conducir a un escaso cumplimiento debido a que las personas no son conscientes de su propio estado y de que éste podría, además, ser correctamente tratado. Por tanto, interrumpen el tratamiento (Rüsch, 2002).

Sher et al (2005) han documentado que en los pacientes con trastornos afectivos, las creencias familiares acerca de la enfermedad del paciente y/o sus creencias acerca del rol de la medicación pueden jugar un papel significativo en la adherencia del paciente.

Los hallazgos relativos a la importancia de la severidad de los síntomas en la adherencia no son concluyentes. En una amplia revisión sobre pacientes con trastornos psicóticos, la gravedad de la clínica sólo estuvo relacionada con la adherencia en la mitad de los estudios (Lacro, 2002).

Factores relacionados con la medicación

Los estudios en este campo son más limitados. Aún así, la mayoría de ellos han demostrado que los pacientes refieren efectos adversos del tratamiento como causa importante para su incumplimiento (Soyka, 2000; Robinson, 1999). Pero hay datos contradictorios, Lacro et al (2002) no encontraron este hallazgo en pacientes con trastornos psicóticos y sin embargo, Piette et al (2007) documentan que los pacientes esquizofrénicos prefieren tomar fármacos para enfermedades somáticas que antipsicóticos. En la enfermedad bipolar el tipo de estabilizador del humor empleado no parece correlacionar con la adherencia (Sajatovic, 2007). Aquellos estudios que han comparado antipsicóticos atípicos o de segunda generación frente a antipsicóticos clásicos o de primera generación han mostrado datos similares con una leve tendencia, no significativa, hacia los atípicos en lo que respecta a una mejor adherencia (Buchanan, 1992).

Estudios de especialidades médicas distintas de la psiquiatría, así como la experiencia clínica, sugieren una correlación negativa entre las pautas y la adherencia, de tal manera que cuanto más complejas son las pautas más se reduce la adherencia (Osterberg & Blaschke, 2005), aunque esto no se ha demostrado de forma clara en los trastornos psicóticos (Lacro, 2002; Buchanan, 1992; Grunebaum, 2001).

En un destacado artículo, Frank (1973), describe la estrecha relación entre creencias y

actitudes acerca del tratamiento, expectativas de cambio y resultados en la enfermedad actual. Concluye que las creencias del paciente sobre la medicación son la variable más potente relacionada con el cumplimiento. Por ejemplo, puede creerse que la medicación es adictiva y se acumula en el cuerpo pudiendo producir efectos a largo plazo. La percepción de la efectividad del tratamiento puede ser distinta en el paciente y en el profesional, así si un paciente piensa que la eficacia de un tratamiento antidepresivo es “ser feliz” a la semana de tomarlo, probablemente se sentirá defraudado. Los médicos frecuentemente asumen que si un tratamiento reduce los síntomas del paciente es que es necesario; sin embargo, no es infrecuente que pacientes que han experimentado algún beneficio con el tratamiento lo interrumpan prematuramente argumentando “me siento mejor, así que no necesito tomar la medicación más tiempo”.

También se han documentado las resistencias de los adolescentes hacia la medicación psiquiátrica. Scott (1992) encuentra que el 58% de adolescentes enfermos (diagnosticados de depresión unipolar o bipolar y esquizofrenia) estaban en desacuerdo con la necesidad de tomar la medicación que les había sido prescrita.

En otro estudio, Williams y Hollis (1998), documentan la cifra del 61% de adolescentes con trastornos psiquiátricos diversos que estaban en contra de tomar la medicación por una ausencia de expectativas positivas hacia ella.

Factores sociales y del entorno

La calidad de la alianza terapéutica es un factor básico en la adherencia, subrayado por numerosos investigadores (Byerly, 2007; Day, 2005; Alverson, 2007). Terapeutas y pacientes desarrollan una relación que está basada en la comunicación e incluye información, afecto y

aprendizaje social. La alianza terapéutica es importante para el éxito tanto en los tratamientos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos. Para que sea óptima debe basarse en la confianza mutua, respeto, honestidad, sinceridad y sentirse cómodos con la relación por parte de ambos, todo lo cual, evidentemente, lleva tiempo. Pacientes con baja adherencia, frecuentemente, provocan respuestas de contratransferencia negativa en los profesionales y provocar rechazo o actitudes defensivas en estos, pueden llegar a argumentar que el paciente es “resistente” o que “no quiere mejorar”. Estas respuestas son contraproducentes y sólo sirven para erosionar la alianza terapéutica. En este sentido, el incumplimiento podría contemplarse como un fracaso de la relación más que como un fracaso del paciente (Weiden, 2005).

Weiden (2009) ha enfatizado la importancia de usar opciones terapéuticas de forma individualizada en el contexto de una relación terapéutica positiva. Él aconseja no finalizar la entrevista con el paciente con amenazas sobre el incumplimiento sino en trabajar para ayudar al paciente a comprender la importancia de la adherencia a la medicación como parte de la recuperación. Tacchi y Scott (2005) subrayan la necesidad de “normalizar” los problemas de la adherencia, haciendo notar que no se puede esperar el 100% de éxito al intentar mantener una determinada conducta (p.ej. hacer una dieta, dejar de fumar, perder peso o aumentar la actividad física). Apoyan la importancia de crear una atmósfera en la cual el paciente pueda admitir que no está tomando su medicación como le fue prescrita. Julius et al (2009), haciendo una extensa revisión de la literatura recomiendan las siguientes estrategias para el manejo de la adherencia en el paciente psiquiátrico: focalizarse en fortalecer la alianza terapéutica, dedicar tiempo del tratamiento específicamente dirigido a la adhe-

rencia, valorar la motivación del paciente para tomar el tratamiento prescrito e identificar y valorar barreras potenciales para lograr un correcto cumplimiento. En cualquier caso, los pacientes que tienen dificultades en mantener una adecuada adherencia necesitan estrategias más intensivas que aquellos que no las tienen (Osterberg & Blaschke, 2005).

La estabilidad en las condiciones de vida del paciente, la calidad de su apoyo social y aquellas personas que supervisan la toma del tratamiento son también muy importantes en el cumplimiento. Los pacientes que viven solos, de forma independiente, parecen tener una menor adherencia (Gilmer 2004; Sajatovic, 2007). Sin embargo, vivir en un entorno protegido, no es por sí mismo factor suficiente para mejorar el cumplimiento (Velligan et al., 2003).

Vivir con el cónyuge es una variable importante para predecir la adherencia a los antidepresivos (Sher et al., 2005).

Las creencias familiares también influyen en la adherencia. Se ha comprobado que aquellas familiares que piensan que la enfermedad mental está causada por un desequilibrio químico refuerzan el uso de la medicación en el paciente (Chesla, 1989; Rose, 1983).

Una inadecuada planificación del alta hospitalaria y la mala coordinación con los servicios comunitarios también tienen un impacto negativo en la adherencia (Lacro, 2005). Una mala comunicación con el paciente puede derivar en que este no comprenda el diagnóstico y el tratamiento prescrito. Makaryus (2005) encuentra que sólo el 28% de los pacientes era capaz de recordar su medicación, sólo el 42% conocía el diagnóstico y sólo el 14% podía enumerar los efectos secundarios asociados con el tratamiento prescrito al alta del hospital.

Por otro lado está la influencia del estigma, entendido como la discriminación negativa debida a los estereotipos sobre las personas “etiquetadas” de enfermos mentales. Los pacientes psiquiátricos son uno de los grupos sociales más estigmatizados (Link et al, 2004). Se ha afirmado que el estigma es un obstáculo poderoso para la adherencia al tratamiento; en estudios centrados en estudios sobre la depresión se ha comprobado que puede llegar a predecir el incumplimiento (Sirey et al, 2001). Tomar medicación psiquiátrica supone aceptar la enfermedad mental; la no adherencia puede reflejar la negación de la enfermedad o una actitud ambivalente.

CONCLUSIONES

La falta de adherencia a los tratamientos es algo común, contribuyendo al empeoramiento de la enfermedad, aumentando el riesgo de muerte e incrementando los costes sanitarios.

Existe una alta heterogeneidad en la literatura, tanto en lo referente a las diversas definiciones conceptuales y operativas del incumplimiento, como en lo relativo a los métodos de medida del mismo. Esta heterogeneidad se ha señalado como un factor relevante para la disparidad de cifras de prevalencia y en los factores de riesgo asociados al incumplimiento. Es deseable la homogeneidad en estos aspectos para poder comparar los estudios entre sí y dar mayor solidez a los hallazgos.

Los profesionales debemos vigilar, siempre, el incumplimiento y fomentar la adherencia, enfatizando la importancia del tratamiento, haciéndolo simple y adecuándolo al estilo de vida del paciente.

La no adherencia es un fenómeno complejo y multifactorial, que no debe ser considera-

do como dicotómico. Aunque existen diferentes factores de riesgo establecidos en la literatura, el clínico individualizará tanto la evaluación de los factores de riesgo para el incumplimiento, o asociados al incumplimiento constatado, como las estrategias diri-

gidas a la mejora de la adherencia más oportunas.

La mejora de la adherencia es uno de los retos prioritarios en la actualidad de la medicina en general, y de la psiquiatría en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- Amador X.** La negación de la enfermedad. En: Amador X. (ed). *¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!* Madrid: Ediciones Mayo; 2008. p.1-36.
- Alverson HS, Drake RE, Carpenter-Song EA, et al.** Ethnocultural variations in mental illness discourse: Some implications for building therapeutic alliances. *Psychiatr Serv* 2007;58:1541-46.
- Bachman LH, Stephens J, Richey CM, et al.** Measured versus self-reported compliance with doxycycline therapy for chlamidia-associated syndromes: High therapeutic success rates despite poor compliance. *Sexually Transmitted Diseases*. 1999. 26, 272-278.
- Basterra, M.** El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp* 1999;1:97-106.
- Buchanan RW, Kirkpatrick B, Summerfelt A et al.** Clinical predictors of relapse following neuroleptic withdrawal. *Biol Psychiatry* 1992;32:72-78.
- Byerly MJ; Thompson A, Carmody T, et al.** Relationshipss among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2007; 58:844-7.
- Chesla CA.** Parents' illness models of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1989. 3, 218-225.
- Cochran SD.** Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52:873-8.
- Colom F, Vieta E.** Non-adherence in psychiatric disorders: misbehaviour or clinical feature?. *Acta Psychiatrica Scandinava* 2002, 105:161-163.
- Cramer JA, Rosenheck R.** Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 196-210
- Corrigan PW, Watson A.** Treatment adherence in people with psychiatric disabilities. 2006. In *Promoting Treatment Adherence: a practical handbook for Health Care Providers*. En: Donohue WT and Levensky ER (eds.) Sage Publications, London, UK.
- Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al.** Attitudes toward antipsychotic medication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 717-24.
- DiMatteo MR.** Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary* 1995; 30: 596 - 598, 601-602 y 605.
- Dimatteo MR, DiNicola DD.** Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioners role. 1982. New York. Pergamon Press.
- Dolder CR, Lacro JP, Jeste DV.** Adherence to antipsychotic and nonpsychiatric medications in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Psychosom Med* 2003;65:156-162.
- Eaddy M, Grogg A, Locklear J.** Assessment of compliance with antipsychotic treatment and resource utilization in a Medicaid population. *Clin Ther* 2005;27:263-272
- Ferrer, VA.** Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev. de Psicología de la Salud* 1995. 7(1): 35-61.
- Frank JD.** *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*, 2nd Edition. 1973. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

- Gili M, Roca, M.** Adherencia en Medicina. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica, 2007. 3-14.
- Gilmer TP, Dolder Cr, Lacro JP, et al.** Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 692-9.
- Grunebaum MF, Weiden PJ, Olfson M.** Medication supervision and adherence of persons with psychotic disorders in residential treatment settings: A pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:394-399.
- Haynes RB. Introduction.** En: **Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds.** *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.1-7.
- Haynes RB. Yao X. Degani A et al.** Interventions for enhancing medication adherence. 2005. The Cochrane Database of Systematic Reviews 4, CD000011.
- Julius RJ, Novitsky MA, Dubin WR.** Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract* 2009;15:34-44.
- Karoly, P:** Enlarging the scope of the compliance construct: toward developmental and motivational relevance. 1993. En Krasnegor L., Epstein S, Bennet-Johnson S, Yaffe SJ (eds.): *Development aspect of health compliance*, 11-27. Hillsdale, NJ: LEA.
- Kessler RC., Berglund , PA, Bruce ML, et al.** The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research* 2001, 36: 987-1007.
- Kingdon D, Shanaya Rathod LH, Naeem F, Wright JH.** Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2007; 21(1): 28-36.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al.** Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.
- Link BG, Yang L, Phelan JC, et al.** Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin* 2004. 30, 511 – 541 .
- López-Castroman J, Baca-García E, Oquendo MA.** Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*2009; 02(01) :42-8
- Makaryus AN, Friedman EA.** Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005;80:991-4.
- Martin L, Grau J.** La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. 2004. *Psicología y Salud*,14:1, 89-99.
- Olfson M, Marcus SC, Wilk J, et al.** Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57: 205-11.
- Morris LA and Halperin JA.** Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: A literature review . *American Journal of Public Health* 1979. 69 , 47 – 52 .
- NCCSDO.** Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). December 2005.
- Osterberg L, Blaschke T.** Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
- Piette JD, Heisler M, Ganoczy D, et al.** Differential medication adherence among patients with schizophrenia and comorbid diabetes and hypertension. *Psychiatr Serv* 2007;58:207-212.
- Pyne JM, McSweeney J, Kane HS, et al.** Agreement between patients with schizophrenia and providers on factors of antipsychotic medication adherence. *Psychiatr Serv* 2006;57:1170-8.
- Regier DA, Narrow WE; Rae DS, et al.** The defacto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 1993, 50: 85-94.
- Riolo SA, Weston CG.** Patient compliance. En *Psychiatry*, third edition. Edited by Allan Tasman, Jerald Kay, Jeffrey A. Lieberman, Michel B. First and Mario Maj, 2008. John Wiley and sons, Ltd.
- Robinson D, Woerner MG, Alvir JMJ, et al.** Predictors of relapse following response from a first episode of schizoph-

renia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:241–7.

Rose LE. Understanding mental illness: The experience of families of psychiatric patients. *Journal of Advanced Nursing*, 1983. 8, 507–511.

Rudd P, Byyny RL, Zachary V, et al. The natural history of medication compliance in a drug trial: limitation of pill counts. 1989. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1989. 46, 169-176.

Rudd P. The measurement of compliance: Medication taking. 1993. In *Development Aspects of Health Compliance Behaviour*, Kranegor NA (ed.) Lawrence Earlbaum Associates, Inc. Hillsdale, NJ, USA.

Rüsch N, Corrigan PW. Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26(1):23-32.

Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patien Couns Health Educ.* 1978; 1:18-21.

Sackett DL and Snow JC. The magnitude of compliance and noncompliance. In *Compliance in Health Care*, Haynes RB, Taylor DW, and Sackett DL (eds). Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, USA. 1979.

Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, et al. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2007; 58:855-63.

Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: Prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry* 2002; 63, 384-90.

Sher I, McGinn L, Sirey J, et al. Effects of caregivers' perceived stigma and casual beliefs on patients' adherence to antidepressant treatment. *Psychiatr Serv* 2005;56:564–9.

Shobana R, Begum R, Snehalatha C, Vijay V, Ramachandran A. Patients' adherence to diabetes treatment. *J Assoc Physicians India.* 1999; 47: 1.173– 1.175.

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 2001. 158, 479 – 481.

Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *Br J Psychiatry* 2000;176: 345–50.

Stein MB, Cantrell CR, Sokol MC, et al. Antidepressant adherence and medical resource use among managed care patients with anxiety disorders. *Psychiatr Ser* 2006; 57:673-80.

Strunk RC, Bender B, Young Da, Sagel S, Glynn E, Caesar M, et al. Predictors of protocol adherence in pediatric asthma clinical trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2002; 110: 596-602.

Sun SX, Liu GG, Christensen DB, et al. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Curr Med Res Opin* 2007; 23:2305-12.

Tacchi MJ, Scott J. *Improving Adherence in Schizophrenia and Bipolar Disorders.* Chichester, England: John Wiley & Sons; 2005.

Thiruchelvam D, Charach A, and Chachar RJ. Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001. 40, 922 – 928.

Trostle JA. The ideology of adherence: An anthropological and historical perspective. 2000. In *Promoting Adherence to Medical Treatment in Chronic Childhood Illnesses: Concepts, Methods and Interventions.* Crota D (ed.) Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, USA, 35-55.

Urquhart J. Correlates of variable patient compliance in drug trials: Relevance in the new health care environment. 1995. *Advances in Drug Research*, 26, 238-257.

Urquhart J. The electronic medication event monitor: lessons for pharmacotherapy. *Clinical Pharmacokinetics.* 1997. 32, 345-356.

Van Wanghe P, Dequeker J. Compliance and long-term effect of azathioprine in 65 rheumatoid arthritis cases. *Ann Rheum Dis.* 1982; 41 Supl 1: 40-43.

Velligan DI, Lam F, Ereshefsky L, et al. *Psychopharmacology: perspectives on medication adherence and atypical an-*

tipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2003;54:665–667.

Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2006;32:724–742.

Velligan DI, Wang M, Diamond P, et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2007;58:1187–1192.

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Roos R, Docherty JP. The expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness. *J Clin Psychiatry* 2009;70 (suppl 4).

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Assessment of Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *Journal of Psychiatric Practice* 2010. Vol. 16, No. 1, 34-45.

Walsh JC, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS* 2002, 16: 269-77.

Weiden PJ. New developments and research in treatment adherence in schizophrenia: An expert interview with Peter J. Weiden. Highlights of the American College of Neuropsychopharmacology (ACNP) 46th Annual Meeting. 2008. Medscape interview (Available at cme.medscape.com/viewarticle/569527, accessed May 21, 2009).

Weiden PJ, Rao N. Teaching medication compliance to psychiatric residents: Placing an orphan topic into a training curriculum. *Academic Psychiatry*, 2005. 29, 203 – 210

WHO Report. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003

Williams RA, Hollis HM, Benoit K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998. 37, 1301 – 1307.

Dirección Postal:

José Luis Hernández Fleta

C/ Real del Castillo, 152

Hospital Juan Carlos I - 5.ª Planta

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio de Salud Mental.

35004 - Las Palmas de Gran Canaria

correo electrónico: jherfle@gobiernodecanarias.org

La Adherencia en la Esquizofrenia y otras psicosis

Adherence in Schizophrenia and other psychoses

Francisco Javier Acosta Artiles

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud.

José Luis Hernández Fleta

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud

José Pereira Miragaia

Psicólogo. Servicio de Salud Mental

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud

RESUMEN

El incumplimiento es un fenómeno frecuente en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Sus consecuencias son potencialmente graves. En este artículo se revisa la prevalencia, consecuencias del incumplimiento, la evaluación, las dificultades y limitaciones metodológicas, los factores asociados al incumplimiento, y las intervenciones para la mejora de la adherencia en estos pacientes. La adherencia en otros trastornos psicóticos ha sido escasamente estudiada.

Palabras Clave: *adherencia, incumplimiento, cumplimiento, esquizofrenia, trastornos psicóticos.*

INTRODUCCIÓN

A pesar de que en las últimas décadas se ha producido un progreso notable en el tratamiento de la esquizofrenia, el incumplimiento sigue siendo un fenómeno frecuente, que habitualmente implica consecuencias clínicas, potencialmente graves (Kane, 1985; Kane, 2007), y altos costes sanitarios (Gilmer et al., 2004; Thieda et al., 2003; Weiden & Olfson, 1995).

Las tasas de incumplimiento señaladas en la esquizofrenia se estiman alrededor de un

ABSTRACT

Noncompliance is a major problem in schizophrenia and other psychotic disorders, and involves potential serious consequences. In this article we review the prevalence, consequences of noncompliance, assessment, methodology difficulties and limitations, factors associated with noncompliance, and the interventions aimed to improve adherence in these patients. Adherence in other psychotic disorders is poorly studied.

Keywords: *adherence, noncompliance, compliance, schizophrenia, psychotic disorders.*

50% (Lacro et al., 2002), y se ha estimado que sólo un tercio de los pacientes son completamente cumplidores (Oehl et al., 2000).

Por tanto, las altas tasas de incumplimiento, sus consecuencias clínicas y económicas, y el hecho de que se trata de un factor potencialmente prevenible (Kane, 2007), determinan que el estudio del incumplimiento en la esquizofrenia sea un objetivo prioritario en psiquiatría, tanto de los factores de riesgo como de la efectividad de las intervenciones para reducirlo.

El cumplimiento se ha definido como ‘el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario’ (Haynes, 1979). La adherencia se ha definido como ‘el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo’ (Barofsky, 1978; NCCSDO, 2005). En este texto se usarán indistintamente ambos términos de cumplimiento y adherencia, ya que la diferencia entre los conceptos es mínima e implica básicamente una diferencia en la consideración sobre el grado de autoridad del médico (Riolo & Weston, 2008). Además, aunque su concepto implica diversos tipos de recomendaciones terapéuticas, en este texto se empleará el término como un hecho referido a la toma de la medicación, y no como un juicio de valor, como ya han señalado previamente otros autores (Haynes et al., 2008). Por último, la introducción del término ‘adherencia’ no ha supuesto ninguna ayuda para la resolución de los problemas metodológicos para su investigación (Velligan et al., 2006).

PREVALENCIA

Las tasa de incumplimiento en la esquizofrenia se ha estimado en un 50%, con un rango que oscila entre un 4% hallado en un estudio con neurolépticos depot, hasta un 72% (Lacro et al., 2002). Los factores que pueden haber influido en este amplio rango son, entre otros, la definición y criterios para el incumplimiento, los métodos de evaluación de éste y el periodo de observación (Lacro et al., 2002). El cumplimiento puede variar a lo largo de la evolución en el pacien-

te. Mientras que el cumplimiento suele ser bueno tras un alta hospitalaria, tiende a decrecer con el tiempo (Kane, 1985).

En un estudio prospectivo sobre pacientes que ingresaban tras su primer episodio psicótico de la esquizofrenia, se halló que a los 6 meses un tercio de los pacientes eran incumplidores (Kamali et al., 2006). Cifras similares se hallaron en otro estudio prospectivo de 2 años en pacientes esquizofrénicos ambulatorios: el 33,4% abandonaron las citas de seguimiento o rehusaron seguir tomando el tratamiento (Linden et al., 2001). En un estudio sobre varones con un primer episodio psicótico de esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, o trastorno esquizoafectivo, el 53,6% abandonaron el tratamiento durante el primer año (Novak-Grubic & Tavcar, 2002).

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

Los antipsicóticos se han mostrado eficaces para reducir las tasas de recaída y rehospitalización (Kane, 2007). Por su parte, el incumplimiento es una causa frecuente de empeoramiento en la psicopatología (Kane, 2007), recaídas psicóticas (Lacro et al., 2002; Robinson et al., 1999), ingresos hospitalarios (Díaz et al., 2001; Rittmannsberger et al., 2004; Weiden & Olfson, 1995), mayor riesgo de suicidio (Hawton et al., 2005), mayor tiempo hasta conseguir la remisión (Leutch & Heres, 2006), peor pronóstico (Tacchi & Scott, 2005), pérdida de trabajo y peligrosidad para sí mismo y otros (Burton, 2005). En un estudio prospectivo a 3 años, el incumplimiento se asoció también a arrestos, violencia, consumo de drogas y alcohol, más urgencias psiquiátricas, peor función mental y menor satisfacción con la vida (Ascher-Svanum et al., 2006 b). Además, las recaídas implican altos costes sanitarios (Gilmer et al., 2004; Thieda et al., 2003; Weiden & Olfson, 1995).

El riesgo de recaída psicótica en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos incumplidores se multiplica casi por cinco, y alcanza el 81,9% a los 5 años (Robinson et al., 1999).

Los costes anuales de la esquizofrenia suponen casi 400 millones £ en el Reino Unido y más de 10 billones \$ en los EEUU (Perkins, 2002), y se considera que un 40% de los costes que genera el tratamiento de las personas con esquizofrenia es atribuible al incumplimiento (Byerly et al., 2007 a).

LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA

Clasificación de los métodos de evaluación

Se consideran métodos de evaluación ‘directos’ a aquellos que ofrecen pruebas de que el paciente ha tomado la medicación: detección del fármaco o su metabolito en el organismo (generalmente sangre u orina), detección de un marcador biológico que se da con el fármaco (o con el placebo), y la observación directa del paciente.

Los métodos ‘indirectos’ incluyen la referencia del propio paciente (que puede ser evaluada mediante el interrogatorio directo o mediante escalas psicométricas), el recuento de pastillas, la revisión de los registros de las farmacias, y el uso de dispositivos de monitorización electrónica (Farmer, 1999).

Desde otra perspectiva, se consideran métodos ‘objetivos’ a los métodos cuantitativos, como el recuento de pastillas, revisión de los registros de las farmacias, los dispositivos de monitorización electrónica y la detección del fármaco en el organismo, mientras que son métodos ‘subjetivos’ aquellos que se obtienen de lo referido por el paciente en una entrevista o la puntuación por un entrevistador (Sajatovic et al., 2010).

Todos los métodos disponibles tienen ventajas e inconvenientes. Las detecciones y determinaciones de niveles en sangre y orina ofrecen la seguridad de que el paciente ha tomado recientemente la medicación, pero están limitados a esta toma reciente, e influidos por las variaciones farmacocinéticas entre los pacientes (Farmer, 1999), y en el caso de los nuevos antidepresivos y los antipsicóticos, no son útiles para determinar cuánta medicación se ha tomado (Sajatovic et al., 2010). La observación directa es difícilmente realizable en pacientes ambulatorios. La entrevista directa es fácil de realizar pero depende de la destreza del entrevistador, la forma de la pregunta, y la fiabilidad del paciente. El recuento de pastillas es fácil de realizar y no implica coste, pero no ofrece información sobre el patrón de cumplimiento, y el paciente puede alterar intencionadamente la porción remanente de medicación. Los registros de medicación en las farmacias (nuevas dispensaciones periódicas) requieren ser completos, incluyendo todas las prescripciones y a todas las farmacias a las que el paciente pueda acceder (Farmer, 1999).

La impresión subjetiva del psiquiatra y referencia del paciente y del familiar

La impresión subjetiva sobre el incumplimiento se ha mostrado como no válida, ya que diversos estudios recientes han hallado una sobreestimación del cumplimiento por parte del psiquiatra (Byerly et al., 2005 a; Byerly et al., 2007 b; Remington et al., 2007; Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009), pacientes (Byerly et al., 2007 b; Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009) y familiares (Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009).

Concretamente, se ha hallado una alta sensibilidad para la identificación de los pacientes cumplidores, pero una deficiente habilidad para identificar a los incumplidores

(Byerly et al., 2005 a; Hui et al., 2006 b; Acosta et al., 2009).

Las escalas psicométricas

Se han desarrollado múltiples escalas psicométricas para la evaluación del incumplimiento del paciente psicótico, o específicamente, del paciente esquizofrénico. Algunas de las escalas son válidas para otras poblaciones psiquiátricas o de patologías somáticas. Existen escalas diseñadas para el estudio del incumplimiento en sí mismo, mientras que otras evalúan las actitudes ante la medicación. Las actitudes son multidimensionales (pudiendo coexistir simultáneamente actitudes contradictorias) y pueden variar a lo largo del tiempo. Ambos tipos de escalas son complementarias (Sajatovic et al., 2010). Por último, las escalas que evalúan el insight, y en especial, la conciencia de la necesidad de tratamiento, puede predecir el grado de cumplimiento (Bobes et al., 2007), por lo que pueden ofrecer una valoración indirecta del mismo.

Escalas de evaluación de actitudes frente a la medicación

Las escalas que evalúan las actitudes abarcan tres dominios: la respuesta subjetiva a la medicación, insight, e influencias sobre la adherencia a la medicación. Entre éstas destacan las siguientes: Rating of Medication Influences (ROMI), Drug Attitude Inventory (DAI), Medication Adherence Rating Scale (MARS), y la Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB).

La escala ROMI (Weiden et al., 1994) está basada en el modelo de creencias sobre la salud, y se divide en dos subescalas que evalúan los motivos para el cumplimiento y los motivos para el incumplimiento. Se ha sugerido especialmente su uso cuando se quieren

analizar los factores psicosociales y ambientales (Bobes et al., 2007). Consta de 20 ítems, y es administrada por el clínico.

La escala DAI (Hogan et al., 1983) evalúa el efecto subjetivo de los antipsicóticos en los pacientes con esquizofrenia, y ha sido ampliamente utilizada. Incluye actitudes, creencias y sentimientos en relación a la toma de medicación. Aunque la versión inicial consta de 30 ítems, existe una versión de 10 ítems, frecuentemente utilizada. Es autoadministrada.

La escala MARS (Thompson et al., 2000) se desarrolló para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Tiene una estructura de tres factores; uno de ellos evalúa el comportamiento sobre el cumplimiento y los otros dos, actitudes. Tiene 10 ítems y es autoadministrada.

La escala BEMIB (Dolder et al., 2004) también se desarrolló para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Está basada en el modelo de creencias sobre la salud. Evalúa tres factores: conciencia de enfermedad y de los beneficios del tratamiento, obstáculos externos y obstáculos internos. Tiene 8 ítems y es autoadministrada.

Escalas de evaluación del cumplimiento

Las escalas que evalúan el cumplimiento pueden abarcar dos constructos diferentes: uno es el referido a la actualidad, y el otro es una valoración general de la adherencia. Las escalas más utilizadas son la Brief Adherence Rating Scale (BARS) y la Morisky Adherence Scale.

La escala BARS (Byerly et al., 2008) es la única que se ha desarrollado evaluando su validez en comparación con el dispositivo MEMS (Medication Event Monitoring

System). Consta de 4 ítems y es administrada por el clínico.

La Morisky Adherence Scale (Morisky et al., 1986) se desarrolló inicialmente para su uso en pacientes con hipertensión, pero se ha utilizado posteriormente en otras patologías, incluyendo diversos trastornos mentales. Consta de 4 ítems y es autoadministrada.

La monitorización electrónica: el dispositivo MEMS

Sólo unos pocos estudios recientes han estudiado el incumplimiento mediante la monitorización electrónica con dispositivo MEMS (Díaz et al., 2001, 2004; Byerly et al., 2005a, 2005b, 2007b; Frangou et al., 2005; Nakonezny & Byerly, 2006; Remington et al., 2007; Nakonezny et al., 2008; Acosta et al., 2009). El Medication Event Monitoring System ([MEMS®], Apres Corp., Fremont, Calif.) es un bote donde se deposita la medicación, con un microprocesador en la tapa que registra cada apertura y la hora, permitiendo su posterior análisis informático. Se ha considerado como el método ‘estándar de referencia’ para la evaluación del cumplimiento (Byerly et al., 2007 a; Farmer, 1999). Es el método más preciso (Farmer, 1999), y muy eficaz para detectar la no adherencia, al detectarse los periodos de ausencia de señal (Byerly et al., 2005 a). Sin embargo, el dispositivo es caro (Farmer, 1999) y puede haber sobreestimación del cumplimiento (Byerly et al., 2005 a; Nakonezny & Byerly, 2006) ya que la apertura del dispositivo no asegura que haya habido la toma del fármaco, o la dosis correcta (Remington et al., 2007).

DIFICULTADES Y LIMITACIONES METODOLÓGICAS

La definición del incumplimiento

El incumplimiento es un fenómeno com-

plejo. Los patrones de incumplimiento varían; frente a lo indicado, el paciente puede tomar menos dosis, tomar el tratamiento con un patrón diario no indicado, más dosis, un abandono total (Kane, 1985), negarse a acudir a las consultas, o a ingresar en un hospital (Perkins, 2002). Además, los factores asociados al mismo pueden cambiar a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad (Robinson et al., 2002; Hui et al., 2006 a).

Desgraciadamente, hasta la actualidad no existe unanimidad en la definición del incumplimiento, los criterios para su evaluación, o cuándo debe ser considerado clínicamente relevante (Velligan et al., 2006; Kikkert et al., 2008).

Los criterios y puntos de corte para el incumplimiento varían entre los diferentes estudios (Lacro et al., 2002). Lacro et al. (2002) propusieron el uso de criterios más definidos y estrictos. Así, definieron la adherencia como ‘la toma de la medicación tal cual fue prescrita al menos el 75% del tiempo’, en contraste con algunas definiciones abiertas, como ‘el alejamiento significativo respecto a la pauta prescrita de medicación’.

Otros autores han propuesto clasificar a los pacientes como no adherentes al tratamiento oral cuando dejan de tomarlo durante 1 semana, ya que según un estudio previo el 91% de los pacientes que abandonaron el tratamiento durante este tiempo, no la volvieron a tomar hasta la recaída psicótica (Zygmunt et al., 2002).

Sin embargo, en los últimos años diferentes autores han coincidido en recomendar la consideración y cuantificación del cumplimiento como una variable continua, mediante un porcentaje, en lugar de la habitual consideración dicotómica basada en unos puntos de corte. Como motivos argumentan por una

parte, que no está claro el umbral de cumplimiento necesario para una eficacia antipsicótica, y que proporcionaría un método fácilmente comparable entre los diferentes estudios, ya que hasta la actualidad, las definiciones utilizadas en los estudios son muy numerosas y difieren considerablemente (Velligan et al., 2006; Remington et al., 2007; Kikkert et al., 2008).

El método de evaluación

En la evaluación del cumplimiento, la principal dificultad y limitación de los estudios disponibles ha sido la ausencia de un método de evaluación válido (Byerly et al., 2005 a; Byerly et al., 2007 a). La mayoría de los estudios se han basado en medidas indirectas y subjetivas, como la información del propio paciente o familiar, o la revisión de historias clínicas (Byerly et al., 2007 a; Velligan et al., 2006). A esto se suman las deficiencias metodológicas de muchos estudios, como la ausencia de un grupo control, la deficiente descripción de la muestra de estudio, o los criterios para la definición de la adherencia (Awad, 2004).

FACTORES DE RIESGO

La identificación de los factores de riesgo asociados al incumplimiento es un primer paso lógico para el diseño de estrategias de intervención para reducirlo (Lacro et al., 2002). La causa del incumplimiento es multifactorial (Kane, 1985).

Hasta la actualidad, los principales factores de riesgo señalados para el incumplimiento han sido el incumplimiento previo (Ascher-Svanum et al., 2006 a; Lacro et al., 2002), deficiente insight, actitud negativa o respuesta subjetiva al tratamiento, dependencia a tóxicos actual o pasada, deficiente alianza terapéutica, menor tiempo de evolución y altas hospitalarias sin un plan de se-

guimiento y/o un entorno adecuados (Lacro et al., 2002).

Los factores de riesgo se han clasificado habitualmente como relacionados con el paciente, con el entorno, el médico y el tratamiento (Oehl et al., 2000; Fleischhacker et al., 2003).

Factores relacionados con el paciente

Factores sociodemográficos

Se ha señalado que los varones incumplen más que las mujeres, (Fleischhacker et al., 2003; Velligan et al., 2009), si bien no todos los estudios han hallado esta asociación (Lacro et al., 2002).

En cuanto a la edad, se ha señalado un mayor incumplimiento en pacientes jóvenes (Hui et al., 2006 b). Es probable que al inicio de la enfermedad se ponga más en duda el diagnóstico y la necesidad de tratamiento, y se toleren peor los efectos adversos (Rodríguez, 2007). Por su parte, los pacientes ancianos pueden tener peor cumplimiento debido a déficit cognitivos, que incluyen peor memoria de trabajo y peor función ejecutiva (Insel et al., 2006). Además, suelen tener múltiples tratamientos.

El estado civil no se ha hallado como factor de riesgo (Lacro et al., 2002). No existe unanimidad en cuanto a las dificultades económicas, si bien algunos estudios las han señalado como factor de riesgo (Fleischhacker et al., 2003; Rodríguez, 2007). El vivir solo ha sido señalado como factor de riesgo (Gilmer et al., 2004). En recientes estudios que han usado el MEMS, no se han hallado como factores asociados al incumplimiento las variables edad y sexo (Nakonezny & Byerly, 2006; Remington et al., 2007; Acosta et al., 2009), estado civil

(Remington et al., 2007; Acosta et al., 2009); el nivel educativo tampoco se halló asociado en uno de los estudios (Acosta et al., 2009) pero sí en el otro (Nakonezny & Byerly, 2006).

En general el perfil identificado de más riesgo es el de un paciente varón, joven y bajo nivel socioeconómico (Velligan et al., 2009). En cualquier caso, el clínico debe evaluar el grado de adherencia independientemente del perfil sociodemográfico que presente el paciente concreto al que valora (Velligan et al., 2009).

Factores clínicos generales

Los estudios previos ha señalado al consumo de alcohol y drogas como un importante factor de riesgo para el incumplimiento (Lacro et al., 2002; Fleischhacker et al., 2003; Ascher-Svanum et al., 2006 a), mientras que en recientes estudios que han usado el MEMS no se ha hallado tal asociación (Nakonezny & Byerly, 2006; Remington et al., 2007; Acosta et al., 2009). El tiempo de evolución tampoco resultó asociado dos de estos estudios (Nakonezny & Byerly, 2006; Acosta et al., 2009) pero sí en el otro, asociándose el incumplimiento a un mayor tiempo de evolución (Remington et al., 2007).

El incumplimiento previo se ha hallado consistentemente como factor de riesgo para nuevos incumplimientos (Lacro et al., 2002; Velligan et al., 2009).

Alteraciones psicopatológicas

El insight se ha mostrado como un factor relevante para el cumplimiento. Así, la mayoría de los estudios basados en métodos subjetivos (Lacro et al., 2002) y la impresión clínica de los psiquiatras (Olfson et al., 2006) señalan al deficiente insight como factor de riesgo para el incumplimiento. También se ha

hallado esta asociación en estudios que han utilizado el dispositivo MEMS (Byerly et al., 2005 b; Acosta et al., 2009), pero no en todos (Nakonezny & Byerly, 2006; Remington et al., 2007). Además, se ha hallado una asociación entre el insight y actitudes y expectativas positivas hacia la toma de antipsicóticos (Kikkert et al., 2006).

En cuanto a los síntomas psicóticos, el contenido de los delirios puede influir en el incumplimiento. Los pacientes con delirios de persecución y envenenamiento son más reacios a tomar la medicación, y es difícil convencer a los pacientes con delirios de grandeza sobre la necesidad de la misma (Fleischhacker et al., 2003). En un estudio prospectivo con seguimiento de 2 años, sobre pacientes con trastornos psicóticos en su primer ingreso, la mayor intensidad de los delirios y de la suspicacia en la evaluación basal se asociaron a incumplimiento durante el seguimiento (Verdoux et al., 2000). Sin embargo, los resultados han sido heterogéneos en cuanto a la gravedad global de la sintomatología psicótica (Lacro et al., 2002).

Los hallazgos sobre los síntomas negativos han sido controvertidos; se han mostrado tanto predictores de un buen cumplimiento como de incumplimiento (Fleischhacker et al., 2003). La sintomatología negativa grave, afectando la capacidad del paciente para atender sus cuidados básicos, puede afectar al cumplimiento (Rodríguez, 2007).

En un reciente consenso de expertos se consideró que los síntomas psicóticos persistentes pueden interferir en la capacidad de comprensión de la necesidad de medicación, y los síntomas negativos, con la disposición o capacidad de tomar medicación, de forma que ambos tipos de síntomas pueden afectar a la adherencia (Velligan et al., 2009).

El papel de la afectación neurocognitiva en el incumplimiento es un fenómeno complejo y poco estudiado (Lacro et al., 2002). Se ha hallado como factor asociado al incumplimiento en algunos estudios (Cuffel et al., 1996; Robinson et al., 2002).

El déficit cognitivo en la esquizofrenia incluye déficit en atención y memoria (Sharma & Antonova, 2003), funciones necesarias para un cumplimiento con continuidad (Keith & Kane, 2003; Jeste et al., 2003). Es posible que los déficit neurocognitivos influyan en un peor cumplimiento debido a olvidos, dificultades de comprensión, o la organización necesaria para el mismo.

Un reciente estudio realizado con MEMS halló la gravedad de la psicopatología (puntuación de la PANSS total) como una de las dos variables asociadas al incumplimiento (Remington et al., 2007).

Los factores psicológicos: actitudes, creencias y otros aspectos subjetivos

La actitud y creencias sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento son un factor asociado consistentemente con el cumplimiento (Awad, 2004). Las actitudes varían en un amplio rango, desde actitudes muy positivas hasta otras muy negativas, pudiendo variar a lo largo de la evolución de la enfermedad. En cuanto a la concepción de la enfermedad, los pacientes que consideran la esquizofrenia como un trastorno leve son más propensos al incumplimiento (Fleischhacker et al., 2003). Se ha relacionado la actitud negativa hacia el tratamiento con un peor cumplimiento (Lacro et al., 2002; Hui et al., 2006 b) y ésta se ha asociado con la existencia de síntomas psicóticos y/o efectos adversos (Fleischhacker et al., 2003). La respuesta subjetiva negativa a la medicación también

ha sido otro factor de riesgo consistentemente establecido (Lacro et al., 2002). La vergüenza por tener que tomar un tratamiento (Hui et al., 2006 a) y el estigma asociado (Hudson et al., 2004) se han hallado como factores de riesgo para el incumplimiento.

Por contra, se ha hallado el bienestar subjetivo como un factor asociado al mejor cumplimiento (Karow et al., 2007).

El modelo de 'creencias sobre la salud' integra estos aspectos subjetivos, y propone que los pacientes seguirán el tratamiento en la medida en que valoren que los beneficios de éste superan a los inconvenientes, siempre que las barreras para un adecuado cumplimiento no sobrepasen al paciente (Perkins, 2002). Las 'barreras' pueden ser motivadas por la propia enfermedad (síntomas psicóticos, desorganización y déficit cognitivos) y por factores del entorno (dificultades económicas, aislamiento social y dificultad para el acceso a transportes, etc). Las creencias sobre los beneficios del tratamiento incluyen aspectos relacionados con el tratamiento en sí mismo (y dependerán de las creencias sobre la enfermedad, las creencias sobre el impacto que el tratamiento tendrá en la gravedad de los síntomas y en la reducción del riesgo de éstos en un futuro), y con otros aspectos (complacer a un familiar o a su médico, evitar un ingreso o un tratamiento inyectable). Por otra parte, los inconvenientes incluyen los efectos adversos, aspectos subjetivos (como el recuerdo de padecer un trastorno psiquiátrico y lo embarazoso de poder ser observado por otras personas) y el coste (Perkins, 2002).

En base a este modelo, en un estudio prospectivo se halló que los pacientes que menos creían necesitar el tratamiento, y aquellos que consideraban que su beneficio era menor, tenían mayor incumplimiento (Perkins et al., 2006).

¿Existen subtipos de pacientes incumplidores en la esquizofrenia?

Algunos autores han propuesto una distinción de dos grupos de pacientes incumplidores: el intencional, incluyendo a los que rechazan la medicación, y no intencional, relacionado con déficit neurocognitivos. Mientras que el incumplimiento intencional estaría más relacionado con un deficiente insight, el incumplimiento no intencional estaría relacionado con déficits cognitivos (Hui et al., 2006 a; Acosta et al., 2009), que determinan olvidos y una función ejecutiva deficiente (Robinson et al., 2002). La importancia de estas hipótesis radica en que, de irse afianzando en un futuro, determinarían un estudio y abordaje terapéutico diferente para cada subtipo. Así, en el grupo de incumplimiento intencional el abordaje terapéutico sería la mejora del insight, mientras que en el grupo de incumplimiento no intencional, sería el abordaje de los déficits cognitivos (Acosta et al., 2009). Otros autores han propuesto la distinción entre los que rechazan la medicación y los que tienen un cumplimiento irregular (Velligan et al., 2006).

Factores relacionados con el entorno

Se ha relacionado el vivir solo (Perkins, 2002) y un entorno con deficientes cuidados con el incumplimiento (Lacro et al., 2002). En un estudio reciente se ha hallado que el deficiente apoyo social y familiar son factores relevantes para el incumplimiento en pacientes con un primer episodio psicótico (Rabinovitch et al., 2009).

Sin embargo, aunque el vivir con otras personas generalmente tiene efectos protectores, puede ser un factor de riesgo para el incumplimiento cuando las relaciones interpersonales son estresantes (Fleischhacker et al., 2003). Las dificultades de acceso a los

servicios sanitarios también son otro factor de riesgo descrito (Perkins, 2002).

Cuando la percepción social de la enfermedad es negativa, el paciente puede tender a evitar todo lo relacionado con la enfermedad, incluyendo su tratamiento (Fleischhacker et al., 2003). Sin embargo, los ingresos hospitalarios son acontecimientos que condicionan el mayor estigma social, por lo que la estigmatización será mayor en los pacientes incumplidores (Giner et al., 2007).

Factores relacionados con médico

La relación terapéutica es un factor fundamental para el cumplimiento del tratamiento. Se ha hallado de forma consistente a la deficiente relación terapéutica como una factor de riesgo para el incumplimiento (Lacro et al., 2002). Es importante tanto el interés que muestre el médico en el paciente, como la psicoeducación e información al paciente y familiares sobre la enfermedad y el tratamiento. Otro aspecto relacionado es la adscripción del médico a las guías terapéuticas, lo que debe facilitar también la comprensión del mismo sobre las decisiones terapéuticas (Fleischhacker et al., 2003). Se ha relacionado la mala relación del paciente con el médico, la experiencia de coerción durante el ingreso hospitalario y el bajo insight como predictores de una mala actitud hacia la medicación e incumplimiento (Day et al., 2005). Por contra, en una evaluación sobre los aspectos subjetivos asociados al cumplimiento en una muestra de pacientes esquizofrénicos, la buena relación con el médico fue el segundo factor en importancia, tras la eficacia percibida del tratamiento (Löffler et al., 2003).

En los equipos terapéuticos multiprofesionales, es conveniente que todos muestren la misma actitud respecto a la medicación (Fleischhacker et al., 2003).

El menor contacto terapéutico con el paciente y la inadecuada planificación para el periodo post alta hospitalaria se han relacionado con el incumplimiento (Lacro et al., 2002).

Factores relacionados con el tratamiento

Se ha señalado que la falta de eficacia frente a síntomas psicóticos y síntomas negativos puede constituir un factor de riesgo para el incumplimiento (Velligan et al., 2009).

Los efectos adversos se han relacionado con un mayor incumplimiento. La presencia de efectos adversos con el tratamiento, actuales o en el pasado, se asoció a una peor actitud frente al tratamiento antipsicótico y a peor adherencia (Lambert et al., 2004). En un estudio prospectivo sobre pacientes esquizofrénicos ambulatorios la razón principal alegada por los pacientes para el incumplimiento fue la aflicción por efectos adversos (Yamada et al., 2006). El clínico debe evaluar regularmente la presencia de efectos adversos y otorgarles importancia a la hora de la toma de decisiones respecto al tratamiento a seguir (Fleischhacker et al., 2003).

Otro problema relacionado con el tratamiento es que los antipsicóticos tienen un inicio del efecto terapéutico demorado, posterior a la aparición de efectos adversos, que las recaídas tras abandonos no ocurren inmediatamente, sino semanas o meses después, y que muchos pacientes en remisión no relacionan su estado con el efecto de la medicación (Fleischhacker et al., 2003).

La complejidad de la pauta de medicación podría ser un factor (Fleischhacker et al., 2003; Lacro et al., 2002; Burton, 2005). En recientes estudios con MEMS como método de evaluación, se ha hallado asociación de

esta variable con el incumplimiento (Díaz et al., 2004; Remington et al., 2007) pero en otros no (Nakonezny & Byerly, 2006; Remington et al., 2007; Acosta et al., 2009).

Aunque algunos estudios han señalado un mayor cumplimiento con los antipsicóticos atípicos frente a los clásicos, no ha existido homogeneidad en el conjunto de los estudios (Lacro et al., 2002; Byerly et al., 2007a), la diferencia ha sido mínima (Velligan et al., 2009) y los atípicos pueden tener también efectos adversos que pueden tener un impacto negativo en la adherencia, como los metabólicos y el aumento de peso (Velligan et al., 2009).

El tipo de tratamiento según la vía de administración es probablemente un factor importante. Sorprendentemente, existen pocos estudios que evalúen el cumplimiento con los tratamientos depot e inyectables de larga duración (Lacro et al., 2002; Byerly et al., 2007 a). Aunque no todos han mostrado los mismos hallazgos, la mayoría de ellos sí han señalado un mayor cumplimiento en pacientes con tratamiento intramuscular, depot (Burton, 2005; Kane, 2007) o inyectables de larga duración (Acosta et al., 2009; Olivares et al., 2007), respecto al hallado para el tratamiento oral, y menores tasas de recaídas y rehospitalizaciones (Burton, 2005).

En la Tabla 1 se exponen los principales factores de riesgo más consistentemente asociados al incumplimiento en los trastornos psicóticos.

ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA

Hasta la actualidad, el conjunto de estudios realizados sobre intervenciones para mejorar el cumplimiento en los pacientes con enfermedades médicas no ofrece buenos resultados. Así, para los tratamientos a corto

plazo las intervenciones sencillas han mostrado eficacia, pero con resultados no consistentes entre los diferentes estudios, mientras que para los tratamientos a largo plazo las intervenciones deben ser complejas y no han sido muy eficaces (Haynes et al., 2008).

A continuación se describen las intervenciones específicas estudiadas principalmente para la esquizofrenia, dado que es el trastorno psicótico con más investigaciones disponibles. Cuando se trate de estudios sobre intervenciones en pacientes con otros trastornos psicóticos se hará mención a ello.

Intervenciones relacionadas con el paciente

No existe ninguna intervención para la mejora de la adherencia que sea válida para todos los pacientes (NICE, 2009). La identificación de los factores de riesgo para el incumplimiento en el paciente concreto será el primer paso para establecer estrategias de intervención dirigidas a la modificación de éstos y reducción del riesgo de incumplimiento.

Existen varios factores de riesgo relacionados con la esquizofrenia que pueden ser abordados para su mejora o desaparición. Así, estarán indicadas las intervenciones encaminadas a la mejora del insight en aquellos pacientes con baja o nula conciencia de enfermedad (Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009) y el abordaje del consumo de tóxicos. El tratamiento de los síntomas psicóticos es otro aspecto básico para la mejora del cumplimiento, ya que es una de las barreras importantes para el cumplimiento (Perkins, 2002).

Dada la implicación de los déficit cognitivos propios de la esquizofrenia en el incumplimiento no intencionado, se ha sugerido la conveniencia de intervenciones dirigidas a la mejora de la función cognitiva para mejorar el

cumplimiento (Jeste et al., 2003; Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009).

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales se han clasificado como intervenciones psicoeducativas, entrenamiento en habilidades, terapia de grupo, tratamientos cognitivos, técnicas de modificación de conducta y combinaciones de las mismas (Byerly et al., 2007 a).

Las intervenciones psicoeducativas son generalmente ineficaces, especialmente cuando se aplican sólo a los pacientes (Byerly et al., 2007 a), o cuando no incluyen aspectos actitudinales y conductuales (Zygmunt et al., 2002). En uno de dos estudios en los que se extendió la intervención a familiares, se halló una mejora de la adherencia (Byerly et al., 2007 a). La ‘terapia del cumplimiento’ (intervención cognitiva breve con técnicas de entrevista motivacional) ha mostrado resultados inconsistentes para la mejora de la adherencia (Byerly et al., 2007 a; Kane, 2007). Las intervenciones familiares se han mostrado eficaces, sobre todo aquellas más prolongadas en el tiempo y las que usaron combinaciones de estrategias (Dolder et al., 2003; Byerly et al., 2007 a).

En resumen, la evidencia actual sugiere que las intervenciones psicosociales carecen de efectividad para la mejora del cumplimiento cuando se aplican sólo a los pacientes (Byerly et al., 2007 a).

En un meta-análisis se concluyó que ciertas intervenciones podían aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico. Incluyó estudios sobre pacientes con trastornos psicóticos. La mayoría de las intervenciones fueron programas psicoeducativos (algunos dirigidos específicamente a familiares), pero también se incluyeron estudios con otros

programas, intervenciones psicoterapéuticas y llamadas telefónicas. Por último, señalan la escasez de estudios que evalúen el mantenimiento a largo plazo de este efecto (Nosé et al., 2003). En un estudio reciente para evaluar la eficacia a largo plazo (2 años) de las intervenciones psicoeducativas en familiares y pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, se halló un mejor cumplimiento en el grupo de intervención comparado con el grupo control, con mantenimiento de este efecto hasta los dos años (Pitschel-Walz et al., 2006).

Las intervenciones complejas e intensivas con enfoque de apoyo y resolución de problemas (p.ej., tratamiento comunitario asertivo) parecen mejorar el cumplimiento. Sin embargo, los recursos necesarios limitan su aplicabilidad general (Byerly et al., 2007 a).

El papel de la familia puede ser crucial para la detección temprana del incumplimiento. Sin embargo, la toma de la medicación puede convertirse en un elemento de tensión, especialmente en los pacientes sin conciencia de enfermedad (Kane, 2007).

Intervenciones relacionadas con el médico

El primer paso para poder mejorar la adherencia es el reconocimiento por parte de los clínicos, de que el incumplimiento es un problema que afecta a la mayoría de los pacientes, y no a una minoría (Kane, 2007).

Las intervenciones recomendadas en general para la mejora del cumplimiento en los trastornos psiquiátricos en general también son aplicables a la esquizofrenia: establecimiento de alianza terapéutica, dedicar tiempo durante las entrevistas para valorar específicamente el cumplimiento, evaluar los factores de riesgo de incumplimiento y tratar de

modificarlos, valorar la motivación del paciente para la toma de medicación y tratar de mejorarla si es deficiente, e implicar a la familia cuando sea posible (Julius et al., 2009).

Otras recomendaciones generales establecidas por la NICE recientemente (NICE, 2009) son:

- Adaptarse a las necesidades del paciente y permitir que el paciente se implique en las decisiones relativas a su tratamiento.
- Realizar una comunicación efectiva, utilizando los medios necesarios para que el paciente entienda la información.
- Aceptar que el paciente tiene el derecho a no tomar una medicación, siempre que el paciente tenga la capacidad de ello y se le haya proporcionado la información suficiente.
- Ser consciente de que las creencias y preocupaciones del paciente sobre el tratamiento, influyen en la adherencia al mismo. Deben ser evaluadas periódicamente, ya que éstas pueden cambiar a lo largo del tiempo. Para ello, se debe ofrecer la información adecuada y repetida si es necesario.
- Ofrecer información relevante sobre el trastorno y los posibles tratamientos.
- Reconocer que la no adherencia es frecuente y que la mayoría de los pacientes son no-adherentes al menos alguna vez. Realizar de rutina evaluaciones no críticas sobre la adherencia.
- Ser consciente de que aunque la adherencia se puede mejorar, no existe una recomendación concreta aplicable a todos los pacientes.

Intervenciones relacionadas con el tratamiento farmacológico

El uso de antipsicóticos atípicos está justificado en la actualidad como fármacos de

primera línea, ya que producen menos efectos adversos, y se ha señalado similar eficacia que los clásicos para la reducción del riesgo de recaídas, o incluso mayor eficacia (Keith & Kane, 2003). A pesar de que cabría esperar que el uso de antipsicóticos atípicos, por su mejor perfil de efectos adversos, mejorara el cumplimiento del tratamiento, hasta la actualidad no hay hallazgos consistentes de mayor cumplimiento frente a los antipsicóticos clásicos orales (Byerly et al., 2007 a), si bien se han señalado las limitaciones metodológicas de los estudios previos (Awad, 2004). En recientes estudios en que se ha utilizado el MEMS no se han hallado diferencias en el cumplimiento de antipsicóticos atípicos frente a los clásicos, en pacientes tras el alta hospitalaria (Díaz et al., 2004), ni en pacientes ambulatorios en seguimiento habitual (Nakonezny & Byerly, 2006). Por tanto, el clínico no debe considerar que una buena tolerancia equivale a un buen cumplimiento.

Se recomienda la monoterapia farmacológica frente a la politerapia siempre que sea posible, dada su mayor simplicidad, menores efectos adversos, menor riesgo de interacciones farmacológicas, y mayor facilidad para evaluar la respuesta al tratamiento (Burton, 2005).

Si bien ha sido escasamente estudiado, se recomienda el uso de pautas de tratamiento lo más sencillas posibles, ya que el déficit cognitivo de los pacientes esquizofrénicos podría dificultar la asimilación, memorización y ejecución correcta de las pautas complejas (Burton, 2005).

Es importante aclarar al paciente lo que puede conseguir la medicación y lo que no está a su alcance, y la importancia de una respuesta parcial, ya que si el paciente tiene unas expectativas no realistas, tendrá riesgo de abandono al no verlas cumplidas (Kane,

2007). El paciente debe entender y estar de acuerdo con los objetivos específicos y las estrategias terapéuticas para conseguirlos, entre las cuales una muy importante es el cumplimiento de la medicación. Es recomendable que las instrucciones sobre la medicación y la pauta indicada sean lo más sencillas posibles (Kane, 2007).

Se han señalado múltiples ventajas del tratamiento depot e inyectable de larga duración, como que permite obtener un mayor cumplimiento, el clínico puede tener la certeza del cumplimiento del tratamiento (Kane, 2007), proporciona un contacto regular del paciente con el equipo terapéutico (Kane, 2006), su recuerdo es más sencillo que el recuerdo a diario del tratamiento oral (Burton, 2005), permite la detección inmediata del incumplimiento, con lo que es posible una intervención temprana (Fleischhacker et al., 2003), evita el cambio del antipsicótico por supuesta ineficacia ante recaídas motivadas por realmente por un incumplimiento (Burton, 2005), permite al psiquiatra realizar la entrevista sin indagar sobre la medicación, en aquellos pacientes que lo viven como una vigilancia (Burton, 2005), y evita el fenómeno del primer paso hepático (Kane, 2006). La Risperidona inyectable de larga duración es el único antipsicótico atípico disponible en esta formulación (Kane, 2006). A pesar de sus ventajas, actualmente se infrautilizan (Valenstein et al., 2001; Kane, 2007). Los probables motivos incluyen el aún inadecuado reconocimiento del incumplimiento como importante factor asociado a una peor evolución, y la creencia a priori de que el paciente se mostrará reacio al tratamiento. Si el clínico emplea el suficiente tiempo en hablar sobre los beneficios potenciales y muestra convicción en el tratamiento, la mayoría de los pacientes aceptan el inicio del mismo (Kane, 2007).

Algunos estudios han hallado tasas de cumplimiento muy altas, de hasta el 96% en pacientes tratados con depot (Heyscue et al., 1998) y del 97% en pacientes tratados con depot o con risperidona inyectable de larga duración (Acosta et al., 2009). En un reciente y amplio estudio naturalístico realizado en España se halló un cumplimiento alrededor del 80% para la Risperidona inyectable de larga duración (Olivares et al., 2007).

LA ADHERENCIA EN OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

La literatura científica disponible sobre el incumplimiento en otros trastornos psicóticos es marcadamente escasa. Una considerable proporción de los estudios realizados incluyen en sus muestras pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos. Una menor proporción de estudios incluye muestras de pacientes con cualquier tipo de trastorno psicótico; esta metodología cuenta con el problema de la probable heterogeneidad en cuanto a su naturaleza. En este sentido, Byerly et al. (2005 b) hallaron un peor cumplimiento en los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo respecto a aquellos con diagnóstico de esquizofrenia. En el mencionado estudio prospectivo de Nosé et al (2003) con intervenciones para aumentar el cumplimiento, cuando se evaluaron sólo los estudios con muestras con diagnóstico homogéneo de esquizofrenia, la magnitud del efecto fue mayor (Nosé et al., 2003). En cuanto al trastorno delirante, hasta la actualidad no existen estudios que hayan evaluado específicamente el cumplimiento en una muestra homogénea de pacientes con este diagnóstico.

Tabla 1. Factores de riesgo señalados para el incumplimiento en pacientes con trastornos psicóticos

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Factores sociodemográficos

Pacientes jóvenes y ancianos
Género masculino

Factores clínicos generales

Consumo de alcohol y drogas
Incumplimiento previo

Alteraciones psicopatológicas

Deficiente insight
Déficit cognitivos
Delirios de persecución, envenenamiento y grandezas
Síntomas psicóticos
Síntomas negativos

Factores psicológicos: actitudes, creencias y otros aspectos subjetivos

Actitud negativa frente al tratamiento
Respuesta subjetiva negativa frente al tratamiento
Consideración de la enfermedad como leve y/o beneficio menor con el tratamiento
Vergüenza y estigma asociada a la toma de tratamiento y la enfermedad

FACTORES RELACIONADOS CON EL ENTORNO

Deficiente apoyo social y familiar
Percepción social negativa de la enfermedad.
Estigma
Dificultades de acceso a los servicios sanitarios

FACTORES RELACIONADOS CON EL MÉDICO

Deficiente relación terapéutica
Deficiente psicoeducación e información al paciente y familiares
Menor contacto terapéutico
Inadecuada planificación para el periodo post alta hospitalaria

FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Falta de eficacia frente a síntomas persistentes (síntomas psicóticos y síntomas negativos)
Aflicción asociada a efectos adversos
Complejidad de la pauta de medicación
Menor cumplimiento en tratamiento oral vs. intramuscular

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T.** Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS®) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res* 2009; 107: 213-217.
- Awad AG.** Antipsychotic medications: compliance and attitudes towards treatment. *Curr Opin Psychiatr* 2004, 17:75–80.
- Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro JP, Dolder CR.** A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006;67 (7):1114-1123.
- Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst SR, Swartz MS, Swanson JW.** Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry*. 2006 b Mar;67(3):453-60.
- Barofsky I.** Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Soc Sci Med* 1978 Sep;12(5A):369-76.
- Bobes J, García C, Bulbena A.** Medición de la adherencia en la esquizofrenia. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 85-94.
- Burton SC.** Strategies for improving adherence to second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia by increasing ease of use. *J Psychiatr Pract* 2005 Nov;11(6):369-78.
- Byerly M, Fisher R, Whatley K, Holland R, Varghese R, Carmody T, et al.** A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005 a;133 (2-3):129-33.
- Byerly MJ, Fisher R, Carmody T, Rush AJ.** A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2005 b;66 (8):997-1001.
- Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E.** Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007 a;30 (3):437-452.
- Byerly MJ, Thompson A, Carmody T, Bugno R, Erwin T, Kashner M, Rush AJ.** Validity of electronically monitored medication adherence and conventional adherence measures in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2007 b; 58:844–847.
- Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ.** The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2008;100:60–9.
- Cuffel B, Alford J, Fischer EP, Owen R.** Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996;184 (11):653-659.
- Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al.** Attitudes Toward Antipsychotic Medication. The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Jul;62(7):717-24
- Díaz E, Levine HB, Sullivan MC, Sernyak MJ, Hawkins KA, Cramer JA, et al.** Use of the Medication Event Monitoring System to estimate medication compliance in patients with schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2001;26(4):325-329.
- Díaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsall HR, Woods SW.** Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiatry* 2004;65: 354–360.
- DiMatteo MR, DiNicola DD.** *Achieving Patient Compliance*. Elmsford, New York: Pergamon; 1982.
- Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV.** Interventions to Improve Antipsychotic Medication Adherence: Review of Recent Literature. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:389-399.
- Dolder CR, Lacro JP, Warren KA, Golshan S, Perkins DO, Jeste DV.** Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:404–9.
- Farmer KC.** Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 1999; 21:1074-1090.
- Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M.** Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl 16):10–13.

- Frangou S, Sachpazidis I, Stassinakis A, Sakas G.** Telemonitoring of medication adherence in patients with schizophrenia. *Telemed J E Health* 2005;11:675–683.
- Gilmer TP, Dolder DR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, García P, et al.** Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161 (4):692-699.
- Giner J, Giner L, Carballo JJ.** Factores relacionados con el entorno y el terapeuta. En: En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 118-127.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J.** Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005;187: 9–20.
- Haynes RB.** Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X.** Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Heyscuse BE, Levin GM, Merrick JP.** Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. *Psychiatr Serv* 1998;49:1232–1234.
- Hogan TP, Awad AG, Eastwood R.** A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983;13:177–83.
- Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P, et al.** A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004 Feb;65(2):211-6.
- Hui C, Chen E, Kan CS, Yip KC, Law CW, Chiu C.** Detection of non-adherent behaviour in early psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2006 a;40 (5):446-451.
- Hui C, Chen E, Kan CS, Yip KC, Law CW, Chiu C.** Anti-psychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong-Kong. *Keio J Med* 2006 b;55 (1):9-14.
- Insel K, Morrow D, Brewer B, Figueredo A.** Executive Function, Working Memory, and Medication Adherence Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006 Mar;61(2):102-107.
- Jeste SD, Patterson TL, Palmer BW, Dolder CR, Goldman S, Jeste DV.** Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003 Sep 1;63(1-2):49-58.
- Julius RJ, Novitsky MA, Dubin, WR.** Medication Adherence: A Review of the Literature and Implications for Clinical Practice. *J Psychiatr Pract* 2009;15:34–44.
- Kamali M, Kelly BD, Clarke M, Browne S, Gervin M, Kinsella A, et al.** A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006 Jan;21(1):29-33.
- Kane JM.** Compliance issues in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacology* 1985;5 (3 Suppl):22-27.
- Kane JM.** Review of Treatments That Can Ameliorate Nonadherence in Patients With Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(suppl 5):9-14.
- Kane JM.** Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS Spectr* 2007;12 (10 Suppl 17):21-26.
- Karow A, Czekalla J, Dittmann RW, Schacht A, Wagner T, Lambert M, et al.** Association of subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007 Jan;68(1):75-80.
- Keith SJ, Kane JM.** Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 2003;64 (11):1308-1315.
- Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MW, Robson D, Born A, Helm H, et al.** Medication adherence in schizophrenia: Exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophr Bull* 2006; 32:786-794.
- Kikkert MJ, Barbui C, Koeter MW, David AS, Leese M, Tansella M, et al.** Assessment of medication adherence in pa-

tients with schizophrenia. The Achilles Heel of adherence research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:274–281.

Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63 (10):892-909.

Lambert M, Conus P, Eide P, Mass R, Karow A, Moritz S. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *Eur Psychiatry* 2004 Nov;19(7):415-22.

Leutich S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 (Suppl 5):3-8.

Linden M, Godemann F, Gaebel W, Köpke W, Müller P, Müller-Spahn F, Pietzcker A, Tegeler J. A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophr Bull* 2001;27(4):585-96.

Löffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer MC. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and non-compliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 2003 May;36(3):105-12.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24:67–74.

Nakonezny PA, Byerly MJ. Electronically monitored adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A comparison of first- vs. second-generation antipsychotics. *Schizophr Res* 2006;82:107-114.

Nakonezny P, Byerly M, Rush AJ. Electronic monitoring of antipsychotic medication adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: An empirical evaluation of its reliability and predictive validity. *Psychiatry Res* 2008; 157:259–263.

NCCSDO. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). December 2005.

NICE. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Clinical Guideline 76; January 2009.

Nosé M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003 Sep;183:197-206.

Novak-Grubic V, Tavcar R. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2002 May;17(3):148-54.

Oehl M, Hummer W, Fleischhacker W. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2000 (Suppl.); 407:83-86.

Olfson M, Marcus SC, Wilk J, West JC. Awareness of Illness and Nonadherence to Antipsychotic Medications Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57(2):205-211.

Olivares JM, Pinal B, Cinos C. Factores de falta de adherencia debidos al tratamiento. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 95-108.

Perkins DO. Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(12):1121-1128.

Perkins DO, Johnson JL, Hamer RM, Zipursky RB, Keefe RS, Centorrino F, et al. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophr Res* 2006 Mar;83(1):53-63.

Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006 Mar;67(3):443-52.

Rabinovitch M, Bécharé-Evans L, Schmitz N, Joober R, Malla A. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry*. 2009 Jan;54(1):28-35.

Remington G, Kwon J, Collins A, Laporte D, Mann S, Christensen B. The use of electronic monitoring (MEMS®) to evaluate antipsychotic compliance in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;90 (1-3):229-237.

Riolo SA, Weston CG. Patient Compliance. En: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M (eds.).

Psychiatry. USA: John Wiley & Sons, 2008; 2447-2461.

Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 2004;55 (2):174-179.

Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56 (3):241-247.

Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209-219.

Rodríguez A. El paciente esquizofrénico y su enfermedad como factores determinantes en el cumplimiento terapéutico. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 109-117.

Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res* 2010; en prensa.

Sharma T, Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26 (1):25-40.

Tacchi MJ, Scott J. The cost and consequences of inadequate treatment. In: Tacchi MJ, Scott J, editors. *Improving adherence in schizophrenia and bipolar disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005. p 9-15.

Thieda P, Beard S, Richter A, Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54 (4):508-516.

Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000;42:241-7.

Valenstein M, Copeland LA, Owen R, Blow FC, Visnic S. Adherence assessments and the use of depot antipsychotics in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001 Jul;62(7):545-51.

Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, Barrett JA, Maples NJ, Ereshefsky L, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2006;32 (4):724-742.

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. 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

Verdoux H, Lengronne J, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, et al. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2000 Sep;102(3):203-10.

Weiden PJ, Rapkin B, Mott T, et al. Rating of Medication Influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:297-310.

Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21 (3):419-429.

Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K, et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. *Psychiatry Res* 2006 Jan 30;141(1):61-9.

Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1653-1664.

Dirección Postal:

Francisco Javier Acosta Artiles

C/ Real del Castillo, 152

Hospital Juan Carlos I - 5.ª Planta

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio de Salud Mental.

35004 - Las Palmas de Gran Canaria

correo electrónico: facoart@gobiernodecanarias.org

En Depresión y Ansiedad,
rapidez y potencia
son decisivas



Lundbeck  **Cipralex**[®] 10/15/20 mg
escitalopram Gotas 20 mg/ml

[illegible]

La Adherencia en los trastornos afectivos

The Adherence in affective disorders

Rafael Touriño González

*Psiquiatra. Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial
Servicio Canario de la Salud.*

RESUMEN

Los trastornos afectivos son una de las formas más prevalentes de enfermedad mental. A pesar de que disponemos actualmente de fármacos efectivos para su tratamiento y prevención, los resultados empeoran por el incumplimiento del tratamiento. La prevalencia de no adherencia al tratamiento en la depresión varía entre el 30 y 60 %, y en el trastorno bipolar entre el 20 y 66 %. El incumplimiento del tratamiento lleva a una peor evolución de la enfermedad aumentando el riesgo de suicidio. En este artículo se revisan los factores de riesgo que pueden conducir al incumplimiento, considerando factores relacionados con el paciente, la enfermedad, la medicación, el médico y la asistencia sanitaria, y la familia y sociedad. Por último, se discuten las estrategias para mejorar el cumplimiento, destacando la importancia de establecer una fuerte alianza terapéutica consiguiendo la colaboración del paciente en su tratamiento.

Palabras Clave: cumplimiento, adherencia, depresión, trastorno bipolar

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos son una de las formas más prevalentes de enfermedad mental. Constituyen una de las causas principales de discapacidad y suponen un gran coste económico y social. La depresión es el principal diagnóstico en los pacientes que consuman el suicidio.

En España, la prevalencia anual de depresión mayor es del 3,9%, y la prevalencia a lo largo de la vida es del 10,5% (1). La mayoría de los pacientes diagnosticados de depresión son atendidos en atención primaria.

Las depresiones son enfermedades recurrentes, muchas veces de evolución crónica. Las recaídas

ABSTRACT

Affective disorders are one of the most prevalent types of mental disorders. Even though we have currently effective drugs for the treatment and prevention of these disorders, noncompliance causes worse outcomes. The prevalence of non adherence ranges between 30 to 60% in depression, and 20 to 66% in bipolar disorder. Noncompliance involves worse outcomes and increases suicidal risk. Factors associated to noncompliance (comprising those related to the patient, disorder, drug, doctor, health system, family and society) are reviewed. Finally, strategies aimed to improve adherence are expounded. The establishment of a good therapeutic alliance is an essential element in order to achieve collaboration of the patient in the process.

Keywords: compliance, adherence, depression, bipolar disorder

das a largo plazo ocurren en un 75-80 % de los casos, siendo el mal cumplimiento del tratamiento uno de los factores más importantes de riesgo de recaída.

El tratamiento antidepressivo debe prolongarse durante al menos 6 meses tras la remisión de los síntomas. Se aconseja un tratamiento antidepressivo prolongado en aquellos que han padecido dos o más episodios en cinco años.

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente. Se caracteriza por la sucesión de episodios depresivos, maníacos, hipomaniacos y mixtos, alternando con fases de eutimia. El curso crónico y recidivante del trastorno bipolar implica que el trata-

miento de mantenimiento o profiláctico es fundamental para una buena evolución.

Los diversos métodos de evaluar la adherencia al tratamiento y la diferente naturaleza de las muestras de pacientes estudiados hacen difícil generalizar los resultados, y explican las discrepancias en cuanto a prevalencia entre los estudios.

LA ADHERENCIA EN LA DEPRESIÓN

Prevalencia

La tasa de no adherencia al tratamiento antidepressivo se sitúa entre el 30 y el 60 % (2). Los primeros estudios realizados con pacientes deprimidos en tratamiento con antidepressivos tricíclicos en atención primaria indicaron que hasta dos tercios de los pacientes dejaron de tomar el tratamiento durante el primer mes (3). Preveler et al. (4) hallaron que hasta el 40% de los pacientes interrumpían el tratamiento con tricíclicos en las primeras 12 semanas tras la prescripción.

En un estudio de seguimiento a 6 meses, evaluando la adherencia con el MEMS, Brook et al. (5) encontraron que sólo un 3% de los pacientes en tratamiento antidepressivo siguieron la medicación exactamente tal como estaba prescrita, un 31 % tuvieron una baja adherencia; el 33 % pasaron 3 o más días sin tomar el tratamiento y el 81 % tomaron al menos una pastilla de más.

Hansen et al. (6) observaron que un 33,6 % de los pacientes que iniciaron tratamiento antidepressivo no renovaron sus recetas durante los 6 primeros meses de tratamiento

Según datos de un estudio llevado a cabo por Olfson et al. (7) en pacientes diagnosticados de depresión y en tratamiento antidepressivo,

un 42,4 % discontinuaron la medicación en los primeros 30 días; entre aquellos que continuaron la terapia antidepressiva la mitad (52,1%) dejaron el tratamiento en los siguientes 60 días. Sólo alrededor de una cuarta parte de los pacientes (27,6 %), continuaron con el fármaco antidepressivo durante más de 90 días.

Sawada et al. (8) examinaron retrospectivamente la adherencia al tratamiento antidepressivo en 367 pacientes diagnosticados de depresión mayor, encontrando que el 55,7 % discontinuaron el tratamiento antidepressivo a lo largo de 6 meses tras el inicio. En otro amplio estudio retrospectivo llevado a cabo por Cantrell et al. (9), los autores observaron una tasa de no adherencia a ISRS a los 6 meses de alrededor del 57 %.

Una tercera parte de los pacientes abandonan el tratamiento, tras encontrarse mejor, a los 3 meses del inicio del mismo (10), en contra de las recomendaciones de mantenerlo al menos durante 6 meses.

Factores de Riesgo.

Podemos agrupar los factores de riesgo de no adherencia en varias categorías, que nos pueden servir de orientación para diseñar intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento.

- a. Factores relacionados con el paciente.
- b. Factores relacionados con la enfermedad.
- c. Factores relacionados con la medicación.
- d. Factores relacionados con el médico y la asistencia sanitaria.
- e. Factores relacionados con la familia y la sociedad.

a. Factores relacionados con el paciente.

a.1. Factores sociodemográficos.

No se encuentra relación con la edad en varios estudios (6). Peor adherencia, según otros autores (11), en los dos extremos de edad, por debajo de los 30 años y por encima de los 65. Demyttenaere (12) también encuentra relación entre edad más joven y mala adherencia. Sin embargo Sirey (13) observa una mayor adherencia por encima de los 60 años.

La mayoría de estudios no encuentran diferencias por género (6). Estar casado es un factor de buena adherencia (14). Se producen más abandonos del tratamiento en sujetos con menor nivel educativo y económico (6). Los factores socioeconómicos suelen tener menos impacto en el cumplimiento tras las primeras fases del tratamiento (7).

a.2. Factores relacionados con las creencias y actitudes del paciente.

La percepción de la necesidad de tomar la medicación es un factor predictivo de adherencia. El escepticismo frente a los antidepresivos es mayor en los pacientes más jóvenes, que nunca han tomado antidepresivos, consideran sus síntomas como leves y transitorios y no tienen claro los factores que guardan relación con su depresión (15).

La adherencia está determinada por el balance entre la necesidad percibida de medicación, por parte del paciente, y la preocupación por los potenciales problemas que puede provocar. Basándose en el resultado de éste balance, Aikens et al. (15) consideran 4 grupos de pacientes según sus creencias sobre la medicación.

- Escepticismo: máxima preocupación por los problemas causados por la medicación, y mínima percepción de su necesidad.
- Indiferencia: no consideran necesaria la medicación, pero no les preocupan los problemas que les pueda causar.
- Ambivalencia: consideran la medicación

como necesaria, aunque les preocupen los problemas que les pueda causar.

- Aceptación: consideran necesaria la medicación y no les preocupan los potenciales problemas.

Entre las creencias erróneas sobre la medicación está el pensar que los antidepresivos son adictivos, que pueden alterar la personalidad y que los días en que se encuentra mejor puede reducir el tratamiento (16).

b. Factores relacionados con la enfermedad.

La depresión en sí misma es un factor importante de no adherencia al tratamiento (por la apatía, las dificultades de concentración y la desesperanza características de ésta enfermedad) (17). El olvido de la medicación también es un importante factor de incumplimiento (18).

Hay una relación entre la adherencia y determinados rasgos de personalidad. Así, los individuos extrovertidos, con alta puntuación en búsqueda de sensaciones tienen un peor cumplimiento (19, 20). Los pacientes sin trastorno de personalidad comórbido tienen una mejor adherencia.

El abuso de sustancias, la frecuencia de síntomas somatomorfos y la comorbilidad médica también se asocian con un peor cumplimiento (21). Sin embargo, la percepción de una mayor severidad de la depresión es un factor de adherencia al tratamiento (10, 13)

Son diferentes los factores que influyen en la no adherencia al inicio del tratamiento y a largo plazo. La no adherencia temprana se relaciona con los efectos secundarios y la percepción de que la medicación no es efectiva. La no adherencia a largo plazo aumenta cuando el paciente encuentra mejoría y considera que ya no es necesaria la medicación, o

porque ya no tolera algunos efectos secundarios que anteriormente eran aceptables (por ej.: disfunción sexual). En la no adherencia en fase de mantenimiento también influyen los temores de adicción, cambios de personalidad o de posible toxicidad del fármaco (22)

La mejoría de la sintomatología depresiva es una de las causas más frecuentes de abandono de la medicación. Según otros estudios de Demytenaere et al. (23), utilizando la escala de discapacidad de Sheehan, los varones dejan de tomar la medicación con más frecuencia cuando mejora su funcionamiento ocupacional, social o familiar; sin embargo, en las mujeres sólo la mejoría en funcionamiento familiar se relaciona con el mayor riesgo de no adherencia.

c. Factores relacionados con la medicación.

Los efectos secundarios de los antidepresivos (disfunción sexual, aumento de peso, mareos) son un factor de no adherencia (10). La mayoría de los estudios encuentran una tasa ligeramente inferior de discontinuación con los ISRS al compararlos con los antiguos tricíclicos (imipramina, amitriptilina), pero no en comparación con los nuevos compuestos tricíclicos y heterocíclicos (24, 25). Aunque algunos estudios no han mostrado diferencias entre los distintos ISRS (26), un reciente metaanálisis de 117 ensayos clínicos aleatorizados, con alrededor de 26.000 pacientes, encontró, que el escitalopran y la sertralina eran los que mejor se toleraban y con menos discontinuaciones (27).

d. Factores relacionados con el médico y la asistencia sanitaria.

Una relación de confianza con el paciente buscando su colaboración y proporcionándole información aumenta la adherencia al tratamiento (28)

El coste económico del tratamiento es otro factor que debemos tener en cuenta al valorar el incumplimiento.

e. Factores relacionados con la familia y la sociedad.

El estigma percibido, es decir, la creencia de que la mayoría de la gente va a minusvalorar o discriminar a las personas que utilizan los servicios de salud mental o tienen una enfermedad mental, va a ser un factor condicionante de la no adherencia (10,13).

La actitud y creencias de la familia con respecto a la medicación y la enfermedad repercute en la adherencia al tratamiento. Así, cuando los familiares atribuyen la depresión a problemas cognitivos y de comportamiento, la adherencia es menor que si la atribución es a causas biológicas (14). En los casos en que es el conyugue el cuidador, la adherencia a la medicación es mayor que cuando ésta función la ejerce otro familiar o amigo (14).

Consecuencias del incumplimiento

El abandono de la medicación antidepresiva supone un mayor riesgo de recaídas y recurrencias (29, 30). La no adherencia al tratamiento, tal como está prescrito, puede llevar al médico a la conclusión de que no es efectivo, y si no se apercebe del mal cumplimiento irá incrementando la dosis, o realizando cambios o combinaciones de antidepresivos innecesarias, que aumentarán el riesgo de que aparezcan efectos secundarios y aumenten los motivos de incumplimiento (19).

La aparición de síntomas de discontinuación es una posible consecuencia del incumplimiento del tratamiento. Estos síntomas se han descrito con todos los antidepresivos, especialmente con los de vida media más

corta, y pueden ocurrir incluso tras el abandono de tan solo una dosis (31).

Los pacientes depresivos padecen con mucha frecuencia otras enfermedades médicas crónicas y tienen 3 veces más posibilidades de no adhesión a los fármacos prescritos para esas otras enfermedades. La adherencia al tratamiento antidepresivo se asocia a mayor adherencia a la medicación prescrita para las enfermedades comórbidas (17,32).

La no adherencia a la medicación antidepresiva aumenta los costes del tratamiento (9,32,33).

Estrategias para mejorar la adherencia

La mejor intervención para mejorar la adherencia es aquella que contempla la prevención y la detección precoz. Desde el momento en que se prescribe un antidepresivo hay que tener en cuenta el riesgo de no cumplimiento por parte del paciente. Sin embargo, los médicos no suelen preguntar directamente por el cumplimiento y lo estiman a la baja. La mayoría de los pacientes que abandonan la medicación no informan a sus médicos (10).

Una adecuada relación médico paciente, que permita compartir las decisiones, puede ser determinante para la adherencia al tratamiento (28). El médico debe conseguir la confianza del paciente, explorando sus preocupaciones y expectativas, informando sobre los beneficios y tolerancia del tratamiento, transmitiendo seguridad sin crear falsas expectativas, permitiendo que el paciente tome parte activa en la planificación de su tratamiento.

Schwenk et al. (28) entrevistaron a 1000 pacientes con depresión recurrente, de los

cuáles, un 70 % comunicaban que hubiesen preferido discutir todas las opciones del tratamiento y decidir conjuntamente con su médico el mejor plan terapéutico. Más de la mitad de los pacientes referían que su médico no preguntaba, antes de realizar la prescripción, acerca de sus preferencias o disposición a tolerar algunos efectos secundarios.

Una revisión de Demyttenaere (34) concluye que la adherencia a los antidepresivos mejora cuando la comunicación entre clínico y paciente se centra en las creencias personales de éste último acerca de la mejor manera de manejar los síntomas depresivos, creencias que, a menudo, difieren del modelo médico de tratamiento.

La diferenciación de varios grupos de pacientes (15) según sus creencias acerca de los antidepresivos, puede servirnos de orientación para diseñar las estrategias de intervención:

- Los indiferentes con respecto a los antidepresivos pueden verse influidos por factores pragmáticos, como la facilidad de administración y el escaso coste del fármaco; o por factores sociales, como una buena relación médico paciente y el apoyo de su red social. Pueden beneficiarse de educación sobre los síntomas, el tiempo que tardan en hacer efecto los antidepresivos, la necesidad de mantenimiento del tratamiento.
- Los ambivalentes pueden motivarse mejor reduciendo los problemas causados por la medicación, minimizando los efectos secundarios. Se benefician de que el médico identifique y corrija sus creencias erróneas acerca de la medicación y enfatice la naturaleza transitoria y reversible de la mayoría de los efectos secundarios, respondiendo con claridad a las dudas y

preocupaciones del paciente con respecto a la medicación.

- En los escépticos se debe explorar si consideran que su diagnóstico no es acertado, las ideas sobre un origen no biológico de su depresión, las creencias culturales sobre la medicación y si tienen antecedentes de una mala experiencia con un tratamiento anterior. Habitualmente lleva tiempo convencerles, lo que se consigue cuando aumentan la percepción de necesitar el tratamiento, disminuyen sus preocupaciones acerca de la medicación o empeoran sus síntomas.

Según Aikens et al. (15), las intervenciones para mejorar la adherencia centradas en las creencias son más efectivas si se orientan a pacientes que: minimizan la severidad de sus síntomas y creen que son transitorios y fruto del azar, no han tomado antidepresivos previamente y se sienten subjetivamente desconcertados por sus síntomas.

Brook et al. (35) recomiendan las siguientes estrategias para disminuir la no adherencia al tratamiento en atención primaria:

1. Explorar las actitudes hacia los fármacos y tratar de corregir las creencias falsas (como las propiedades adictivas de los antidepresivos, por ejemplo).
2. Prestar especial atención a los pacientes con un inicio reciente de la depresión.
3. Prescribir antidepresivos con una vida media más larga, que al mismo tiempo previenen los síntomas de discontinuación.
4. Movilizar la red social de apoyo, buscando la colaboración de familiares y amigos en la toma de la medicación.

La educación sobre la enfermedad y el tratamiento puede ser realizada en atención primaria de forma efectiva mediante el empleo de mensajes claros. Lin et al. (36) demostraron la

mejoría de la adherencia en los pacientes a los que se les recordaba lo siguiente:

1. Tome la medicación todos los días.
2. Los antidepresivos deben tomarse durante al menos 2-4 semanas para su mejoría.
3. Continúe tomando la medicación aunque se encuentre mejor.
4. No abandone la medicación sin consultar con su médico.

Además se les proporcionaban instrucciones específicas para resolver preguntas y dudas sobre los antidepresivos.

Es conveniente realizar revisiones frecuentes en aquellos pacientes con mayor riesgo de no adherencia. Implicar a enfermería en breves intervenciones psicoeducativas también es una buena estrategia para incrementar la adherencia (4).

La psicoterapia añadida al tratamiento farmacológico aumenta la adherencia (37)

Para minimizar que el paciente se olvide la toma de alguna dosis son adecuadas las estrategias recordatorias: notas en lugares visibles, almacenar la medicación en pastilleros o recipientes que separen las distintas tomas, llevar registros donde se anoten las dosis que se han tomado.

La colaboración familiar puede ser de gran ayuda, sobre todo al inicio del tratamiento, cuando los síntomas depresivos pueden dificultar el cumplimiento correcto del tratamiento; también en ancianos que pueden olvidarse con mayor frecuencia de tomar todas las dosis prescritas. Así mismo, es importante intervenir sobre el medio sociofamiliar disminuyendo el estigma y aclarando creencias erróneas.

La utilización de pautas más sencillas de administración de los fármacos ayuda al cum-

plimiento. La prescripción de fármacos de acción prolongada, como la fluoxetina semanal, ha demostrado ser eficaz para mejorar la adherencia (38,39).

En la Tabla 1 se resumen las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento antidepresivo.

LA ADHERENCIA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Prevalencia

Las tasas de no adherencia al tratamiento en el trastorno bipolar varían mucho en los distintos estudios, con cifras que oscilan entre el 20 y el 66%. La tasa media de no adherencia al tratamiento farmacológico profiláctico a largo plazo es del 41% (40). Estas diferencias se deben a los diversos criterios utilizados para definir la adherencia, los métodos empleados para su evaluación, y las distintas poblaciones estudiadas. Muchas veces la evaluación se realiza en pacientes con episodios maníacos o ingresados en el hospital. Sin embargo, la adherencia al tratamiento en pacientes bipolares debería evaluarse en períodos de eutimia.

Una de las primeras revisiones de los estudios sobre adherencia al Litio, realizada por Jamison en 1984, encontraba tasas de incumplimiento entre el 18 y el 74 % (41). Datos más recientes (42) indican que uno de cada tres pacientes no toma un 30 % o más de la medicación eutimizante, y un 50 % mostró algún grado de no adherencia durante dos años de seguimiento. La prevalencia de no adherencia no ha cambiado de forma significativa con la introducción de las nuevas medicaciones.

En un grupo de pacientes en seguimiento durante 6 años, el 53,9 % discontinuó el tratamiento con Litio en algún momento; el 43,2 % de los abandonos ocurrieron en los 6 primeros

meses; la actitud negativa hacia el tratamiento profiláctico fue el motivo principal para la no adherencia (41). En otro estudio, la duración media de la adherencia continua al Litio, antes de que el sujeto decidiese dejar la medicación por primera vez, fue de 70 días (43).

La adherencia no es un fenómeno de todo o nada. Es frecuente el uso de la medicación profiláctica de forma intermitente. Así, en un estudio de seguimiento a dos años, un 50 % de los pacientes bipolares suspendían y reiniciaban el tratamiento con Litio al menos una vez, y un 30 % al menos dos veces (44).

La tasa de no adherencia parcial o total para el tratamiento de mantenimiento con carbamazepina o valproato también es alta, con cifras del 50 % (45).

Factores de riesgo

La negativa repercusión sobre la evolución del trastorno bipolar que supone la no adherencia al tratamiento implica la necesidad de que el clínico pueda contar con predictores que le adviertan precozmente sobre el riesgo de incumplimiento de un determinado sujeto. La realidad es que a los psiquiatras les pasan inadvertidos la mayoría de los pacientes incumplidores (46).

Hasta ahora, los datos recogidos en los distintos estudios, con respecto a los factores de riesgo de no adherencia al tratamiento, son contradictorios. El antecedente de no adherencia a un tratamiento previo, es uno de los mejores predictores de no adherencia en el futuro.

a. Factores relacionados con el paciente.

a.1. Factores sociodemográficos.

Aunque, en general, el incumplimiento se ha asociado a una serie de variables demográficas

(varón, joven, no casado), los resultados con respecto al trastorno bipolar no son concluyentes.

La mayoría de los autores no encuentran diferencias por género (46,47,48). Algunos estudios observan peor cumplimiento en varones, quizás por una mayor comorbilidad con abuso de sustancias y mayor frecuencia de episodios maníacos (49).

Con respecto a la edad, la falta de adherencia se ha asociado generalmente a los pacientes jóvenes, aunque en el caso del trastorno bipolar los datos también son contradictorios. El mayor riesgo de no adherencia parece encontrarse en los dos extremos de edad: adolescentes y ancianos (50).

Algunos estudios encuentran peor adherencia en sujetos con menor nivel educativo (47, 51, 52), sin embargo otros no (48). Los resultados en cuanto al nivel económico también son dispares (47, 52) y lo mismo ocurre con respecto al hecho de estar casado: se ha considerado por algunos autores el no estar casado como factor de riesgo de incumplimiento, pero no por otros (50, 51). El matrimonio puede ser un factor de mayor adherencia en las mujeres (49).

a.2. Factores relacionados con las creencias y actitudes del paciente.

Las creencias del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento son de crucial importancia para la adherencia (40). La falta de conciencia de enfermedad o el no reconocimiento de su severidad y sus consecuencias llevarán al incumplimiento (42, 53).

Una escasa confianza en la medicación, la preocupación por posibles efectos secundarios (especialmente el aumento de peso y el sentirse “controlados” por la medicación, verse limitados en su productividad y creatividad) o el temor a la dependencia a los medicamentos,

pueden llevar al incumplimiento. La necesidad de medicación percibida por el paciente será un predictor importante de adherencia (54).

Algunos pacientes abandonan el tratamiento eutimizante porque echan en falta los periodos de euforia. Al contrario, el temor a los episodios depresivos es una razón fundamental para la adherencia al tratamiento (44).

b. Factores relacionados con la enfermedad.

La adherencia varía en diferentes momentos de la evolución del trastorno bipolar. Algunos pacientes pasan por varias recaídas hasta aceptar la necesidad del tratamiento. Otros, después de varios años de estabilidad clínica, consideran que ya no necesitan el tratamiento eutimizante y lo abandonan.

El incumplimiento es mayor en los pródromos, durante y en la recuperación de los episodios maníacos. (46, 50, 53). Los pacientes con predominio de episodios maníacos son más incumplidores que aquellos en los que predominan los depresivos (50, 53). La mayoría de los estudios (50,52), con alguna excepción (48,12) encuentran un peor cumplimiento en los pacientes con síntomas psicóticos. El consumo de sustancias tóxicas es un claro factor de no adherencia al tratamiento. (46, 50, 52).

La comorbilidad con un trastorno de la personalidad también puede afectar al cumplimiento. Los trastorno del grupo B, especialmente el histriónico son los que se asocian a una peor adherencia (50, 52). Los déficits neuropsicológicos pueden relacionarse con el incumplimiento no intencional.

c. Factores relacionados con la medicación.

Los efectos secundarios se han considerado un factor para el incumplimiento, sobre todo en el caso del Litio (46). Sin embargo, parece ser el

temor a los efectos secundarios más que su aparición lo que condiciona la adherencia (42). Los efectos secundarios ocupaban el séptimo lugar en una lista de las razones más importantes que daban los pacientes para la no adherencia. Sólo fueron señalados como primera causa de abandono del tratamiento por un 5 % de los pacientes bipolares (50). El aumento de peso y los posibles efectos secundarios cognitivos son los que en mayor medida pueden afectar al cumplimiento (47).

La adherencia es similar entre los eutimizantes más utilizados (Litio, valproato, carbamacepina, lamotrigina) (55).

Los pacientes manifiestan mayor adherencia a los medicamentos que reduzcan la severidad de los episodios depresivos (47).

Se ha asociado la combinación de varios medicamentos, algo habitual en el tratamiento del trastorno bipolar, a una peor adherencia (50). Discrepa con éste resultado el estudio de Sajatovic et al. (55), quienes observaron mejor adherencia entre los pacientes que tenían una prescripción de dos eutimizantes frente a los que tenían uno sólo. Puede explicarse por la mejoría clínica alcanzada con un tratamiento más intensivo, y porque los clínicos prescriben un tratamiento más complejo a aquellos pacientes que consideran tendrán mayor adherencia.

Hay pocos estudios sobre adherencia a antipsicóticos en pacientes con trastorno bipolar. Esperable, por su mejor tolerabilidad, es el resultado de una mayor adherencia a los antipsicóticos atípicos que a los típicos (56, 57). De todas formas, la no adherencia a los atípicos también es alta. Un estudio comunicaba que casi la mitad de los pacientes en tratamiento con atípicos eran parcialmente adherentes o no adherentes a su medicación (58).

Una forma habitual de incumplimiento terapéutico es el consumo de más medicación de la prescrita, principalmente el abuso de benzodiacepinas, antidepresivos o antipsicóticos.

d. Factores relacionados con el médico y la asistencia sanitaria.

La alianza terapéutica es un potente predictor de adherencia en los trastornos psicóticos (59). Una relación negativa con el clínico es más frecuente en los pacientes no adherentes en comparación con los que tienen buena adherencia (60). También es importante la actitud del psiquiatra hacia el tratamiento prescrito y su confianza en la medicación.

Se han relacionado con una peor adherencia las barreras para el acceso al tratamiento (61).

e. Factores relacionados con la familia y la sociedad.

El apoyo social y familiar puede ser un factor determinante de la adherencia a la medicación, desde el inicio del tratamiento de un primer episodio (62). Una mayor carga de los cuidadores se ha relacionado con una peor adherencia y una peor evolución de la enfermedad (63). El estigma social asociado a la enfermedad contribuye a la no adherencia al tratamiento (50)

En la tabla 2 se resumen principales factores de no adherencia al tratamiento en pacientes con Trastorno Bipolar

Consecuencias del incumplimiento

La no adherencia al tratamiento supone consecuencias clínicas y económicas. El incumplimiento se considera el principal factor

de recaídas, hospitalizaciones y malos resultados en pacientes bipolares (52).

Varios estudios han encontrado una relación entre la no adherencia y un mayor número de hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias. (64). Entre el 60 y el 80 % de los pacientes ingresados por un episodio de manía no habían tenido una buena adherencia al tratamiento en el mes previo a la hospitalización (54). El riesgo de ingreso hospitalario es 4 veces mayor (en un seguimiento de un año) en aquellos pacientes que no cumplen adecuadamente el tratamiento con estabilizadores del ánimo, frente a aquellos que sí lo hacen (40). El mayor número de hospitalizaciones, en los no adherentes, se produce incluso sin un mayor número de recaídas, lo que parece indicar que la no adherencia aumenta la gravedad de los episodios (65).

Scott y Pope (66) hallaron tasas de ingreso hospitalario significativamente más altas (81%) en pacientes con adherencia parcial a estabilizadores del ánimo (Litio, carbamacepina, valproato) y niveles plasmáticos infraterapéuticos, que en aquellos pacientes adherentes al tratamiento y con niveles plasmáticos terapéuticos (9,7%).

De particular importancia es el incumplimiento del tratamiento con Litio, ya que se ha encontrado una mayor mortalidad entre los no cumplidores, posiblemente por los efectos antisuicidas del Litio. El riesgo de suicidio es entre 4 y 16 veces más alto en los sujetos con falta de adherencia (67). Se ha relacionado el cese brusco del Litio con una posterior refractariedad cuando se reintroduce. La discontinuación del tratamiento con Litio se asocia a un mayor riesgo de recaídas maníacas (68).

La no adherencia de los pacientes bipolares a los antipsicóticos también supone un mayor

riesgo de recaídas y hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias (69).

El incumplimiento terapéutico incrementa el coste económico del tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar. (50, 70)

Estrategias para mejorar la adherencia

Aumentar la adherencia al tratamiento en los pacientes con trastorno bipolar es una tarea imprescindible, por la frecuencia con que ocurre y por las negativas consecuencias que conlleva. Es una tarea compleja por los distintos factores que pueden contribuir a la no adherencia, la carencia de claridad a la hora de definirla y evaluarla, y la escasez de investigaciones que aporten evidencias sobre las intervenciones eficaces (52).

Debemos empezar por considerar la no adherencia como cualquier otra complicación del tratamiento (50) y atender a su complejidad, conociendo y abordando los factores implicados en cada caso. Conviene saber en que medida la adherencia es intencional: decisión deliberada del paciente; o no intencional: la decisión de tomar el tratamiento se ve dificultada por la falta de recursos y capacidad para entender o recordar la prescripción.

Las intervenciones para mejorar la adherencia serán más eficaces si se planifican de forma individualizada, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente y los distintos factores que la motivan.

Para mejorar el cumplimiento, el clínico debe establecer una relación de confianza y diálogo con el paciente, creando un clima en la entrevista que permita discutir la adherencia al tratamiento de forma abierta (50). Es necesario informar sobre la enfermedad, los fármacos prescritos, las posibles alternativas, y la posi-

bilidad de efectos secundarios. Puede ser de ayuda la entrega de información escrita. Hay que examinar las razones que puede tener el paciente para la no adherencia terapéutica, teniendo en cuenta sus creencias sobre la enfermedad y el tratamiento (71). También se debe indagar sobre su historia de no adhesión a medicamentos en el pasado y las razones que lo motivaron (42). Es necesario asegurar que el paciente entiende y acepta el tratamiento.

Una de las estrategias para mejorar el cumplimiento es minimizar los efectos secundarios, especialmente el aumento de peso, los efectos cognitivos (enlentecimiento del pensamiento) y el aplanamiento emocional.

Entre las intervenciones psicosociales regladas que han demostrado ser efectivas en alguna medida para mejorar la adherencia podemos mencionar: terapias grupales interpersonales, terapia cognitivo conductual, sesiones grupales para las parejas de pacientes con trastorno bipolar, psicoeducación del paciente y su familia (52).

La psicoeducación es la forma más sistemática y global de afrontar todos los fac-

tores potenciales de la no adherencia. La psicoeducación es una técnica y una actitud dirigidas a que el paciente sea corresponsable de su tratamiento (50). La intervención psicoeducativa ha demostrado ser eficaz para reducir el número de recaídas y evitar las repetidas rehospitalizaciones de los pacientes más graves. La psicoeducación también ha demostrado su eficacia en mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico y estabilizar los niveles plasmáticos de Litio (72).

La colaboración de familiares y cuidadores es un factor importante para la adherencia terapéutica. La intervención psicoeducativa con los familiares de los pacientes con trastorno bipolar ha demostrado ser eficaz para aumentar la adherencia (73).

El tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos atípicos de efecto prolongado puede ser útil para mejorar la adherencia al tratamiento, sobre todo en aquellos pacientes con incumplimiento no intencional (74). En los que también pueden ser de ayuda medidas que les ayuden a recordar la toma de la medicación.

Tabla 1: Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antidepressivo

1. Tener en cuenta el riesgo de no adherencia desde el inicio del tratamiento
2. Conseguir una relación de confianza y colaboración con el paciente
3. Conocer y abordar las creencias erróneas del paciente sobre la depresión y el tratamiento
4. Informar sobre la depresión, necesidad de mantener el tratamiento, efectos secundarios, riesgos de la discontinuación
5. Elegir el fármaco más eficaz, tolerable y con la pauta de dosificación más sencilla posible
6. Movilizar el apoyo sociofamiliar, sobre todo al inicio del tratamiento y particularmente en pacientes ancianos. Intervenir sobre las creencias erróneas y estigma en el medio sociofamiliar
7. Mantener un seguimiento adaptado a las necesidades individuales, implicando al personal de enfermería
8. Ante un posible incumplimiento por “olvidos” utilizar estrategias recordatorias e incidir en el apoyo sociofamiliar

Tabla 2: Principales factores de no adherencia al tratamiento en pacientes con Trastorno Bipolar

- Antecedentes de no adherencia al tratamiento
- No conciencia de enfermedad
- Comorbilidad con consumo de sustancias tóxicas
- Mayor número de episodios maníacos
- Temor a los efectos secundarios
- Presencia de efectos secundarios (aumento de peso, efectos cognitivos)
- Comorbilidad con trastornos de la personalidad
- Mala relación con su terapeuta
- Falta de apoyo familiar/social
- Estigma social

BIBLIOGRAFÍA

1. **Martínez M, Dolz M, Alonso J, Luque I, Palacín C, Bernal M, et al.** Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin.* 2006;126(12):445-51.
2. **Demyttenaere K, Haddad P.** Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 403:50-6.
3. **Johnson DA.** Treatment of depression in general practice. *BM J.* 1973; 266:18-20.
4. **Preveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C.** Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ.* 1999; 319:612-5.
5. **Brook OH, van Hout H, Stalman W, Nieuwenhuysen H, Bakker B, Heerdink E, de Haan M.** A pharmacy-based coaching program to improve adherence to antidepressant treatment among primary care patients. *Psychiatr Serv.* 2005; 56: 487-9.
6. **Hansen DG, Vach W, Rosholm JU, Sondergaard J, Gram LF, Kragstrup J.** *Fam Pract.* 2004; 21(6):623-9.
7. **Olsson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ.** Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry.* 2006; 163:101-8.
8. **Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al.** Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry.* 2009 [Citado 29 Octubre 2009]; 9:38[aprox. 10 p.]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-244X-9-38>
9. **Cantrell CR, Eaddy MT, Shah MB, Shah MB, Regan TS, Sokol MC.** Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy: a real-world comparison of adherence and economic outcomes. *Med Care.* 2006; 44(4):300-3.
10. **Maddox JC, Levi M, Thompson C.** The compliance with antidepressants in general practice. *J Psychopharmacol.* 1994; 8:48-53.
11. **Akerblad AC, Bengtsson F, Holgersson M, von Knorring L, Ekselius L.** Identification of primary care patients at risk of non adherence to antidepressant treatment. *Patient Preference and Adherence.* 2008; 2:379-86.
12. **Demyttenaere K, Adelin A, Patrick M, Waltère D, Katrien DB, Sangeleer M.** Six- month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2008; 23(1):36-42.
13. **Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS.** Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv.* 2001; 52:1615-20.
14. **Sher I, McGinn L, Sirey JA, Meyers B.** Effects of caregivers' perceived stigma and causal beliefs on patients' adherence to antidepressant treatment. *Psychiatr Serv.* 2005; 56:564-69.
15. **Aikens JE, Nease DE, Klinkman MS.** Explaining beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants.

Ann Fam Med. 2008; 6:23-9.

- 16. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S.** Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009; 44 (6):482-8.
- 17. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW.** Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment. *Arch Intern Med.* 2000; 160:2101-107.
- 18. Bulloch AG, Adair CE, Patten SB.** Forgetfulness: a role in non-compliance with antidepressant treatment. *Can J Psychiatry.* 2006; 51:719-22.
- 19. Cohen NL, Ross EC, Bagby RM, Farvolden P, Kennedy SH.** The 5-factor model of personality and antidepressant medication compliance. *Can J Psychiatry.* 2004; 49:106-13.
- 20. Ekselius L.** Non-compliance with pharmacotherapy of depression is associated with a sensation seeking personality. *Int Clin Psychopharmacol.* 2000; 15:273-8.
- 21. Keeley R, Smith M, Miller J.** Somatoform symptoms and treatment nonadherence in depressed family medicine outpatients. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 46 - 54.
- 22. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL.** Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patients beliefs about medication. 2005; 3:23-30.
- 23. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewé W, Boulanger B, De Bie J, Troyer W, et al.** Compliance with antidepressants in a primary care setting, 2: the influence of gender and type of impairment. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62(suppl 22):34-7.
- 24. Hotopf M, Hardy R, Lewis G.** Discontinuation rates of SSRIs and tricyclic antidepressants: a meta-analysis and investigation of heterogeneity. *Br J Psychiatry.* 1997; 170:120-7.
- 25. Barbui C, Hotopf M, Freemantle N, Boynton J, Churchill R, Eccles MP, Geddes JR, et al.** Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic and heterocyclic antidepressants: comparisons of drug adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (3): CD002791.
- 26. Anderson IM, Tomenson BM.** Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *BMJ.* 1995; 310:1433-38.
- 27. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, Geddes JR, Higgins J, Churchill R, et al.** Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373(9665):746-58.
- 28. Schwenk TL, Evans DL, Laden SK, Lewis L.** Treatment outcome and physician-patient communication in primary care patients with chronic, recurrent depression. *Am J Psychiatry.* 2004; 161:1892-1901.
- 29. Melfi CA, Chawla AJ, Croghan TW, Hanna MP; Kennedy S; Sredl K.** The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55(12): 1128-32.
- 30. Frank E, Perel JM, Mallinger AG, Thase ME, Kupfer DJ.** Relationship of pharmacologic compliance to long-term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacol Bull.* 1992; 28(3):231-35.
- 31. Donoghue J, Hylan T.** Antidepressant use in clinical practice: efficacy v. effectiveness. *Br J Psychiatry.* 2001; 179(suppl. 42): s9-s17.
- 32. Katon W, Cantrell CR, Sokol MC, Chiao E, Gdovin JM.** Impact of antidepressant drug adherence on comorbid medication use and resource utilization. *Arch Intern Med.* 2005;165:2497-503.
- 33. Thompson C, Peveler RC, Stephenson D, McKendrick J.** Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in primary care: a randomized comparison of fluoxetine and a tricyclic antidepressant. *Am J Psychiatry.* 2000; 157:338-43.
- 34. Demyttenaere K.** Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003; 13(suppl. 3):s69-s75.
- 35. Brook OH, van Hout HP, Stalman WA, de Haan M.** Nontricyclic antidepressants. Predictors of nonadherence. *J Clin Psychopharmacol.* 2006; 26:643-47.
- 36. Lin EH, von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, et al.** The role of the primary care physician in pa-

tients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care*.1995;33(1):67-74.

37. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61:714-19.

38. De Klerk E. Patient compliance with enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001, 62(suppl. 22):43-7.

39. Claxton A, de Klerk E, Parry M, Robinson JM, Schmidt ME. Patient compliance to a new enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61:928-32.

40. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105:167-72.

41. Schumann C, Lenz G, Berghöfer A, Müller-Oerlinghausen B. Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Research*. 1999; 89:247-57.

42. Scott J, Pope M. Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63:384-90.

43. Johnson R, McFarland B, Lithium use and discontinuation in a Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry*. 1996 ; 153 :993-1000.

44. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes toward lithium. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36:866-9.

45. Keck PE, Mc Elroy, SL, Strakowski, SM, Bourne, ML, West, SA. Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1997; 33: 87-91.

46. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Hum Psychopharmacol Clin Esp*. 2008; 23:95-105.

47. Johnson FR, Özdemir S, Manjunath R, Hauber AB, Burch SP, Thompson TR. Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments. A stated-preference approach. *Med Care*. 2007; 45:545-52.

48. Sajatovic M, Bauer MS, Kilbourne AM, Vertrees JE, Williford W. Self reported medication treatment adherence among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2006; 57:56-62.

49. Vega P, Alonso M, Alberich S, Barbeito S, Ruiz de Azúa S, Ugarte M, et al. Why do bipolar men not comply with treatment? The Spanish CIBERSAM data. *Eur J Psychiatr*. 2009; 23 (suppl):63-9.

50. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord*. 2005; 7 (suppl 5):24-31.

51. Frank E, Prien RF, Kupfer DJ, Alberts L. Implications of non compliance on research in affective disorders. *Psychopharmacol Bull*. 1985; 21:37-42.

52. Sajatovic M, Davies M, Hrouda DE. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2004; 55:264-9.

53. Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disord*; 2007; 9:656-64.

54. Keck P, McElroy SL, Strakowski SM, Staton SP, Kizer DL, Balistreri TM, et al. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry*. 1996; 57: 292- 7.

55. Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, Ganoczy D, Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. 2007; *Psychiatr Serv*; 58:55-63.

56. Hassan M, MadhavanSS, Kalsekar ID, Rajagopalan K, Islam S, Kavookjian J, et al. Comparing adherence to and persistence with antipsychotic therapy among patients with bipolar disorder. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2007; 41(11):1812-8.

57. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents?. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:103-8.

58. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, Ganoczy D, Ignacio RV. Treatment adherence with antipsychotic medicac-

tions in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2006; 8:232-41.

59. Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Cortney Piper A, Huppert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophrenia Bull.* 2002; 28(2):341-9.

60. Scott J. Predicting medication non-adherence in severe affective disorders. *Acta Neuropsychiatr.* 2000; 12:128-30.

61. Sajatovic M, Biswas K, Kilbourne AK, Fenn H, Williford W, Bauer MS. Factors associated with prospective long-term treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2008; 59:753-9.

62. Rabinovitch M, Bérchard-Evans L, Schmitz N, Joobor R, Malla A. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Can J Psychiatry.* 2009; 54(1):2-35.

63. Perlick DA, Rosenheck MD, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, et al. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2004; 55:1029-35.

64. Lew KH, Chang EY, Rajagopaln K, Knoth RL. The effect of medication adherence on health care utilization in bipolar disorder. *Manag Care Interface.* 2006; 19(9):41-6.

65. Aagaard J, Vestergaard P. Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: a 2-year prospective study. *J Affect Disord.* 1990; 18:259-66.

66. Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalisation. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:1927-9.

67. López-Castroman J, Baca-García E, Oquendo MA. Trastorno Bipolar. ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas?. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009; 28(1):42-8.

68. Mander AJ, Loudon JB. Rapid recurrence of mania following abrupt discontinuation of lithium. *Lancet.* 1998; 2:15-7.

69. Lage MJ, Hassan MK. The relationship between antipsychotic medication adherence and patient outcomes individuals diagnosed with bipolar disorder: a retrospective study. *Ann Gen Psychiatry.* 2009 [Citado 14 Noviembre 2009]; 8:7 [aprox.9 p.]. Disponible en <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/8/1/7>

70. Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalisation and costs. *Psychiatr Serv.* 2001; 52:805-11.

71. Makela EH, Griffith RK. Enhancing treatment of bipolar disorder using the patient's belief system. *Ann Pharmacother.* 2003; 37(4):543-5.

72. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Reinares M, Scott J. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances serum lithium levels. *Bipolar Disord.* 2005; 7(suppl 5):32-6.

73. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. Randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60:904-12.

74. Benabarre A, Castro P, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Salamero M, Murru A, et al. Efficacy and safety of long-acting injectable risperidone in maintenance phase of bipolar and schizoaffective disorder. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 37(3):143-7.

Dirección Postal:
Rafael Touriño González
C/ Real del Castillo, 152
Hospital Juan Carlos I - 3.ª Planta
Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial
35004 - Las Palmas de Gran Canaria
correo electrónico: rtougon@gobiernodecanarias.org

En depresión...

MIRTAZAPINA

REXER[®]
FLAS 30

Potenciando
sinergias



908531 REX-JUL-10

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Rexer Flac 15 mg comprimidos bucodispersables. Rexer Flac 30 mg comprimidos bucodispersables. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido bucodispersable de Rexer Flac 15 mg contiene 15 mg de mirtazapina. Cada comprimido bucodispersable de Rexer Flac 30 mg contiene 30 mg de mirtazapina. Excipientes: Cada comprimido bucodispersable de Rexer Flac 15 mg contiene 4,65 mg de aspartamo y 28 mg de sacarosa. Cada comprimido bucodispersable de Rexer Flac 30 mg contiene 9,30 mg de aspartamo y 56 mg de sacarosa. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido bucodispersable. Comprimido bucodispersable de 15 mg: Redondo, blanco, con borde biselado estándar, marcado con "TZ1" en una cara. Comprimido bucodispersable de 30 mg: Redondo, blanco, con borde biselado estándar, marcado con "TZ2" en una cara. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de episodios de depresión mayor. **4.2 Posología y forma de administración:** Adultos: La dosis eficaz diaria que se utiliza generalmente es de entre 15 y 45 mg; la dosis de inicio es de 15 ó 30 mg. En general, mirtazapina empieza a actuar después de 1-2 semanas de tratamiento. El tratamiento con una dosis adecuada debe proporcionar una respuesta positiva en 2-4 semanas. Si la respuesta es insuficiente, la dosis puede aumentarse hasta la dosis máxima, pero si no se produce respuesta en 2-4 semanas más, debe suspenderse el tratamiento. Pacientes de edad avanzada: La dosis recomendada es la misma que para los adultos. En pacientes ancianos el aumento de dosis debe realizarse bajo estrecha supervisión para conseguir una respuesta satisfactoria y segura. Niños y adolescentes menores de 18 años: No debe utilizarse Rexer en niños y adolescentes menores de 18 años (ver sección 4.4). **Insuficiencia renal:** El aclaramiento de mirtazapina puede disminuir en pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave (aclaramiento de creatinina < 40 ml/min). Esto debe tenerse en cuenta cuando se prescribe Rexer a estos pacientes (ver sección 4.4). **Insuficiencia hepática:** El aclaramiento de mirtazapina puede disminuir en pacientes con insuficiencia hepática. Esto debe tenerse en cuenta cuando se prescribe Rexer a estos pacientes, particularmente con insuficiencia hepática grave, ya que no se ha investigado en este grupo de pacientes (ver sección 4.4). Mirtazapina tiene una semivida de eliminación de 20-40 horas, por lo que Rexer puede administrarse una vez al día. Debe tomarse preferiblemente una dosis única por la noche antes de acostarse. Rexer también puede administrarse repartido en dos dosis (una por la mañana y otra por la noche, la dosis mayor debe tomarse por la noche). Los comprimidos deben tomarse por vía oral. El comprimido se disgregará rápidamente y puede tragarse sin agua. A los pacientes con depresión se les debe tratar durante un período suficiente de al menos 6 meses para asegurarse de que no tienen síntomas. Se recomienda abandonar el tratamiento con mirtazapina gradualmente para evitar un síndrome de abstinencia (ver sección 4.4). **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Uso concomitante de mirtazapina con inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) (ver sección 4.5). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años:** Rexer no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Se observaron comportamientos suicidas (intentos de suicidio e ideación suicida) y hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) en los ensayos clínicos, con más frecuencia en niños y adolescentes tratados con antidepresivos frente a aquellos tratados con placebo. Si en base a las necesidades clínicas se toma la decisión de tratar, debe supervisarse cuidadosamente la aparición de síntomas de suicidio en el paciente. Además, no hay datos de seguridad a largo plazo en niños y adolescentes en cuanto al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. **Suicidio/ideación suicida o empeoramiento clínico:** La depresión está asociada a un incremento del riesgo de ideación suicida, autolesiones y suicidio (episodios suicidas). Este riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no aparecer hasta pasadas las primeras semanas de tratamiento, los pacientes deben ser controlados regularmente hasta que se evidencie esta mejoría. Según la experiencia clínica general, el riesgo de suicidio puede aumentar en las primeras fases de la recuperación. Los pacientes con antecedentes de episodios suicidas o aquellos que presentan un grado significativo de ideación suicida antes de comenzar con el tratamiento, tienen un mayor riesgo de tener ideación e intentos suicidas, y deben ser cuidadosamente controlados durante el tratamiento. Un meta-análisis de ensayos clínicos controlados con placebo de fármacos antidepresivos en adultos con trastornos psiquiátricos mostró un riesgo incrementado de casos de comportamiento suicida con antidepresivos frente a placebo en pacientes menores de 25 años. El tratamiento con antidepresivos debe acompañarse de una supervisión cuidadosa de los pacientes, en particular aquellos de alto riesgo, especialmente al principio del tratamiento y cuando se modifica la dosis. Debe alertarse a los pacientes (y a sus cuidadores) sobre la necesidad de controlar la aparición de un empeoramiento clínico, pensamientos o comportamiento suicida y cambios inusuales en el comportamiento y que consulten con su médico inmediatamente si se presentan estos síntomas. Respecto a la posibilidad de suicidio, en particular al inicio del tratamiento, debe proporcionarse al paciente sólo una cantidad limitada de comprimidos de Rexer. **Depresión de la médula ósea:** Durante el tratamiento con Rexer, se han notificado casos de depresión de la médula ósea, que normalmente se presentan como granulocitopenia o agranulocitosis. Se han notificado casos de agranulocitosis reversible como acontecimiento adverso raro en ensayos clínicos con Rexer. Después de la comercialización de Rexer, se han notificado agranulocitosis en casos muy raros, la mayoría reversibles, pero en algunos casos con resultado de muerte. La mayoría de estos casos mortales están relacionados con pacientes mayores de 65 años. El médico debe vigilar la aparición de síntomas como fiebre, dolor de garganta, estomatitis u otros signos de infección; si se presentan tales síntomas debe suspenderse el tratamiento y realizarse un hemograma. **Ictericia:** El tratamiento debe suspenderse si se presenta ictericia. Situaciones que necesitan supervisión: Es necesario establecer la pauta posológica cuidadosamente, así como realizar un seguimiento regular en pacientes con: epilepsia y síndrome orgánico cerebral: aunque la experiencia clínica indica que raramente se producen convulsiones epilépticas en pacientes tratados con mirtazapina, al igual que con otros antidepresivos, debe introducirse Rexer con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones. El tratamiento debe interrumpirse en todo paciente que desarrolle convulsiones o cuando haya un incremento de la frecuencia de las convulsiones. • insuficiencia hepática: tras una dosis oral única de 15 mg de mirtazapina, el aclaramiento de mirtazapina disminuyó aproximadamente un 35 % en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada frente a sujetos con la función hepática normal. La concentración plasmática promedio de mirtazapina aumentó aproximadamente un 55 %. • insuficiencia renal: tras una dosis oral única de 15 mg de mirtazapina, en pacientes con insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina < 40 ml/min) y grave (aclaramiento de creatinina ≤ 10 ml/min) el aclaramiento de mirtazapina disminuyó aproximadamente un 30 % y 50 % respectivamente, frente a sujetos normales. La concentración plasmática promedio de mirtazapina aumentó un 55 % y un 115 % respectivamente. No se encontraron diferencias significativas en pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina < 80 ml/min) en comparación con el grupo control. • enfermedades cardíacas como alteraciones de la conducción, angina de pecho e infarto de miocardio reciente; en estas situaciones se deben tomar las precauciones habituales y administrar con precaución los medicamentos concomitantes. • hipotensión. • diabetes mellitus: los antidepresivos pueden alterar el control de la glucemia en pacientes diabéticos. Puede ser necesario ajustar las dosis de insulina y/o hipoglucemiante oral y se recomienda un riguroso control. Al igual que con otros antidepresivos, debe tenerse en cuenta lo siguiente: • puede darse un empeoramiento de los síntomas psicóticos cuando se administran antidepresivos a pacientes con esquizofrenia u otras alteraciones psicóticas; pueden intensificarse los pensamientos paranoicos. • si se trata la fase depresiva del trastorno bipolar puede transformarse en fase maníaca. Los pacientes con antecedentes de manía/hipomanía deben ser controlados cuidadosamente. Debe abandonarse el tratamiento con mirtazapina en caso de que el paciente entrase en una fase maníaca. • aunque Rexer no produce adicción, la experiencia tras la comercialización muestra que la suspensión brusca del tratamiento después de la administración a largo plazo a veces puede causar síndrome de abstinencia. La mayoría de las reacciones del síndrome de abstinencia son leves y autolimitadas. Entre los diferentes síntomas del síndrome de abstinencia citados, los más frecuentes son mareos, agitación, ansiedad, cefalea y náuseas. Aunque estos síntomas han sido comunicados como de síndrome de abstinencia, debería tenerse en cuenta que pueden estar relacionados con la enfermedad subyacente. Tal y como se aconseja en la sección 4.2, se recomienda dejar el tratamiento con mirtazapina gradualmente. • debe tenerse cuidado en pacientes con alteraciones de la micción como hipertrofia prostática y en pacientes con glaucoma agudo de ángulo estrecho y presión intraocular elevada (aunque haya pocas probabilidades de problemas con Rexer ya que tiene una actividad anticolinérgica muy débil). • acatisia/inquietud psicomotora: se ha asociado el uso de antidepresivos con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una inquietud subjetivamente desagradable o angustiante y la necesidad de moverse a menudo, frecuentemente acompañada de la incapacidad de sentarse o estarse quieto. Esto podría ocurrir con más frecuencia en las primeras semanas de tratamiento. En pacientes que desarrollan estos síntomas, el aumento de dosis podría ser perjudicial. **Hiponatremia:** Se ha notificado muy raramente hiponatremia con el uso de mirtazapina, probablemente debida a una secreción inadecuada de hormona antidiurética. Debe tenerse precaución en pacientes de riesgo, como pacientes de edad avanzada o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se sabe que provocan hiponatremia. **Síndrome serotoninérgico:** Interacción con fármacos serotoninérgicos: puede aparecer un síndrome serotoninérgico cuando se dan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en asociación con otros fármacos serotoninérgicos (ver sección 4.5). Los síntomas del síndrome serotoninérgico pueden ser hipertermia, rigidez, mioclonos, inestabilidad del sistema nervioso con posibles fluctuaciones rápidas de las constantes vitales, cambios en el estado mental como confusión, irritabilidad y agitación extrema que evoluciona a delirio y coma. A partir de la experiencia tras la comercialización se ha observado que el síndrome serotoninérgico se produce muy raramente en pacientes tratados con Rexer como monoterapia (ver sección 4.6). **Pacientes de edad avanzada:** Los pacientes de edad avanzada son frecuentemente más sensibles, especialmente a los efectos adversos de los antidepresivos. En la investigación clínica con Rexer no se han notificado efectos adversos con más frecuencia en los pacientes de edad avanzada que en otros grupos de edad. **Sacarosa:** Rexer Flac contiene azúcar en esferas, que contienen sacarosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción a la glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento. **Aspartamo:** Rexer Flac contiene aspartamo, que origina fenilalanina. Cada comprimido con 15 mg y 30 mg de mirtazapina corresponde a 2,6 mg y 5,2 mg de fenilalanina, respectivamente. Puede ser dañino para los pacientes fenilcetonúricos. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **Interacciones farmacodinámicas:** • Mirtazapina no debe administrarse simultáneamente con inhibidores de la MAO ni en las dos semanas posteriores a la suspensión del tratamiento con el inhibidor de la MAO. Por el contrario, deben pasar aproximadamente dos semanas antes de que los pacientes tratados con mirtazapina sean tratados con inhibidores de la MAO (ver sección 4.3). Asimismo, al igual que con los ISRS, la administración en combinación con otros principios activos serotoninérgicos (L-triptófano, triptanos, tramadol, linezolid, ISRSs, venlafaxina, litio, y los preparados a base de Hierba de San Juan –Hypericum perforatum) puede conducir a efectos asociados a serotonina (síndrome serotoninérgico: ver sección 4.4). Se recomienda precaución y se requiere una supervisión clínica cuidadosa si se combinan estos principios activos con mirtazapina. • Mirtazapina puede aumentar las propiedades sedantes de las benzodiazepinas y otros sedantes (principalmente la mayoría de antipsicóticos, agonistas antihistamínicos H₁, opioides). Deben tomarse precauciones cuando se prescriben estos medicamentos junto con mirtazapina. • Mirtazapina puede aumentar la acción depresora del alcohol sobre el sistema nervioso central. Por tanto, debe advertirse a los pacientes que eviten las bebidas alcohólicas mientras toman mirtazapina. • Mirtazapina, a dosis de 30 mg al día causó un reducido, pero estadísticamente significativo, incremento en el ratio internacional normalizado (INR) en sujetos tratados con warfarina. Como a una dosis más elevada de mirtazapina no puede excluirse que el efecto sea más pronunciado, se recomienda monitorizar el INR en caso de tratamiento concomitante de warfarina con mirtazapina. **Interacciones farmacocinéticas:** La carbamazepina y la fenitoína, inductores de la CYP3A4, aumentaron aproximadamente dos veces el aclaramiento de mirtazapina, lo que resultó en una disminución de las concentraciones plasmáticas promedio de mirtazapina de 60 % y 45 % respectivamente. Si se añade carbamazepina u otro inductor del metabolismo hepático (como rifampicina) a la terapia con mirtazapina, puede ser necesario aumentar la dosis de mirtazapina. Si el tratamiento con uno de estos medicamentos se suspende, puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina. • La administración concomitante de ketoconazol, potente inhibidor de la CYP3A4, aumentó los niveles plasmáticos máximos y la AUC de mirtazapina aproximadamente en un 40 % y 50 %, respectivamente. • Si se administra cimetidina (inhibidor débil de la CYP1A2,

CYP2D6 y CYP3A4) con mirtazapina, la concentración plasmática media de mirtazapina podría aumentar más del 50 %. Debe tenerse precaución y podría tenerse que disminuir la dosis si se administra mirtazapina con inhibidores potentes de la CYP3A4, inhibidores de la proteasa del HIV, antifúngicos azólicos, eritromicina, cimetidina o nefazodona. Estudios de interacción no han indicado ningún efecto farmacocinético relevante en tratamientos concomitantes de mirtazapina con paroxetina, amitriptilina, risperidona o litio.

4.6 Embarazo y lactancia: Los datos limitados sobre la utilización de mirtazapina en mujeres embarazadas no muestran un riesgo incrementado de malformaciones congénitas. Los estudios en animales no han mostrado ningún efecto teratogénico de relevancia clínica, sin embargo se ha observado toxicidad del desarrollo (ver sección 5.3). Debe tenerse precaución cuando se prescriba a mujeres embarazadas. Si Rexer se utiliza hasta el parto, o poco antes, se recomienda la monitorización posnatal del recién nacido para considerar los posibles efectos de la abstinencia. Los estudios en animales y datos limitados en humanos han mostrado que mirtazapina sólo se excreta por la leche en muy pequeñas cantidades. La decisión de continuar/interrumpir el periodo de lactancia o continuar/interrumpir el tratamiento con Rexer debe tomarse teniendo en cuenta el beneficio del periodo de lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento con Rexer para la mujer.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas: La influencia de Rexer sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es de leve a moderada. Rexer puede disminuir la concentración y el estado de alerta (especialmente en la fase inicial del tratamiento). Los pacientes deben evitar realizar actividades potencialmente peligrosas que requieran un estado de alerta y concentración, como conducir un vehículo a motor o manejar maquinaria, en cualquier momento cuando se vean afectados.

4.8 Reacciones adversas: Los pacientes con depresión presentan varios síntomas relacionados con la enfermedad misma. Por tanto, a veces es difícil diferenciar los síntomas que son resultado de la propia enfermedad o debidos al tratamiento con Rexer. Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia, que se dan en más del 5 % de pacientes tratados con Rexer en ensayos clínicos controlados con placebo (ver más adelante) son somnolencia, sedación, boca seca, aumento de peso, aumento del apetito, mareos y fatiga. Se han evaluado todos los ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo (incluyendo indicaciones diferentes de la de episodios de depresión mayor) en cuanto a las reacciones adversas de Rexer. El meta-análisis hace referencia a 20 ensayos clínicos, con una duración programada de tratamiento de hasta 12 semanas, con 1501 pacientes (134 personas años) que recibieron dosis de mirtazapina de hasta 60 mg y 850 pacientes (79 personas años) que recibieron placebo. Se han excluido las fases de ampliación de estos ensayos clínicos para mantener la posibilidad de comparación con el placebo. La Tabla 1 muestra la clasificación de la incidencia de las reacciones adversas que se produjeron de forma estadísticamente significativa con más frecuencia durante el tratamiento con Rexer que con el placebo en los ensayos clínicos, así como las reacciones adversas de notificaciones espontáneas. La frecuencia de las reacciones adversas de notificaciones espontáneas se basa en el índice de notificación de estos eventos en los ensayos clínicos. La frecuencia de las reacciones adversas de notificaciones espontáneas para las que no se observaron casos en los ensayos clínicos con mirtazapina, aleatorizados controlados con placebo, se ha clasificado como "desconocida".

Tabla 1. Reacciones adversas de Rexer

Sistema orgánico	Muy frecuentes (≥1/10)	Frecuentes (≥1/100 a <1/10)	Poco frecuentes (≥1/1000 a <1/100)	Raras (≥1/10000 a <1/1000)	Frecuencia desconocida
Exploraciones complementarias	• Aumento de peso ¹				
Trastornos de la sangre y del sistema linfático					• Depresión de la médula ósea (granulocitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica y trombocitopenia) • Eosinofilia
Trastornos del sistema nervioso	• Somnolencia ^{1,4} • Sedación ^{1,4} • Cefalea ²	• Letargia ¹ • Mareo • Temblor	• Parestesia ² • Síndrome de las piernas inquietas • Síncope	• Mioclonos	• Convulsiones (ataques) • Síndrome serotoninérgico • Parestesia oral
Trastornos gastrointestinales	• Boca seca	• Náuseas ³ • Diarrea ² • Vómitos ³	• Hipostesia oral		• Edema bucal
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo		• Exantema ²			
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		• Artralgia • Mialgia • Dolor de espalda ¹			
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	• Aumento del apetito ¹				• Hiponatremia
Trastornos vasculares		• Hipotensión ortostática	• Hipotensión ²		
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		• Edema periférico ¹ • Fatiga			
Trastornos hepato biliares				• Aumento en las actividades de las transaminasas séricas	
Trastornos psiquiátricos		• Sueños anormales • Confusión • Ansiedad ^{2,3} • Insomnio ^{4,5}	• Pesadillas ² • Manía • Agitación ² • Alucinaciones • Inquietud psicomotora (incluyendo acatisia, hipercinesia)		• Ideación suicida ⁶ • Comportamiento suicida ⁶
Trastornos endocrinos					• Secreción inadecuada de hormona antidiurética

¹ En ensayos clínicos estos eventos ocurrieron estadísticamente con más frecuencia durante el tratamiento con Rexer que con placebo. ² En ensayos clínicos estos eventos ocurrieron con más frecuencia durante el tratamiento con placebo que con Rexer, sin embargo no con mayor frecuencia estadística. ³ En ensayos clínicos estos eventos ocurrieron estadísticamente con más frecuencia durante el tratamiento con placebo que con Rexer. ⁴ Nota: En general, la reducción de dosis no produce menor somnolencia/sedación sino que además puede comprometer la eficacia antidepressiva. ⁵ En el tratamiento con antidepressivos en general, se puede desarrollar o agravar la ansiedad o el insomnio (que pueden ser síntomas de depresión). En el tratamiento con Rexer, se ha notificado desarrollo o agravamiento de la ansiedad y el insomnio. ⁶ Se han notificado casos de ideación suicida y comportamiento suicida durante la terapia con mirtazapina o inmediatamente después de interrumpir el tratamiento (ver sección 4.4).

En las pruebas de laboratorio realizadas en ensayos clínicos, se han observado aumentos pasajeros de transaminasas y gamma-glutamyltransferasa (sin embargo no se han notificado reacciones adversas asociadas de forma estadísticamente significativa con más frecuencia con Rexer que con el placebo).

4.9 Sobredosis: La experiencia hasta el momento respecto a la sobredosis con Rexer solo, indica que los síntomas son en general leves. Se han notificado casos de depresión del sistema nervioso central con desorientación y sedación prolongada, junto con taquicardia e hiper o hipotensión leves. Sin embargo, existe la posibilidad de que se presenten efectos más graves (incluso mortales) a dosis muy por encima de la dosis terapéutica, sobretudo con sobredosificaciones mixtas. Los casos de sobredosis deben recibir terapia sintomática apropiada y de apoyo de las funciones vitales. Debe considerarse el uso de carbón activado o el lavado gástrico. **6. DATOS FARMACÉUTICOS**

6.2 Incompatibilidades: No procede. **6.5 Naturaleza y contenido del envase:** Blísters rígidos, a prueba de niños, perforados para unidosos, del tipo que debe separarse la lámina para abrirlos, formados por un laminado de lámina de aluminio y películas plásticas, selladas a otro laminado de papel y lámina de aluminio recubierta con una laca resistente al calor. Las películas plásticas contienen PVC (cloruro de polivinilo), poliamida y poliéster. Cada blister contiene 6 comprimidos bucodispersables. Están disponibles las siguientes presentaciones para cada dosis: 6 (1x6), 18 (3x6), 30 (5x6), 48 (8x6), 90 (15x6) y 96 (16x6) y 180 (10x18 (3x6)) comprimidos bucodispersables. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envase. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Schering-Plough, S.A. Carretera Nacional I, km 36. 28750 San Agustín de Guadalupe. Madrid. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Rexer Flas 15 mg comprimidos bucodispersables: 64.819 Rexer Flas 30 mg comprimidos bucodispersables: 64.817. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 4 junio 2002. Fecha de la renovación de la autorización: 30 octubre 2006. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Septiembre 2009. **PRECIOS AUTORIZADOS:** REXER FLAS 15 mg – 30 comprimidos bucodispersables - P.V.P.-IVA: 25,26 €. REXER FLAS 30 mg – 30 comprimidos bucodispersables - P.V.P.-IVA: 42,29 €. **CON RECETA MÉDICA. INCLUIDO EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA CON APORTACIÓN REDUCIDA.** Schering-Plough, S.A. C/ Cantabria, 2 - Edificio Amura - 3ª Planta - 28108 Alcobendas (Madrid). Tfno: 91-567.30.00 RA 1065 EU S11 (Ref. 7.0) v016

Rexer Flas/FT/Septiembre09/2

La Adherencia en psicoterapia

The Adherence in psychotherapy

José Pereira Miragaia

Psicólogo. Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud.

Francisco Javier Acosta Artiles

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud.

José Luis Hernández Fleta

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud.

RESUMEN

La psicoterapia es un abordaje terapéutico cada vez más utilizado en el sistema sanitario. Al igual que en medicina, la no adherencia al proceso psicoterapéutico es un fenómeno frecuente, asociado a peor evolución clínica. Por tanto, el estudio de los factores asociados a la no adherencia, y las estrategias para la mejora de la adherencia a la psicoterapia son aspectos prioritarios en psicología.

En este artículo realizamos una revisión sobre aspectos como la definición conceptual, la importancia de la adherencia, los variables relacionadas con la no adherencia, y las estrategias de intervención para mejorarla.

Independientemente del tipo de psicoterapia realizada, un elemento básico para conseguir una mejor adherencia es una buena alianza terapéutica.

Palabras clave: *adherencia, psicoterapia, alianza terapéutica, incumplimiento, estrategias de intervención.*

ABSTRACT

The psychotherapy is a therapeutic approach more and more used in the health system. As well as in medicine, non adherence to the psychotherapeutic process is a frequent phenomenon, associated to worse clinical outcomes. Therefore, the study of variables associated to non adherence, and the intervention strategies to improve adherence to psychotherapy, are priority concerns in psychology.

In this article we review some basic issues, such as the conceptual definition, importance of non adherence, variables associated to non adherence, and intervention strategies aimed to improve adherence.

Regardless of the type of psychotherapy, a good therapeutic alliance is a basic element for achieving a better adherence.

Keywords: *adherence, psychotherapy, therapeutic alliance, noncompliance, intervention strategies.*

INTRODUCCIÓN

La adherencia en psicoterapia es un área fundamental para la psicología. Al igual que en el área biomédica, juega un papel crucial en la efectividad de la terapia utilizada. Por tanto, el estudio de los factores asociados a la no adherencia es un aspecto prioritario en la actualidad.

A continuación se expondrán los hallazgos publicados en la literatura a raíz de la investigación empírica, así como aspectos derivados de la observación e impresión clínica.

Los trabajos de Eysenck (1952) posiblemente han marcado el camino de la proliferación nada desdeñable, aunque insuficiente, de

la investigación en psicoterapia. Si el inicio de la investigación en la psicoterapia estuvo marcada por su justificación científica, la investigación en las últimas décadas está marcada en saber “cómo funciona la psicoterapia” y “qué funciona y con quién”. La tarea de la investigación con todos sus instrumentos aplicada a la psicoterapia es compleja, entre muchas razones, porque la psicoterapia trabaja con el sufrimiento, el dolor humano y lo subjetivo. Además su multidimensionalidad, relacionada con el tipo de terapia, la técnica, formato de terapia, tipos de paciente, tipo de enfermedad y sus fases, etc., hacen de la psicoterapia un campo apasionante aunque difícil de cuantificar. Hoy día nadie duda (o muy pocos), que el desarrollo y los interrogantes de la psicoterapia tienen que caminar de la mano de una investigación “honesta” con el fin de validar los distintos tratamientos psicoterapéuticos y que tengan aplicación clínica.

El propósito básico de este artículo es proporcionar la evidencia disponible que dé respuesta a una serie de preguntas básicas: ¿Es la adherencia relevante en la psicoterapia y tiene consecuencias para los pacientes, para sus familias, a nivel social y para el sistema sanitario? ¿Qué factores se asocian a una deficiente adherencia y a una adherencia adecuada? ¿Qué estrategias se pueden seguir para mejorar la adherencia?.

Sin embargo, debido a la naturaleza multidimensional, subjetiva e interpersonal de la psicoterapia, en los que intervienen aspectos difícilmente mesurables mediante el método científico, hemos estimado conveniente complementar el presente texto con algunas observaciones y reflexiones basadas en nuestra experiencia clínica personal.

Desde la antigüedad podemos encontrar referencias a que los pacientes no siempre acatan, mienten ó se resisten a la toma de las

medicinas. Hipócrates dice textualmente: “*el médico debe ser consciente de que los pacientes mienten a menudo cuando dicen haber tomado las medicinas*”. En Platón (Las Leyes, siglo IV-III a.C.) ya se hace referencia a cómo debe ser la relación médico-paciente: “*El médico de esclavos nunca da a su paciente información alguna sobre su enfermedad...dicta órdenes basadas en su experiencia con un aire de conocimiento infalible, en la manera brusca de un dictador... El médico libre, que generalmente asiste a hombres libres, trata sus enfermedades discutiendo primero minuciosamente con el paciente y sus amigos su dolencia. De esta forma aprende algo del que sufre y simultáneamente lo instruye. El médico no da sus medicinas hasta que no ha persuadido al paciente: el médico persigue la compleja restauración de la salud persuadiendo al paciente para que cumpla la terapia*”.

Los estudios apuntan a que la no adherencia es universal, se da en todos los trastornos, programas de tratamiento, tipos y formatos de terapia (Roberts, 1985), aunque parece que las consecuencias no son las mismas en todos los grupos demográficos y socioeconómicos (Freire, 1986).

Por lo tanto, la preocupación por la no adherencia al tratamiento facultativo, la forma de relacionarse médico-paciente ha estado presente en el pasado y es ampliamente conocida por los profesionales sanitarios en un sentido amplio, y también por los profesionales de la Salud Mental, tanto en la vertiente psicofarmacológica como en la psicoterapéutica.

Los estudios sobre la adherencia en un sentido general señalan tasas de abandono que varían desde el 20% hasta 60% de los pacientes que acuden a recibir un tratamiento a centros de salud mental (Altamura y Malhi, 2000) pudiendo sobrepasar el 60% cuando se evalúa la no asistencia a la primera cita de

toma de contacto (Bachman, 1993; Nicholson, 1994).

Una visión reduccionista, simplista y pesimista sería la que considera al médico o al terapeuta como la fuente del saber con función única de prescribir un tratamiento y su acatamiento dependerá exclusivamente del paciente. Una visión más integradora y sistémica, sería la de considerar el marco de “terapeuta – individuo – enfermedad – entorno – contexto sanitario” como un todo interrelacionado, siendo el eje de la evaluación, cómo se ejemplifica en la Fig.1. En otros términos la Ley 41/2002, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica señala que “Toda actuación en el ámbito de la sanidad, requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios” (Art. 2) y “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.” (Art. 6)

Fig.1. Sistema de evaluación.



DEFINICIÓN CONCEPTUAL

En la literatura no existe todavía un acuerdo sobre qué definición usar cuando hablamos del seguimiento de un tratamiento por un paciente. Se han usado términos como abandono, fidelidad, mantenimiento, cumplimiento y adherencia. Esta diferencia de términos implica matices diferentes, que están en función de los distintos paradigmas de salud, los enfoques terapéuticos que se derivan y que determinan la relación paciente-terapeuta.

El término *cumplimiento* ha sido el más usado hasta recientemente. La definición de cumplimiento de mayor aceptación es la propuesta por Haynes y cols. (1979) como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Sin embargo, algunos autores consideran que el término tiene connotaciones de una relación terapeuta-paciente autoritaria y atribuye un rol pasivo al paciente.

Actualmente el término más utilizado es el de *adherencia* que confiere al paciente una posición activa, igualitaria y decisiva a la hora de acercarse, seguir, mantener ó suspender libremente el plan de tratamiento. El papel del terapeuta sería de permitir y facilitar el acercamiento del paciente (Masur, 1981, Altice y Friedland, 1998).

Existe una aceptación más o menos unánime de que la adherencia al tratamiento se relaciona con un mejor pronóstico y evolución del trastorno. Los estudios de los años 80 han demostrado que el seguimiento de un tratamiento psicoterapéutico es más eficaz que la no psicoterapia o los tratamientos placebo (Lambert et al., 1986).

La adherencia y no adherencia a la psicoterapia podemos entenderla como un continuo: en un extremo estarían los pacientes adherentes, en el medio aquellos que cumplen parcialmente y en el otro extremo estarían los pacientes no adherentes.

En esta línea, Gabel (1997) diferencia tres tipos de no adherencia:

- *Rechazo al tratamiento*: el paciente niega y rechaza todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional y no llega a iniciar un tratamiento. Algunos autores no consideran el rechazo al tratamiento como abandono terapéutico (Freire, 1990), ya que ni siquiera se ha comenzado la terapia.

- *Discontinuidad de la terapia o terminación prematura*: El paciente interrumpe el tratamiento sin previo acuerdo con el terapeuta. Lo más habitual es que el paciente no acuda a las citas y no contacte con el centro o profesional que le trataba (Sweet y Nones, 1989). Se considera abandono cuando a partir de la última cita no hay contacto por parte del paciente tras un mínimo de 2 meses (Roberts, 1985), aunque habitualmente se considera el dintel de 6 meses (Sparr et al., 1993).

Sin embargo hay que ser cautos y no equiparar el abandono de la terapia al fracaso terapéutico. En un estudio, el 72% de los que abandonaron la terapia afirmaban que había habido mejoría después de la primera entrevista y el 50% atribuían la mejoría al contacto mínimo (Presley, 1987)

- *Irregularidades en el tratamiento*: En esta categoría estarían incluidos los pacientes que no cumplen en la totalidad con la prescripción tal como fue prescrita. En el caso del tratamiento farmacológico la toma de medicación es irregular y la toma se debe más bien a cómo

se siente en un día o momento particular. En lo referente a la psicoterapia podrían ser aquellos pacientes que no cumplen con los acuerdos, tareas, que se han determinado en la terapia.

IMPORTANCIA Y DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA EN LA PSICOTERAPIA

Antes de abordar la adherencia en psicoterapia, hay una pregunta previa, que es obligatoria, ¿es la psicoterapia relevante en nuestro sistema de salud?

La respuesta es clara a favor de que la psicoterapia ha escalado peldaños, a pesar de los detractores, que es un modelo de tratamiento relevante en nuestro sistema sanitario público, que ha ido creciendo progresivamente desde el año 1986 (Ley general de Sanidad) contando con un mayor número de profesionales que la realizan. La psicoterapia ya no es exclusiva de la clase media y alta, en un contexto casi exclusivamente privado cómo ocurría décadas atrás.

En una encuesta comunitaria realizada en Estados Unidos, se halló que el 8% de las visitas ambulatorias dispensadas por profesionales de la salud mental incluyeron una intervención psicoterapéutica. Según esa encuesta el 3% de la población americana recibe psicoterapia a lo largo de un año y gasta en ello cuatro billones de dólares, sufragados al 50% por los usuarios y el otro 50% por el gobierno y los seguros (Olfson y Pincus, 1994).

Estos datos ilustran que todo lo relacionado con la psicoterapia es importante para los terapeutas y para los sistemas sanitarios, sean públicos ó privados, porque la psicoterapia, independientemente del tipo y formato que sea, está actualmente instaurada en los tratamientos sanitarios públicos y con costes económicos muy relevantes.

Al igual que ocurre con los tratamientos farmacológicos, la no adherencia en psicoterapia es altamente prevalente. Morlino et al. (1995) hallaron que el 63% de los pacientes no acudieron a la segunda sesión y un 82% no llega a cumplir más de 3 meses en terapia. En un estudio de Mosher-Ashley (1994) sólo el 11% completó el tratamiento, un 88% llegó a una terminación prematura y sólo un 59% realizó al menos 10 sesiones. En otro estudio, se halló que el 90% de los pacientes abandonaba la psicoterapia antes de la décima sesión (Hanna Levenson et al., 2002). Miller et al. (1997), apuntan que la mayor parte de los cambios en cualquier terapia se produce en las diez primeras sesiones, y que aquellos pacientes que no experimentan mejoría alguna en las tres primeras tienen pocas probabilidades de mejorar ulteriormente.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA

La adherencia es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores, que pueden ser incluidos en diferentes áreas: el paciente (individuo), la enfermedad, (tipo de enfermedad y sus fases), el tipo de terapia proporcionada, la persona del terapeuta, la interacción terapéutica y el contexto terapéutico en el que se desarrolla.

Se han señalado una serie de variables con un peso específico en el cambio y el éxito terapéutico (Lambert et al., 1996; Duncan y Miller, 1999):

- Variables relacionadas con el cliente (40%)
- Variables relacionadas con la relación terapéutica y variables contextuales (30%)
- Expectativas que se generan en torno al tratamiento (15%)
- La técnica utilizada (15%)

A continuación se expondrán los factores relacionados con cada área señalada:

El paciente

Posiblemente los variables sociodemográficas han sido las más estudiadas y presentes en la bibliografía, en relación con el género, edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico y etnia. Sin embargo, aunque la investigación es abundante, los resultados obtenidos no son nada concluyentes y no se pueden generalizar (Freire, 1990; García et al., 1999).

Otras variables importantes son las relacionadas con los aspectos subjetivos, como la amenaza percibida, percepción subjetiva de vulnerabilidad, severidad percibida y consecuencias de la pérdida de salud, beneficios percibidos del tratamiento y la percepción de las dificultades para seguir el tratamiento.

La enfermedad

Tampoco existe unanimidad en la bibliografía aunque la mayor parte de los autores coinciden en señalar que el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad, la duración y severidad de los síntomas son buenos indicadores a la hora de predecir el abandono terapéutico (Kemp y David, 1996). Se han señalado como factores que dificultan la adherencia, a los problemas psicológicos que alteren la capacidad de cooperación, la percepción de sí mismos y de los demás, la ideación paranoide, trastornos de personalidad (Bueno et al., 2001; Matas et al., 1992), comportamiento violento, altos grados de hostilidad (Hamberger et al., 2000), y los efectos secundarios (Keck et al., 1996).

El tipo de terapia proporcionada por el terapeuta

Edlund et al. (2002) señalaron que los pacientes tratados con terapia combinada (tera-

pia psicológica y farmacológica) mostraron una mayor adherencia.

Otros autores, comparando la adherencia en diferentes formas de psicoterapia, hallaron que en aquellas terapias en las cuales el paciente sabe en el inicio el número de sesiones y la fecha en la que va terminar el tratamiento (psicoterapia de tiempo limitado), el abandono fue aproximadamente la mitad que en la modalidad de ausencia de duración específica (psicoterapia de final abierto) (Sledge et al., 1990; Galperin, 1994).

Sin embargo, no existe unanimidad en este aspecto. Considerando la efectividad como una aproximación indirecta de la adherencia, cabe resaltar que según el National Institute of Mental Health (2004), “ninguna psicoterapia aisladamente es capaz de ofrecer tratamiento efectivo para todo el rango de dificultades que experimentan las personas con problemas de salud mental, y no existen diferencias muy significativas entre los distintos modelos de psicoterapia”.

La persona del terapeuta

Se han investigado variables como el estatus del terapeuta (terapeutas de plantilla y terapeutas en formación) (Sledge et al., 1990), la profesión de facultativo (psicólogos o psiquiatras) (Bueno et al., 2001), la experiencia profesional (Burlingame et al., 1989). Sin embargo, los resultados no han sido concluyentes en qué variables fomentan más la adherencia.

Independientemente de los aspectos previos, existe acuerdo en que determinadas características relacionadas con el terapeuta son básicas para conseguir una mejor adherencia terapéutica, como la capacidad para escuchar, una actitud flexible, habilidades para inspirar confianza y atender a las necesidades emocionales y afectivas (Freire, 1990). Otros aspectos

básicos son la habilidad para establecer una buena relación terapéutica, la capacidad para generar expectativas de cambio, y el acierto al elegir una buena técnica e implementarla de forma competente (Duncan y Miller, 2000).

La alianza terapéutica

De todas las variables estudiadas del proceso terapéutico que puedan predecir la adherencia y el resultado la más eficaz es la alianza terapéutica (Horvath y Symonds, 1991). Freud, en su trabajo de 1912 “*La dinámica de la transferencia*”, planteó “la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que lo más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista”. Carl Rogers postulaba que el terapeuta para establecer una relación afectiva debería tener tres características fundamentales: “ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente”.

Bordin (1979) definió la alianza como amoldamiento y colaboración entre cliente y terapeuta y propuso tres componentes esenciales:

- Acuerdo entre terapeuta y paciente sobre las metas de la terapia.
- Acuerdo sobre las tareas necesarias para conseguir esas metas.
- Creación de un vínculo afectivo entre terapeuta y paciente para sobrellevar el cambio.

La alianza terapéutica es un factor significativo tanto en la terapia individual, como grupal y en la terapia familiar (Pinsof, 1994). Las percepciones de los pacientes sobre la alianza terapéutica en las primeras fases del tratamiento, juegan una especial relevancia como predictores del resultado final del trata-

miento. Aunque es significativa la relación entre la alianza medida en etapas tardías y el cambio del cliente, se ha visto que dichos cambios son más pequeños. Estos resultados revelan que el desarrollo de una relación terapeuta-paciente positiva, puede ser crítica en la etapa inicial de la terapia y para corregirla, que “sería importante para los terapeutas atender desde muy cerca la relación que desarrollan con sus pacientes y evaluar regularmente su calidad” (Horvath y Symonds, 1991).

Cuando se trabaja con un formato de terapia familiar se puede dar una alianza “partida” o “dividida”, es decir, la alianza entre los miembros de la familia puede no ser homogénea, esto es, el terapeuta de pareja o de familia debe establecer y mantener alianzas múltiples y unos pueden aliarse más intensamente que otros con el terapeuta.

A pesar de la importancia atribuida a la relación terapéutica, hay que considerar que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (Bordin, 1979).

Se han señalado una serie de aspectos básicos que intervienen en la relación terapéutica (Friedlander et al., 2005).

1. *Enganche en el Proceso Terapéutico*: “El cliente le ve sentido al tratamiento, se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta, los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, tomarse en serio el proceso es importante, el cambio es posible”.
2. *Conexión Emocional con el Terapeuta*: “El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; Sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, in-

terés y sentido de pertenencia; Al terapeuta le importa de verdad y que “está ahí” para el cliente, de que el cliente y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes”.

3. *Seguridad dentro del sistema terapéutico*: “El cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; Sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva”.

4. *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia*: Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; Sentido de solidaridad en relación con la terapia (“estamos juntos en esto”), de que valoran el tiempo que comparten en la terapia; Esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia

El sistema sanitario

El sistema sanitario es una variable relevante que puede facilitar o entorpecer la adherencia. Los mensajes del sistema, muchas veces, son muy contradictorios. Por un lado, adopta una postura muy protectora y paternalista asumiendo la responsabilidad total de que estemos sanos y como gestora de la enfermedad, restando responsabilidad de la gestión de la enfermedad a los propios enfermos. Por otro lado la saturación y bloqueo de los servicios conlleva una postura defensiva sea del sistema, sea de los profesionales, con listas de espera largas, intervalos muy largos entre cita y cita, tiempos cortos de atención y costes sanitarios muy altos.

Se ha señalado la relación entre el tiempo de espera para la cita inicial y el no acudir a ella (De las Cuevas et al., 1996). Una espera corta (inferior a 14 días) no afecta a la tasa de no acudir, mientras que periodos de espera más largos incrementan la tasa de no asistencia (Hillis et al., 1993).

Otra variable que influye en la adherencia es la información que se da al paciente, referente al diagnóstico, conocimiento de su propia enfermedad, riesgos y ventajas de la adherencia. La información debe ser precisa, concreta, clara, y adaptada al nivel cultural del paciente.

¿QUE HACER PARA MEJORAR LA ADHERENCIA?

Un pilar básico donde asentar las estrategias para la mejora de la adherencia es el conocimiento por parte del terapeuta de que la no adherencia es un problema altamente prevalente, con consecuencias negativas para la evolución del paciente, y los factores relacionados con una baja adherencia, que han sido expuestos previamente.

Por otra parte, la identificación de los factores asociados a la no adherencia permite a los clínicos la identificación de los factores de riesgo para una no adherencia potencial, o de los factores causales de la no adherencia ya presente. Esta identificación permitirá el abordaje de tales factores, con resultados presumiblemente positivos en cuanto a la adherencia.

Por último, el clínico debe realizar siempre una valoración individualizada del paciente, ya que cada caso concreto requerirá estrategias y acciones específicas.

Dada la importancia nuclear de la relación terapéutica, como aspecto común al conjunto de los pacientes, las estrategias que se expo-

nen a continuación son aquellas relacionadas con la interacción paciente-terapeuta.

- Tanto el terapeuta como el paciente antes de iniciar la terapia parten de una serie de presupuestos relacionados con la “escuela o modelo teórico” que les lleva a definir:

- Lo que es un problema.
- El porqué un problema es un problema.
- Qué hay que hacer para que el problema deje de ser un problema.
- Cuando el problema ya no es un problema.

Existen otras variables no menos importantes como las variables socio-culturales, los valores y creencias individuales y la tradición de la institución. El terapeuta debe estar atento a los “prejuicios” de la teoría y a sus propios “prejuicios”.

- La entrevista, igual que la terapia, sucede dentro de un proceso, que tiene sus fases y cada fase implica unos contenidos, que se resumen en la Fig.3. El terapeuta debe ser una persona muy entrenada en las habilidades y técnicas de entrevista, un experto en el manejo de técnicas de cambio y relación terapéutica, con altas expectativas de solución de problemas con el fin último de potenciar los recursos de aquellos que consultan.

- La interacción con los pacientes debería tener como principios:

- Escuchar antes de hablar.
- Aceptar los puntos de vista de los pacientes.
- Cooperar desde la “complementariedad”.
- Elogiar en vez de criticar y juzgar.
- Mostrarse respetuoso con la vida de los pacientes.
- La interacción debe estar al servicio de los objetivos.

Fig.3



- Los objetivos los deciden los pacientes y deben ser precisos, concretos, claros y que se puedan lograr. El terapeuta debe redefinir los objetivos, cuando los expuestos por el paciente son imposibles de conseguir, no son legítimos, o resultan confusos.

- Estrategias posibles para aumentar la motivación:

- Practicando la empatía: Un estilo empático que implique comprender y escuchar reflexivamente está asociado con bajos niveles de resistencia de los pacientes y con un cambio de conducta.
- Ofreciendo consejo: Identificando claramente el problema, explicar porqué el cambio es importante y recomendar un cambio específico.
- Ofreciendo Alternativas: El terapeuta debe ayudar a las personas a sentir su libertad (responsabilidad) de una elección personal entre enfoques diferentes.

- Eliminando Obstáculos: Procurar los medios disponibles para minimizar la influencia de las barreras al tratamiento, como la distancia hasta el centro, las dificultades económicas y otros aspectos concretos (cuidados de los niños, etc).

- Disminuyendo la deseabilidad: El terapeuta debe ayudar al paciente a aumentar las razones del cambio frente al status quo, "minar" la deseabilidad de la conducta disfuncional y ayudarle a identificar los incentivos para persistir en la conducta presente.

- Ofreciendo un Feedback: Si uno no sabe dónde se encuentra, le será difícil planificar cómo llegar a algún lugar. Una tarea motivacional importante del terapeuta es, la de proporcionar un feedback sobre la situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos.

- Ofreciendo ayuda activa: El terapeuta debe estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio de su paciente.

- *Las técnicas deben tener como objetivo:*
- Cambiar el síntoma y el tipo de interacción con el contexto.
- Que perciba el síntoma de otra forma.
- Que el cliente se vea como agente de su propio cambio.
- Que el cliente se vea como un recurso y competente.

- *Evaluación de la relación terapéutica en la entrevista y proceso terapéutico.*

A lo largo de este artículo hemos expuesto la importancia de la alianza terapéutica en la literatura científica. Además de procurarla, es importante su evaluación durante el proceso. Se han realizado trabajos en los que se ofrece una metodología de evaluación de la misma a lo largo de la entrevista y durante todo el proceso terapéutico. Se han propuesto cuatro dimensiones de análisis: Enganche en el Proceso Terapéutico; Conexión Emocional con el Terapeuta; Seguridad dentro del sistema terapéutico; Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia (Friedlander et al., 2005).

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, la adherencia a la psicoterapia es un tema muy relevante, al igual que en las ciencias médicas. La psicoterapia es un modelo de tratamiento cada vez más generalizado en los sistemas sanitarios públicos. En el campo de la psicoterapia “conviven” distintos enfoques teóricos, epistemologías diferentes, con visiones distintas de los problemas humanos y formas de abordarlos psicológicamente y muchas veces con dificultades de comunicación entre ellos. Sin embargo, independientemente de la orientación, entre los objetivos básicos y comunes de todo tipo de psicoterapia se incluyen el logro de la efectividad, y la adherencia. Cualquier paciente con abandono de la terapia debe hacernos reflexionar y cuestionarnos: ¿Por qué no siguió el paciente el tratamiento?, ¿qué factores han influido?, ¿qué intervenciones no se efectuaron y debieron realizarse?, ¿qué resultados se hubieran logrado de haber mostrado el paciente una buena adherencia? Las respuestas sólo pueden obtenerse desde la impresión clínica, la reflexión y la investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Altamura A, Malhi G.** Compliance in major psychoses. *Int J Psychol Clin Pract* 2000;4:81–82.
- Altice FL, Friedland FH.** The era of adherence to HIV therapy. *Ann Intern Med* 1998; 129: 503-505.
- Bachman R.** Better compliance: physicians making it happen. *Am Fam Physician* 1993; 48: 171-718.
- Bordin ES.** The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. En: *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1979; 16(3): 252-260.
- Bueno A, Córdoba JA, Escolar A, Carmona J, Rodríguez C.** El abandono terapéutico. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29: 33-40.
- Burlingame G, Fuhrman A, Paul S, Ogles B.** Implementing a time-limited therapy program: differential effects of training and experience. *Psychotherapy* 1989; 26: 303-313.
- De las Cuevas C, Zereck E, Dominguez A, Rouriño R, Winter G, Dominguez P, et al.** Cumplimiento con las citas concertadas. *Psiquis* 1996; 17: 457-464.
- Duncan BL, Miller SD (eds).** The heroic client. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.
- Edlund MJ, Wamg PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC.** Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 2002; 159: (5) 845- 851.
- Eysenck HJ.** The effects of Psychotherapy: An Evaluation. *J Consult Psychol* 1952; 16: 319-324.
- Freire B.** Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1986; 6: 23-42.
- Freire B.** Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1990; 10: 221-227.
- Friedlander ML, Escudero V, Heatherington L, Deihl L, Field N, Lehman P, et al.** Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o) Manual de Entrenamiento (Revisado 2005).
- Gaebel W.** Towards the improvement of compliance: the significance of psychoeducation and new antipsychotic drugs. *Int Clin Psychopharmacol* 1997 Feb;12 Suppl 1:S37-42.
- Galperin, J.** Cómo entender la adherencia a tratamientos. *Medifam* 1994; 4: 213-216.
- García I, Sánchez EI, Sanz M, Gutiérrez M, Gonzalez M.** Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27: 211-216.
- Hamberger L, Lohr J, Gottlieb M.** Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification* 2000; 24(4): 528-552.
- Levenson H, Butler S, & Bein E.** Brief psychodynamic individual psychotherapy. En: Hales R, Yudofsky SC & Talbot J (Eds.). *Textbook of Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2002.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL (eds).** Compliance in Health Care. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979.
- Hillis GD, Eagles A, Eagles J.** Premature termination of psychiatric contact. *Int J Soc Psychiatry* 1993; 39: 100-107
- Horvath AO, Symonds BD.** Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Counsel Psychol* 1991; 38: 139-149.
- Keck P, McElroy S, Strakowski SM, Stanton S, Kizer D, Balistreri T, et al.** Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 292-297.
- Kemp R, David A.** Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996; 169:

444-450.

Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En: Garfield SL, Bergin AE (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley; 1986. p. 157-212.

Lambert MJ, Anderson EM. Assessment for the time-limited psychotherapies. Annual Review of Psychiatry 1996; 15: 23-47.

Masur FT. Adherence to health care regimens. En: Prokop CK, Bradley LA (eds). Medical psychology. Contributions to Behavioral Medicine. Academic Press; 1981; 441-470.

Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of the noncompliant patient: a thirty month review of outpatient psychiatry referrals. Gen Hosp Psychiat 1992; 14: 124-130.

Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. Escape from Babel: toward a unifying language for psychotherapy practice. New York: Norton & Company; 1997.

Morlino M, Martucci G, Musella V, Bolzan M, de Girolamo G, Patients dropping out of treatment in Italy. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 1-6.

Mosher-Ashley PM. Therapy termination and persistence patterns of elderly clients in a community mental health center. Gerontologist 1994; 34: 180-189.

Nicholson IR. Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professional. Hosp Commun Psychiat 1994; 45: 276-278.

Olfson M, Pincus AP. Outpatient psychotherapy in the United States, II: Patterns of utilization. Am J Psychiatry 1994; 151(9):1289-94.

Pinsof WM. An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En: Horvath AO, Greenberg LS (eds.). The working alliance: Theory, research, and practice. New York: Wiley; 1994. p. 173-195.

Presley J.H. The clinical drop-out: a view from the client's perspective
Social Casework 1987; 603-608.

Roberts H. Neurotic patients who terminate their own treatment. Br J Psychiatry 1985, 146: 442-445.

Swett C, Noones J. Factors associated with premature termination from outpatient treatment. Hosp Commun Psychiat 1989; 40: 947-951.

Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine M. Effect on time-limited psychotherapy on patient dropout rates. Am J Psychiatry 1990; 147: 1341-1347.

Sparr L, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who stays away? Am J Psychiatry 1993; 150: 801-805.

Dirección Postal:

José Pereira Miragaia

C/ Real del Castillo, 152

Hospital Juan Carlos I - 5.ª Planta

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio de Salud Mental.

35004 - Las Palmas de Gran Canaria

correo electrónico: jpermir@gobiernodecanarias.org

Métodos de evaluación de la Adherencia

Methods of assessing Adherence

Francisco Javier Acosta Artiles

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud.

José Luis Hernández Fleta

Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud.

José Pereira Miragaia

Psicólogo. Servicio de Salud Mental.

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio Canario de la Salud..

RESUMEN

El incumplimiento es un problema altamente prevalente. Sin embargo, con frecuencia no es identificado correctamente. Una evaluación correcta de la adherencia es un paso fundamental para la adecuada evaluación de la efectividad del tratamiento, y la adopción de estrategias para mejorar la adherencia. Existen métodos directos e indirectos. Los métodos basados en lo referido por el paciente y en la impresión clínica son los más utilizados, pero también los de validez más cuestionable. Los métodos de monitorización electrónica mediante dispositivo MEMS (Medication Event Monitoring System) son el estándar de referencia, pero debido a su alto coste no pueden ser usados en la práctica clínica habitual. La elección del método dependerá del objetivo, la validez del método y su disponibilidad. La combinación de métodos de evaluación puede ser útil para mejorar la validez de la estimación global y está especialmente recomendada en investigación.

Palabras clave: *adherencia, incumplimiento, cumplimiento, métodos de evaluación, escalas psicométricas, monitorización electrónica.*

INTRODUCCIÓN

El incumplimiento es un fenómeno muy frecuente en Medicina. Se han señalado altas tasas en las diferentes enfermedades somáti-

ABSTRACT

Noncompliance is a highly prevalent phenomenon. However, frequently it is poorly identified. An adequate assessment of adherence is a basic step previous to the evaluation of the efficacy of any treatment, and the development of strategies aimed to improve adherence. There exist direct and indirect methods. Methods that rely on what the patient relates and/or estimation by the clinician are the most widely used, but their validity is doubtful. Electronic monitoring methods, as MEMS (Medication Event Monitoring System) are the reference standard, but they are expensive and can not be used in clinical settings as a routine method. Election of the most suitable method depends on the objective, its validity and availability. The combination of assessment methods can be useful to improve the validity of the global estimation, and it is specially recommended in research.

Keywords: *adherence, noncompliance, compliance, assessment methods, psychometric scales, electronic monitoring.*

cas (Kripalani et al., 2007) y en los trastornos mentales (Julius et al., 2009). Aunque éstas varían entre los diferentes estudios, en ambos tipos de enfermedades oscila entre el 20-70% (Julius et al., 2009). En la esquizofrenia las

tasas se sitúan entre el 40-50%, y en el trastorno bipolar hasta el 65% (Osterberg & Blaschke, 2005).

Por otra parte, está claramente establecida la relación entre el incumplimiento y consecuencias de tipo psicopatológico (Lacro et al., 2002; Kane, 2007), conductual (Burton, 2005), riesgo suicida (Hawton et al., 2005), ingresos hospitalarios (Rittmannsberger et al., 2004), peor pronóstico (Tacchi & Scott, 2005) y mayores costes sociosanitarios (Gilmer et al., 2004).

La evaluación de la adherencia es un aspecto fundamental para la práctica clínica y la investigación. En la práctica clínica, de hecho, la evaluación del cumplimiento debe ser el primer factor a considerar ante una ausencia de respuesta terapéutica (Salvador & Melgarejo, 2002). El conocimiento de un incumplimiento evita al clínico el error de atribuir el empeoramiento clínico con una falta de eficacia del medicamento (Farmer, 1999). La identificación del incumplimiento implica la necesidad de búsqueda de estrategias para mejorarlo, tras evaluar de forma individualizada los factores de riesgo asociados al mismo y los motivos aludidos por el paciente. En investigación, resulta necesario el uso de métodos de evaluación del incumplimiento válidos, que permitan una adecuada fiabilidad de los hallazgos y conclusiones, una homogeneidad en los métodos de medida utilizados, y disponer de un método de referencia frente al cual comparar la validez de otros métodos. Además, los resultados de los ensayos clínicos no pueden ser interpretados correctamente sin una información sobre el cumplimiento (Farmer, 1999).

Aunque se han estudiado múltiples métodos para evaluar el incumplimiento, no existe ninguno que pueda ser considerado como el 'gold standard' (Farmer, 1999).

Otro aspecto fundamental para la investigación además del método es la definición del incumplimiento. Desgraciadamente no existe unanimidad en este sentido, en cuanto a los criterios para su evaluación, o cuándo debe ser considerado clínicamente relevante (Velligan et al., 2006; Kikkert et al., 2008). Frente a las clasificaciones dicotómicas de 'adherencia' vs. 'no adherencia', en estudios recientes se tiende a considerar el cumplimiento como un espectro de conducta que va desde el paciente que no toma ninguna medicación, pasando por el paciente parcialmente adherente, y llegando hasta el paciente completamente cumplidor (Julius et al., 2009). Otro aspecto de controversia es la definición del umbral porcentual de tiempo que el paciente sigue el tratamiento, para considerarlo como cumplidor o incumplidor. Según qué tipo de enfermedad y tratamiento se esté evaluando, el criterio del porcentaje necesario para considerar a un paciente cumplidor puede variar. Mientras que algunos estudios han utilizado umbrales del 75-80%, otros han usado criterios más estrictos estableciéndolo en el 95% (Julius et al., 2009; Osterberg & Blaschke, 2005). En el caso de la esquizofrenia, Lacro et al. (2002) recomendaron la definición del cumplimiento como 'la toma de la medicación tal cual fue prescrita al menos el 75% del tiempo', si bien en un reciente consenso de expertos se ha recomendado un punto de corte del 80% (Velligan et al., 2009).

Sin embargo, dado que estos porcentajes han sido establecidos de una forma arbitraria, que éste umbral podría ser diferente para los diferentes psicofármacos, y que impide la homogeneidad en los criterios de los estudios, algunos autores han propuesto que el cumplimiento se evalúe como una variable continua, ofreciendo datos porcentuales del mismo (Velligan et al., 2006; Kikkert et al., 2008).

Dado que la diferencia conceptual entre cumplimiento y adherencia es mínima, in-

cluyendo en ésta última el aspecto de la aceptación de mutuo acuerdo entre médico y paciente, en este texto se usarán indistintamente ambos términos, ya que se describirán las evidencias sobre los diferentes métodos de evaluación sin hacer juicios de valor sobre la actitud de los pacientes respecto a sus tratamientos.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Clasificación de los métodos de evaluación

Los métodos de evaluación del cumplimiento habitualmente se han clasificado como ‘directos’ e ‘indirectos’. También se han clasificado como ‘objetivos’ y ‘subjetivos’ (Sajatovic et al., 2010) y como ‘cuantitativos’ y ‘cualitativos’ (Farmer, 1999).

Los *métodos de evaluación directos* son aquellos que ofrecen pruebas de que el paciente ha tomado la medicación: detección del fármaco o su metabolito en el organismo (generalmente sangre u orina), detección de un marcador biológico que se da con el fármaco (o con el placebo), y la observación directa del paciente.

Los *métodos indirectos* son aquellos que no ofrecen pruebas concluyentes, e incluyen la referencia del paciente (que puede ser evaluada mediante el interrogatorio directo o mediante escalas psicométricas), el recuento de pastillas, la revisión de los registros de las farmacias, y el uso de dispositivos de monitorización electrónica (Farmer, 1999; NICE, 2009).

Los *métodos objetivos* son aquellos métodos cuantitativos, como el recuento de pastillas, revisión de los registros de las farmacias, los dispositivos de monitorización electrónica y la detección del fármaco en el organismo.

Los *métodos subjetivos* son los obtenidos de lo referido por el paciente en una entrevista o la puntuación por un entrevistador (Sajatovic et al., 2010).

En la Tabla 1 figuran los principales métodos de evaluación según la clasificación más habitual.

Sin embargo, no hay que equiparar necesariamente el que un método sea directo y/o objetivo con una mayor precisión y/o validez del método, ya que todos los métodos cuentan con ventajas e inconvenientes (Farmer, 1999; Osterberg & Blaschke, 2005).

La elección del método de evaluación dependerá del objetivo específico y de los recursos disponibles. La mayoría de los métodos utilizados son indirectos (Farmer, 1999). Es recomendable que los estudios de investigación incluyan al menos dos medidas de la adherencia, siendo una de ellas un método directo u objetivo (Velligan et al., 2006).

La exactitud de un método de evaluación se determina mediante el cálculo de la sensibilidad y especificidad del método en comparación con un método ‘estándar de referencia’. La sensibilidad y especificidad son los porcentajes de pacientes cumplidores e incumplidores que son identificados como tales, respectivamente (Farmer, 1999).

La determinación de la validez de un método mediante este procedimiento tiene también sus inconvenientes. Además de la controversia en cuanto a la definición del incumplimiento y el punto de corte utilizado para definir a un paciente como incumplidor, la validez de los métodos estándar de referencia no está garantizada. Así, el recuento de pastillas fue previamente este estándar de referencia, cuando actualmente se sabe que su nivel de exactitud no es superior al de otros métodos (Farmer, 1999).

Aunque el método gold standard sería la observación directa y continua del paciente, esta observación continua durante las 24 horas del día no es realizable (Sajatovic et al., 2010).

Además de la evaluación del incumplimiento en sí mismo, otros métodos evalúan las actitudes y aspectos subjetivos del paciente. Habitualmente evalúan aspectos directamente relacionados con el incumplimiento, como la conciencia de enfermedad y las actitudes frente a la medicación (Sajatovic et al., 2010). Por último, existen otros métodos indirectos que no evalúan el cumplimiento en sí mismo, sino las consecuencias derivadas del cumplimiento o incumplimiento: en esta categoría se incluye la exploración de los efectos adversos, el control del efecto clínico y de la asistencia a las citas (Salvador & Melgarejo, 2002).

Observación directa

Aunque la observación directa sería el método gold standard, su realización continua no es factible (Sajatovic et al., 2010) y no está exento de limitaciones, ya que incluso frente a personal especializado en Unidades de internamiento hospitalarias, los pacientes pueden fingir tragar la medicación y expulsarla cuando no son observados (Farmer, 1999). Además, interfiere en la deseable relación de confianza y autonomía del paciente (Bobes et al., 2007).

Determinación de niveles del fármaco

Para algunos medicamentos es posible realizar determinaciones de sus niveles o de sus metabolitos a partir de las muestras de sangre, orina, saliva, piel o pelo del paciente (Salvador & Melgarejo, 2002; Sajatovic et al., 2010).

La detección del fármaco ofrece la seguridad sobre la toma reciente del fármaco, pero no asegura que exista cumplimiento, ni su ausencia el incumplimiento (Farmer, 1999). En este sentido, al dar cuenta de las tomas más recientes, puede sobreestimarse el cumplimiento si el paciente cumple más con las tomas previas a las visitas (Salvador & Melgarejo, 2002), sea por el recuerdo del tratamiento a través de éstas, o de forma intencionada para encubrir un incumplimiento. Por otra parte, en general los niveles no pueden ofrecer una orientación fiable sobre lo adecuado de las tomas (como en el caso de los antipsicóticos y los antidepresivos de segunda generación), ya que se ven influidos por múltiples factores, como la metabolización hepática, las interacciones medicamentosas o errores de laboratorio (Farmer, 1999; Sajatovic et al., 2010). En estos casos sólo son válidos para saber si un determinado medicamento se ha tomado, más que cuánto se ha tomado (Sajatovic et al., 2010).

Por último, resulta un método de alto coste, dificultad de ejecución, y con tiempo de demora entre la petición clínica y la obtención de resultados (Salvador & Melgarejo, 2002).

En general estos métodos se reservan para el medio hospitalario, salvo en el caso de tratamientos en los que está recomendado en la práctica clínica (por ejemplo, algunos anticomieles, litio, y antidepresivos tricíclicos, en el caso de la psiquiatría). En estos casos, las determinaciones periódicas pueden dar una idea del cumplimiento global del paciente (Osterberg & Blaschke, 2005), además de contribuir a reforzar la alianza terapéutica y la adherencia (Salvador & Melgarejo, 2002).

Existen diferentes marcadores biológicos no tóxicos y fácilmente detectables que pueden ser añadidos a fármacos o al placebo. Habitualmente se usan en ensayos clínicos, y

tienen las mismas características que lo descrito para la determinación de niveles de un fármaco (Farmer, 1999).

La pregunta al paciente

Las preguntas pueden ser directas o indirectas. La pregunta directa es el método más utilizado en la clínica. Ha mostrado tener una baja sensibilidad pero alta especificidad. Así, el 95% de los pacientes que admitieron tomar menos del 80% del tratamiento dijeron la verdad, mientras que sólo el 37% de los que refirieron tomarlo adecuadamente, efectivamente tenían un buen cumplimiento (Sackett et al., 1994). Los motivos para esta baja sensibilidad pueden ser los sesgos recuerdo, de discapacidad social (Sajatovic et al., 2010), la sintomatología psicótica (Bobes et al., 2007) o simplemente el engaño. Las preguntas indirectas pueden ser métodos efectivos. Una de las técnicas es formular la pregunta sobre el incumplimiento de forma impersonal (Salvador & Melgarejo, 2002). Por el contrario, las preguntas que incluyen un componente de culpabilidad tienden a sesgar las respuestas de los pacientes (Farmer, 1999). Es recomendable cambiar la forma de preguntar al paciente sobre el incumplimiento, y hacerlo de una forma empática (Farmer, 1999). Un ejemplo de una pregunta impersonal y que excluya la culpa al paciente podría ser: “Sé que debe ser difícil tomar toda su medicación con regularidad. ¿Con qué frecuencia se olvida de tomarlas?” (Osterberg & Blaschke, 2005). Las preguntas sobre el cumplimiento deben especificar un marco temporal determinado para aumentar la precisión de la respuesta (NICE, 2009).

Las ventajas de la pregunta al paciente son que resulta el método más sencillo, rápido y sin coste, las preguntas estandarizadas se pueden usar fácilmente en el ámbito clínico, identifica al incumplimiento como tal en los pacientes que lo refieren, y permite identificar

factores relacionados con el incumplimiento, así como los patrones del mismo (NICE, 2009).

Sin embargo, tiene varios inconvenientes. Los pacientes sobreestiman su cumplimiento (NICE, 2009), con lo que la pregunta al paciente en general no resulta un método fiable (Farmer, 1999). En un estudio sobre enfermedad coronaria, Straka et al. (1997) hallaron que la media de cumplimiento del tratamiento según los diarios de los pacientes fue del 71%, frente al 55% hallado con MEMS. También se ha hallado una sobreestimación del cumplimiento por parte de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en estudios que han utilizado el mismo dispositivo (Byerly et al., 2007 b; Acosta et al., 2009). Sin embargo, diversos factores pueden influir en el grado de fiabilidad que se pueda obtener, como la alianza terapéutica, la destreza del entrevistador, la forma en que se realiza la pregunta, y la fiabilidad del paciente (Farmer, 1999).

Algunos autores han tratado de superar los defectos de los métodos basados en la entrevista y referencia del paciente, desarrollando preguntas estandarizadas en cuestionarios para evaluar el cumplimiento (Farmer, 1999). En una revisión se concluyó que éstos, y el diario del cumplimiento por parte del paciente, eran más concordantes con otros métodos de evaluación, que las preguntas sobre el cumplimiento en el contexto de la entrevista clínica (Garber et al., 2004).

La pregunta al familiar

La información proporcionada por el familiar o persona allegada puede ser muy importante, especialmente en ciertos trastornos mentales en los que el paciente no tiene conciencia de enfermedad. Conviene elegir al familiar o persona allegada que pueda dar la información más fiable. En estudios sobre pa-

cientes con esquizofrenia también se ha hallado una sobreestimación del cumplimiento por parte de los familiares (Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009).

El juicio clínico

La impresión clínica del cumplimiento está influenciada principalmente por lo referido por el paciente (Osterberg & Blaschke, 2005) y la familia, el curso evolutivo, pero también con la concepción del médico sobre el fenómeno del incumplimiento. Así, como primer paso esencial, el clínico debe ser consciente de que el incumplimiento es un fenómeno frecuente, y que la mayoría de los pacientes son incumplidores en alguna ocasión al menos (NICE, 2009).

El cumplimiento auto-comunicado por el paciente es el más utilizado pero también el menos válido (Sajatovic et al., 2010). Mientras que la referencia de cumplimiento por el paciente suele estar influida por diversos factores y no es exacta globalmente considerada, la referencia de incumplimiento sí suele serlo (Sajatovic et al., 2010).

En estudios recientes sobre pacientes con esquizofrenia, la impresión subjetiva del psiquiatra ha mostrado una validez superior que lo comunicado por el paciente (Acosta et al., 2009), una alta capacidad para la identificación de los pacientes cumplidores, pero deficiente para identificar a los incumplidores (Byerly et al., 2005; Hui et al., 2006; Acosta et al., 2009). Se ha hallado que existe una sobreestimación del cumplimiento por parte del psiquiatra (Byerly et al., 2005; Byerly et al., 2007 b; Remington et al., 2007; Velligan et al., 2006; Acosta et al., 2009).

Recuento de comprimidos

El recuento de comprimidos consiste en contar el número de comprimidos que restan

en un envase, y calcular el cumplimiento a partir de los datos de comprimidos del envase, pauta indicada y fecha de la prescripción o reposición. Aunque este método se usa con frecuencia en estudios de investigación y en la práctica clínica debido a su simplicidad y bajo coste, no es un buen método (Osterberg & Blaschke, 2005). Tiene numerosos inconvenientes, como por ejemplo, que es fácilmente manipulable por el paciente, por lo que sobrevalora el cumplimiento, y que no aporta información sobre el patrón del incumplimiento ni los motivos del mismo (Farmer, 1999). Puede ser útil en el contexto de visitas domiciliarias no programadas (Sajatovic et al., 2010).

Registros de las farmacias

Las farmacias pueden ser un elemento de recuerdo y registro del cumplimiento del tratamiento a través de las nuevas dispensaciones periódicas a los pacientes. Sin embargo, para que los datos de éstas sean fiables, deben existir en todo el territorio en el que el paciente pueda acudir a la farmacia, ser completos, e incluir todas las prescripciones (Farmer, 1999). Estos registros pueden ser especialmente útiles además para la administración y la industria farmacéutica, al proporcionar datos numéricos sobre las prescripciones de nuevos tratamientos, su discontinuación, y datos globales sobre la adherencia a la medicación (Nogués et al., 2007). En España el registro existente permite conocer las prescripciones de fármacos, pero no sobre el cumplimiento (Nogués et al., 2007). En cualquier caso, en base a la ley de protección de datos y confidencialidad no podría extraerse tal información (Nogués et al., 2007) a menos que el paciente preste su consentimiento expreso.

La monitorización electrónica

Los dispositivos de monitorización electrónica son en botes donde se deposita la medi-

cación, que tienen en su tapa un microprocesador que registra la fecha y hora exacta de cada apertura. El más utilizado es el dispositivo MEMS (Medication Event Monitoring System ([MEMS®], Aprex Corp., Fremont, Calif.).

La monitorización electrónica es muy eficaz para detectar el incumplimiento, ya que detecta periodos de ausencia de señal correspondientes al mismo (Byerly et al., 2005). Los datos del dispositivo MEMS han mostrado tener una buena consistencia interna y fiabilidad test-retest (Nakonezny et al., 2008). Es el método más preciso, permitiendo la evaluación de los patrones de incumplimiento (Farmer, 1999). Sin embargo, desgraciadamente muy pocos estudios han utilizado esta posibilidad de estudiar y reflejar los diferentes patrones, que se han relacionado con implicaciones en la evolución clínica, y se ciñen habitualmente a la valoración del cumplimiento vs. incumplimiento (Sajatovic et al., 2010).

Además permite la identificación de pacientes con incumplimiento encubierto. Así, en un estudio se halló que el 14% de los pacientes utilizaron el dispositivo más de 100 veces en las 3 horas previas a la visita médica para encubrir un incumplimiento previo (Rand et al., 1992).

Como inconvenientes, es caro (Farmer, 1999) y puede haber sobreestimación del cumplimiento (Byerly et al., 2005; Nakonezny & Byerly, 2006) ya que la apertura del dispositivo no asegura que se haya producido la toma del fármaco o la dosis correcta (Remington et al., 2007). Por otra parte, existe el riesgo de que el paciente saque la medicación y la ponga en otro lugar, o que tome al mismo tiempo la medicación a partir de otros envases (Osterberg & Blaschke, 2005). Por ejemplo, los pacientes que trabajan pueden preferir llevarse la medicación corres-

pondiente en pequeños pastilleros, produciendo en este caso una infraestimación del cumplimiento (Sajatovic et al., 2010). Si el paciente es hospitalizado deben excluirse los datos de tales días (Sajatovic et al., 2010).

Es el método considerado en la actualidad como el estándar de referencia para la evaluación del cumplimiento (Byerly et al., 2007 a; Farmer, 1999). Sin embargo hasta la actualidad se ha utilizado en pocos estudios en el campo de la salud mental.

Las escalas psicométricas

Existen múltiples instrumentos de evaluación psicométrica desarrollados para la evaluación del cumplimiento. Algunas escalas se han desarrollado específicamente para su uso en determinadas poblaciones, como por ejemplo, los pacientes con esquizofrenia.

Las escalas de evaluación del cumplimiento pueden clasificarse básicamente según el objeto de su evaluación: las conductas y las actitudes (Sajatovic et al., 2010). Esto es, el cumplimiento en sí mismo, o bien las actitudes hacia la medicación. Este aspecto está influenciado por otros factores, como la conciencia de enfermedad. Este segundo grupo de escalas ofrecen una valoración indirecta del incumplimiento (Bobes et al., 2007) y son complementarias con las del primer grupo (Sajatovic et al., 2010). Aunque se expondrán en diferentes apartados, algunas escalas incluyen la valoración de ambas esferas. Hay que tener en cuenta que las conductas y actitudes no siempre son concordantes. Así, puede haber mala actitud frente a la medicación pero no tomarla, y buena actitud ante la misma pero tomarla (por ejemplo, en aquellos pacientes con incumplimiento involuntario por déficit cognitivos). Conviene estudiar ambas esferas en los estudios sobre incumplimiento (Sajatovic et al., 2010).

La actitud ante la medicación puede ser definida a través de una afirmación explícita del paciente que lo sitúe en un gusto o disgusto por la toma de la medicación (Sajatovic et al., 2010). Estas actitudes son multidimensionales, de forma que pueden existir actitudes contradictorias en el paciente en un mismo momento (Sajatovic et al., 2010), como cambiar a lo largo del tiempo.

Recientemente se ha señalado una escasa correlación entre diversas escalas para la evaluación del cumplimiento, lo que puede explicar la heterogeneidad de los hallazgos (Kikkert et al., 2008).

Escalas de evaluación del cumplimiento

Las escalas de evaluación del cumplimiento pueden basarse en lo referido por el paciente en forma de cuestionarios auto-administrados, o bien tomar como referencia lo referido por el paciente pero administrarse por el clínico.

Estas escalas pueden evaluar dos constructos: el cumplimiento en la actualidad (p. ej., “¿cuántas veces olvidó usted la medicación en la última semana?”), y la valoración general del mismo (p. ej., “tomo la medicación como me es prescrita” con respuestas que abarquen desde “completamente en desacuerdo” hasta “completamente de acuerdo”) (Sajatovic et al., 2010).

Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett

Este cuestionario sigue los principios descritos de utilizar una pregunta indirecta, y evitando la culpabilización del paciente. En una primera fase se evita el interrogatorio sobre la toma de medicación, buscando un ambiente distendido. El test se compone de dos preguntas, una referida a la dificultad para el cumpli-

miento, y otra a los comprimidos olvidados en el último mes: “La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos. ¿Tiene alguna dificultad para tomar las pastillas?”, y “¿cuántas pastillas ha olvidado en el último mes?” (Rodríguez et al., 2008).

Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o Morisky Adherence Scale

Esta escala (Morisky et al., 1986) inicialmente se desarrolló para evaluar el cumplimiento en pacientes con hipertensión arterial, pero se ha aplicado a diversas enfermedades, incluyendo diversos trastornos mentales, como la depresión, trastorno bipolar y la esquizofrenia. Es el cuestionario de tipo auto-referido más utilizado, y ha sido validado en su versión española (Val et al. 1992). Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica Sí/No, que deben realizarse entremezcladas con el resto de la entrevista clínica en un ambiente distendido. Las preguntas son: “¿Se olvida usted alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”, “¿es descuidado con el horario de la medicación?”, “¿cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?” y “¿si alguna vez le sientan mal, ¿deja usted de tomarlas?” (Val et al., 1992). Ha mostrado buena validez y fiabilidad. Requiere 5 minutos para su administración. Tiene el inconveniente de no tener definido un marco temporal para las preguntas, lo que dificulta las evaluaciones repetidas (Sajatovic et al., 2010), además de no distinguir entre los dos constructos previamente descritos.

Brief Adherence Rating Scale (BARS)

La escala BARS (Byerly et al., 2008) es una escala recientemente desarrollada para su aplicación en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, y la única de las de-

sarrolladas para un trastorno mental, cuya validez se ha evaluado tomando como referencia el dispositivo MEMS. Ha mostrado buena validez y fiabilidad (Byerly et al., 2008). Consta de 4 ítems, siendo tres de ellas preguntas, y la última una escala analógica visual en la que el paciente marca la proporción de dosis del fármaco que ha tomado en el último mes (0-100%). Las tres preguntas son relativas al número de tomas al día (1), número de días, en el último mes, que el paciente no hizo las tomas prescritas (2), y número de días en el último mes que el paciente hizo menos tomas de las prescritas (3). Salvo el último ítem, es administrada por el clínico. Requiere 5 minutos para su administración (Sajatovic et al., 2010).

Tablets Routine Questionnaire (TRQ)

Este instrumento fue desarrollado para la evaluación del cumplimiento en pacientes con trastorno bipolar. Tiene 10 ítems, es administrado por el clínico, y requiere 10-15 minutos para su administración. Combina la evaluación del cumplimiento con la de las barreras o dificultades para el mismo. Ha mostrado buena fiabilidad, y una alta correlación con los niveles de litio (Sajatovic et al., 2010).

Escalas de evaluación de actitudes frente a la medicación

Estas escalas abarcan tres dominios: la respuesta subjetiva a la medicación, la conciencia de enfermedad, e influencias sobre la adherencia (Sajatovic et al., 2010).

Existen diversos factores que pueden afectar a la validez de las actitudes referidas por el paciente respecto a la medicación, como determinados síntomas (como los delirios paranoides), la deseabilidad social y el estigma. Para reducir la influencia de éstos, se ha reco-

mendado la utilización de entrevistas simplificadas, la evaluación en estabilidad o con síntomas mínimos, y evitar administrar evaluaciones estigmatizantes (por ejemplo, una escala de evaluación de síntomas) cuando se evalúe el cumplimiento (Sajatovic et al., 2010).

Dado que un objetivo básico de la evaluación del incumplimiento es la identificación de los factores modificables asociados al mismo, la evaluación de las actitudes frente a la medicación resulta de importante ayuda para este fin (Sajatovic et al., 2010).

Drug Attitude Inventory (DAI)

La escala DAI (Hogan et al., 1983) es una escala desarrollada para su aplicación en pacientes con esquizofrenia, si bien se ha utilizado en diversos trastornos psiquiátricos (Sajatovic et al., 2010). Ha sido ampliamente utilizada. Evalúa actitudes, creencias y sentimientos en relación a la toma de medicación, así como el efecto subjetivo de los antipsicóticos y conciencia de enfermedad (Sajatovic et al., 2010). Concretamente, abarca 7 factores: experiencia subjetiva positiva (p.ej., “La medicación hace que me sienta más relajado/a”), experiencia subjetiva negativa (p.ej., “Me siento raro/a, como un zombi con la medicación”), modelo de salud y enfermedad (p.ej., “Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a”), locus de control en el paciente vs. locus de control en el médico (p.ej., “Tomo medicación por decisión mía”), prevención (p.ej., “Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo”) y preocupación por el daño (p.ej., “Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones”) (Gottlieb et al., 2010).

Es autoadministrada, con respuestas dicotómicas Verdadero / Falso. La versión inicial consta de 30 ítems, pero se desarrolló poste-

riormente una versión de 10 ítems, más utilizada. Esta versión requiere 5-10 minutos para su administración (Sajatovic et al., 2010). La versión de 30 ítems es excesivamente larga (Rodríguez et al., 2008). Ambas versiones tienen el inconveniente de que requieren un buen nivel sociocultural para su comprensión y que no evalúa las motivaciones para tomar o rechazar la medicación (Rodríguez et al., 2008). Los ítems puntúan como +1 ó -1. Su resultado es categórico; así, una puntuación positiva se interpreta como 'adherencia', y la negativa como 'no adherencia'. Su validez se estableció comparando sus resultados con el juicio clínico (Pomykacz et al., 2007). No está clara la correlación adecuada entre los resultados de la escala y la adherencia actual o futura (Sajatovic et al., 2010). Puede ser útil para identificar y abordar aspectos concretos de la actitud frente a la medicación del paciente (Gottlieb et al., 2010). Existe una versión validada en español (Robles et al., 2004).

Rating of Medication Influences (ROMI)

La escala ROMI (Weiden et al., 1994) evalúa los aspectos de la motivación para la toma o rechazo de la medicación, no evaluados por la DAI (Rodríguez et al., 2008). Fue desarrollada para los pacientes con trastornos psiquiátricos, especialmente para aquellos con esquizofrenia (Sajatovic et al., 2010).

Está basada en el modelo de creencias sobre la salud, revisión de la literatura, opinión de expertos, y el feedback de los pacientes (Sajatovic et al., 2010). Se divide en dos subescalas que evalúan los motivos para el cumplimiento y los motivos para el incumplimiento. Consta de 20 ítems, y es administrada por el clínico. Requiere 10-15 minutos para su administración (Sajatovic et al., 2010). Ha mostrado buena validez y fiabilidad, y una correlación moderada con la DAI

(Sajatovic et al., 2010). Como inconvenientes, resulta larga y requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión (Rodríguez et al., 2008). Existe una versión española (Rodríguez et al., 2008). Se ha recomendado especialmente su uso cuando se quieran analizar los factores psicosociales y ambientales relacionados con el cumplimiento o incumplimiento (Bobes et al., 2007).

Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (BEMIB)

La escala BEMIB (Dolder et al., 2004), al igual que la ROMI, está basada en el modelo de creencias sobre la salud. Se desarrolló para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. A diferencia del resto de las escalas, que evalúan el cumplimiento de los fármacos psicotrópicos de una forma más general, esta escala evalúa de forma específica el cumplimiento de los antipsicóticos (Pomykacz et al., 2007). Tiene 8 ítems que puntúan según una escala de Likert de cinco puntos según el grado de acuerdo con la sentencia, y es autoadministrada. Requiere 5-10 minutos para su administración (Sajatovic et al., 2010). Evalúa 5 dominios: beneficios del tratamiento (mejoría de síntomas y reducción de riesgo de hospitalización), riesgos de la enfermedad (conciencia de la necesidad de tratamiento), inconvenientes del tratamiento (efectos secundarios, dificultades para conseguirla), barreras al tratamiento (recordar tomarlo, falta de apoyo familiar o de cuidador) y estrategias de recuerdo de la toma de medicación (por ejemplo, pastilleros, calendarios, etc) (Dolder et al., 2004). Al igual que la DAI, su resultado es categórico: la presencia de al menos una respuesta con una puntuación de 1 ó 2 indica incumplimiento (Pomykacz et al., 2007).

Ha mostrado alta sensibilidad y especificidad (Pomykacz et al., 2007), buena validez y fiabilidad (Sajatovic et al., 2010).

Medication Adherence Rating Scale (MARS)

La escala MARS (Thompson et al., 2000) deriva de las escalas DAI y MAQ, y fue inicialmente desarrollada para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis. Tiene una estructura de tres factores, y evalúa tanto comportamiento sobre el cumplimiento (un factor), como las actitudes frente a la medicación (dos factores). Tiene 10 ítems y es autoadministrada. Requiere 5-10 minutos para su administración (Sajatovic et al., 2010). Al igual que la escala DAI, las respuestas a las sentencias son dicotómicas, en este caso, con Sí / No. Como en la DAI, las respuestas afirmativas no siempre son indicativas de un buen cumplimiento o buena actitud, por lo que es necesaria la interpretación de los resultados (Pomykacz et al., 2007). La puntuación oscila entre 0 y 10. Su resultado es continuo, de forma que una puntuación mayor indica mejor adherencia. Se desconoce el punto de corte a partir del cual discrimine mejor entre los cumplidores e incumplidores (Pomykacz et al., 2007).

Tiene buena fiabilidad, pero su validez ha sido moderada-débil, y se ha señalado que la puntuación del factor 1 (cumplimiento en sí mismo) podría ser preferible a la puntuación global de la escala (Fialko et al., 2008). Se ha usado también en otras enfermedades no psiquiátricas, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. También requiere un buen nivel sociocultural para su comprensión (Rodríguez et al., 2008).

Personal Evaluation of Transitions in Treatment (PETiT)

Esta escala (Voruganti & Awad, 2002) fue desarrollada para su administración a pacientes con esquizofrenia. Evalúa aquellos resultados de evolución que teóricamente son mediadores entre los resultados de evolución

cercanos (p.ej., mejoría sintomática, efectos adversos) y lejanos (p.ej., mejoría en funcionalidad social y ocupacional) (Pomykacz et al., 2007). Evalúa la respuesta subjetiva a los antipsicóticos, la adherencia, tolerabilidad y el impacto del tratamiento en la calidad de vida (Bobes et al., 2007). Fue diseñada para ser sensible a los cambios a lo largo de la evolución. Es autoadministrada. Tiene 30 ítems con sentencias que pueden ser respondidos como 'frecuentemente', 'en ocasiones' o 'nunca'. Los resultados se interpretan como negativos, neutrales o positivos para la adherencia, y puntúan como 0,1 ó 2 puntos respectivamente. El resultado ofrece un valor continuo; la puntuación total oscila entre 0 (la menor adherencia) y 60 (la mayor adherencia). Ha mostrado una excelente fiabilidad, y las puntuaciones bajas se han correlacionado con el incumplimiento (Pomykacz et al., 2007).

Adherence Barrier Survey (ASK-20)

La escala ASK-20 fue desarrollada a partir de la evaluación de más de 600 pacientes con depresión, diabetes o asma que respondieron sobre los factores que representan barreras para la toma de la medicación. Consta de 20 ítems con respuesta dicotómica. Es autoadministrada. Requiere 10-15 minutos para su administración (Sajatovic et al., 2010). Los autores hallaron una buena fiabilidad y validez, pero dado que el método de referencia fue el cumplimiento auto-referido, señalan que sería conveniente contrastar la validez de la misma con otros métodos de evaluación más objetivos (Hahn et al., 2008). También está por dilucidar su validez en otras poblaciones psiquiátricas (Sajatovic et al., 2010).

CONCLUSIONES

El incumplimiento es frecuentemente un problema no identificado. La evaluación del

cumplimiento es fundamental para poder juzgar los efectos del tratamiento, tanto en la práctica clínica como en investigación. Su identificación implica la adopción de estrategias encaminadas a su mejora. Aunque en la actualidad ningún método puede ser considerado como el gold standard para la evaluación del incumplimiento en todos los entornos, el dispositivo MEMS es el método estándar de referencia. La elección del método de evaluación del

cumplimiento dependerá de los objetivos (sean de la práctica clínica o de un estudio), la muestra y la disponibilidad de los mismos. Dado que todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes, la combinación de métodos complementarios es recomendable y puede maximizar la precisión de la evaluación.

Tabla 1. Métodos de evaluación del cumplimiento

Directos	Indirectos
- Niveles del fármaco o metabolitos - Observación directa	<i>Objetivos</i>
	- Recuento de comprimidos - Monitorización electrónica - Registros de farmacias
	<i>Subjetivos</i>
	- Escalas psicométricas - Pregunta al paciente - Pregunta al familiar - Juicio clínico

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T.** Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS®) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res* 2009; 107: 213-217.
- Bobes J, García C, Bulbena A.** Medición de la adherencia en la esquizofrenia. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 85-94.
- Burton SC.** Strategies for improving adherence to second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia by increasing ease of use. *J Psychiatr Pract* 2005 Nov;11(6):369-78.
- Byerly M, Fisher R, Whatley K, Holland R, Varghese R, Carmody T, et al.** A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005;133 (2-3):129-33.
- Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E.** Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007 a;30 (3):437-452.
- Byerly MJ, Thompson A, Carmody T, Bugno R, Erwin T, Kashner M, Rush AJ.** Validity of electronically monitored medication adherence and conventional adherence measures in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2007 b; 58:844-847.
- Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ.** The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2008;100:60-9.
- Dolder CR, Lacro JP, Warren KA, Golshan S, Perkins DO, Jeste DV.** Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:404-9.
- Farmer KC.** Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 1999; 21:1074-1090.
- Fialko L, Garetya P, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, et al.** A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res* 2008; 100:53-59
- Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB.** The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care* 2004; 42(7):649-652.
- Gilmer TP, Dolder DR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, García P, et al.** Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161 (4):692-699.
- Gottlieb JD, Fan X, Goff DC. Rating Scales in Schizophrenia.** En: Baer L, Blais MA, eds. *Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*. Boston: Humana Press; 2010. p. 209-238.
- Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health*
- Hahn SR, Park J, Skinner EP, Yu-Isenberg KS, Weaver MB, Crawford B, Flowers PW.** Development of the ASK-20 adherence barrier survey. *Curr Med Res Opin* 2008;24(7):2127-38.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J.** Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005;187: 9-20.
- Hogan TP, Awad AG, Eastwood R.** A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983;13:177-83.
- Hui C, Chen E, Kan CS, Yip KC, Law CW, Chiu C.** Anti-psychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong-Kong. *Keio J Med* 2006;55 (1):9-14.
- Julius RJ, Novitsky MA, Dubin, WR.** Medication Adherence: A Review of the Literature and Implications for Clinical Practice. *J Psychiatr Pract* 2009;15:34-44.
- Kane JM.** Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS Spectr* 2007;12 (10 Suppl 17):21-26.
- Kripalani S, Yao X, Haynes B.** Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med* 2007;167:540-550.

Kikkert MJ, Barbui C, Koeter MW, David AS, Leese M, Tansella M, et al. Assessment of medication adherence in patients with schizophrenia. The Achilles Heel of adherence research. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:274–281.

Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63 (10):892-909.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24:67–74.

Nakonezny PA, Byerly MJ. Electronically monitored adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A comparison of first- vs. second-generation antipsychotics. *Schizophr Res* 2006;82:107-114.

Nakonezny P, Byerly M, Rush AJ. Electronic monitoring of antipsychotic medication adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: An empirical evaluation of its reliability and predictive validity. *Psychiatry Res* 2008; 157:259–263.

NICE. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. **NICE Clinical Guideline 76**; January 2009.

Nogués X, Sorli M, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna* 2007;24(3):138-141.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.

Pomykacz B, Mao M, Weiss RD, Teter CJ. A Review of Brief Medication-Adherence Instruments Used in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:259–263.

Rand CS, Wise RA, Nides M, Simmons MS, Bleeker ER, Kusek JW, et al. Metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. *Am Rev Respir Dis* 1992 Dec;146(6):1559-64.

Remington G, Kwon J, Collins A, Laporte D, Mann S, Christensen B. The use of electronic monitoring (MEMS®) to evaluate antipsychotic compliance in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;90 (1-3):229-237.

Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 2004;55 (2):174-179.

Robles R, Salazar V, Paez F, Ramirez F. Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32:138–42.

Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7.

Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clásica. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1994.

Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res* 2010; en prensa.

Salvador L, Melgarejo M. ¿Cómo puede evaluarse el cumplimiento? En: Salvador L, Melgarejo M (eds.). Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI. Barcelona: Ars Médica; 2002. p. 61-68.

Straka RJ, Fish JT, Benson SR, Suh JT. Patient self-reporting of compliance does not correspond with electronic monitoring: an evaluation using isosorbide dinitrate as a model drug. *Pharmacotherapy* 1997 Jan-Feb;17(1):126-32.

Tacchi MJ, Scott J. The cost and consequences of inadequate treatment. In: Tacchi MJ, Scott J, editors. Improving adherence in schizophrenia and bipolar disorders. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005. p 9-15.

Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000;42:241–7.

Val A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria* 1992;10: 767-70.

Velligan DI, Lam YW, Glahn DC, Barrett JA, Maples NJ, Ereshefsky L, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2006;32 (4):724-742.

Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. 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

Voruganti L, Awad AG. Personal evaluation of transitions in treatment (PETIT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drug therapy in schizophrenia. Schizophr Res 2002; 56:37-46.

Weiden PJ, Rapkin B, Mott T, et al. Rating of Medication Influences (ROMI) scale in schizophrenia. Schizophr Bull 1994;20:297-310.

Dirección Postal:

Francisco Javier Acosta Artilles

C/ Real del Castillo, 152

Hospital Juan Carlos I - 5.ª Planta

Dirección General de Programas Asistenciales.

Servicio de Salud Mental.

35004 - Las Palmas de Gran Canaria

correo electrónico: facourt@gobiernodecanarias.org

Estrategias de intervención para mejorar la Adherencia

Intervention strategies to improve Adherence

Enrique Hernández Reina

*Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Servicio Canario de la Salud.*

Francisco Javier Acosta Artiles

*Psiquiatra. Servicio de Salud Mental.
Dirección General de Programas Asistenciales.
Servicio Canario de la Salud.*

José Luis Hernández Fleita

*Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental.
Dirección General de Programas Asistenciales.
Servicio Canario de la Salud.*

RESUMEN

La no adherencia es un fenómeno altamente prevalente, que potencialmente implica problemas importantes en la evolución. Ha habido un avance considerable en los tratamientos psicofarmacológicos, pero no en la mejora de la adherencia. En este artículo se revisan las principales estrategias de intervención para mejorar la adherencia, y la efectividad que han mostrado. Esta evidencia disponible es importante a la hora de la implementación de intervenciones, pero el clínico siempre debe realizar una evaluación individualizada del paciente que incluya el grado de adherencia, los factores de riesgo para el incumplimiento, y las estrategias de intervención más adecuadas. Las estrategias de intervención pueden ser poblacionales o individuales. Dentro de las individuales, existen estrategias dirigidas al paciente, su entorno, el tratamiento, y al propio clínico. La identificación de los factores asociados al incumplimiento, y una buena relación terapéutica, son pilares básicos para las intervenciones de mejora de la adherencia.

Palabras clave: adherencia, incumplimiento, cumplimiento, estrategias de intervención.

INTRODUCCION

El cumplimiento se ha definido como 'el grado en que la conducta de un paciente, en

RESUMEN

Non adherence is a high prevalent issue, which usually involves important outcome problems. There has been a marked improvement on psychopharmacological treatment, but not on adherence to treatments. In this article we review the principal intervention strategies aimed at improve adherence, and its effectiveness. This evidence is important for the clinician for the election of intervention strategies, but the individual clinical profile must also be taken into account (level of adherence, risk factors for noncompliance, and the more suitable intervention strategies). Intervention strategies can be population or individual based. Individual strategies comprise those focused on the patient, his/her environment, treatment, and the clinician. The identification of risk factors associated to noncompliance, and a good therapeutic alliance, are essential to develop intervention strategies with success.

Palabras clave: adherence, noncompliance, compliance, intervention strategies.

relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sani-

tario' (Haynes, 1979), mientras que la adherencia incluye además en su definición el aspecto del mutuo acuerdo entre paciente y médico o personal sanitario (Barofsky, 1978; NCCSDO, 2005).

En el presente texto se hará una revisión de las estrategias de intervención dirigidas a la mejora de la adherencia desde una perspectiva general; esto es, tanto de las enfermedades médicas en su conjunto, como de los trastornos mentales globalmente considerados, si bien se aportarán también datos relativos a algunos trastornos mentales específicos, haciendo mención a ello.

El incumplimiento es un fenómeno frecuente en la actualidad. Los grandes avances en los tratamientos farmacológicos no han sido secundados por mejoras significativas en el cumplimiento de los pacientes. Aunque las cifras han sido variables según los estudios realizados sobre diversas enfermedades médicas, se estima que se produce en un 20 – 50% de los pacientes (Kripalani et al., 2007).

Existen múltiples factores asociados al incumplimiento: relacionados con el fármaco, la enfermedad, el paciente, su entorno, el médico y la relación médico – paciente. En el caso de los trastornos mentales la propia enfermedad puede representar un papel importante, debido a la alta prevalencia de deficiente conciencia de enfermedad, negación, o incluso anosognosia, como se ha postulado (Amador, 2008; David, 1990).

El incumplimiento implica consecuencias clínicas potencialmente graves. En el caso de los trastornos mentales, también existe un riesgo de trastornos conductuales y riesgo suicida (Kane, 1985; Kane, 2007). Por su parte, otras consecuencias incluyen el empeoramiento de la psicopatología, las recaídas agudas con ensombrecimiento del pronóstico.

Otras repercusiones incluyen el deterioro de las relaciones sociales y familiares, del rendimiento laboral y disminución de la calidad de vida (Lacro et al., 2002). En la práctica clínica se observa una mayor dificultad para la consecución de la remisión clínica tras las discontinuaciones del tratamiento.

Por otra parte, implica unos altos costes sanitarios (Gilmer et al., 2004; Thieda et al., 2003; Weiden & Olfson, 1995). La implementación de estrategias adecuadas podría mejorar la adherencia, y por tanto, prevenir tales consecuencias (Kane, 2007).

Por último, implica problemas médico – legales, especialmente en los trastornos psicóticos. Desgraciadamente, aunque admitamos la voluntariedad del tratamiento, el derecho del paciente a no medicarse y la conveniencia de incorporar al paciente a nuestras prescripciones, dentro de los pacientes afectados de trastornos mentales, existe un grupo no despreciable que son refractarios a todo tipo de abordajes, y que por la gravedad de su enfermedad y ausencia marcada y crónica de conciencia de enfermedad, no son susceptibles de aceptar un tratamiento voluntario. Sería conveniente disponer de instrumentos legales tutelados por los estamentos jurídicos, para dar respuesta a esta problemática, que permita llevar acabo el seguimiento y la prescripción obligatoria de fármacos, para aquellos pacientes graves que pongan en grave riesgo su salud y la de los demás.

Por tanto, es evidente que la mejora de la adherencia en los pacientes es uno de los grandes retos de la medicina en la actualidad, para conseguir una mejora en diversos aspectos como la reducción de la mortalidad, el aumento de las remisiones clínicas, y la mejora de la funcionalidad y calidad de vida.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las estrategias de intervención pueden ser de tipo poblacional o de tipo individual, según el objeto de su intervención. Las estrategias individuales son las que tienen más interés para el clínico.

En una reciente revisión sistemática sobre la efectividad de las intervenciones en los trastornos médicos crónicos se ha establecido que en 20 de los 37 ensayos evaluados se produjo una mejoría significativa en al menos una medida de adherencia, y en 11 hubo mejorías de las medidas de resultado, si bien de magnitud muy variable y no consistentemente relacionados con los cambios en la adherencia (Kripalani et al., 2007).

En otra revisión sistemática, 36 de las 81 intervenciones a largo plazo se asociaron con mejoras en la adherencia, pero sólo 25 causaron una mejora en al menos una medida de resultado de tratamiento, concluyendo los autores que las intervenciones a largo plazo que requieren intervenciones complejas no han sido muy eficaces. Las intervenciones sencillas a corto plazo mostraron eficacia, pero sin consistencia entre los estudios (Haynes et al., 2008). Dado que las intervenciones más complejas han producido mejorías moderadas en la adherencia, los resultados hasta la actualidad no han sido negativos pero sí decepcionantes en cierto modo (Sluijs et al., 2006).

Desgraciadamente la calidad del conjunto de la literatura es baja en torno al estudio de la efectividad de estas intervenciones en problemas médicos (incluyendo los trastornos mentales). Ha habido heterogeneidad en los diseños de los estudios, la población estudiada, medidas de la adherencia, medidas clínicas de resultado y seguimiento (Kripalani et al., 2007).

En un meta análisis sobre la efectividad de las intervenciones clínicas en los servicios psiquiátricos comunitarios para reducir el incumplimiento en pacientes con trastornos psicóticos, se concluyó estas intervenciones resultan útiles. Las intervenciones realizadas fueron programas psicoeducativos en su mayoría, dirigidos a pacientes y/o familiares, intervenciones psicoterapéuticas, llamadas telefónicas y otros programas (Nosé et al., 2003).

Estrategias poblacionales

Estas estrategias son las realizadas desde la autoridad (sanitaria, profesional o docente) cuyo objetivo son los grupos poblacionales de menor o mayor dimensión. Sus objetivos pueden incluir a los pacientes o al personal sanitario. Si bien este tipo de intervenciones puede producir cierto beneficio inicial, debe complementarse con otras estrategias de refuerzo de tipo individual (Roca-Cusachs, 2001).

En la línea de este tipo de intervenciones poblacionales, recientemente se ha señalado el beneficio en la adherencia tras la intervención sobre la población a partir de programas poblacionales con intervención mediada por los farmacéuticos en Australia (Aslani & Krass, 2009). En otros países no se han desarrollado estos programas mediados por las farmacias, pero se entiende como una necesidad y como proyectos a realizar de cara al futuro; tal es el caso de Suecia (Södergård, 2008).

Estrategias individuales

Dado que las causas incumplimiento son multifactoriales (Kane, 1985) es preciso identificar los factores de riesgo asociados al mismo para poder prevenirlo (Lacro et al., 2002).

En la práctica clínica diaria, las estrategias de intervención estarán directamente rela-

cionadas con la evaluación previa de los factores de riesgo para un incumplimiento potencial, o los factores asociados a un incumplimiento sospechado o constatado. Este proceso debe ser continuo a lo largo de todo el proceso diagnóstico y terapéutico. Ante un incumplimiento habrá que evaluar los problemas relacionados con éste, y ante una adherencia adecuada, será conveniente realizar un refuerzo positivo, asociando el estado o datos clínicos a su esfuerzo, y felicitar y animar a continuar en la misma línea (Salvador & Melgarejo, 2002).

Al igual que la clasificación de los factores de riesgo (Oehl et al., 2000; Fleischhacker et al., 2003), podemos clasificar las estrategias de intervención para la mejora de la adherencia como relacionadas con el paciente, el entorno, el médico y el tratamiento. Aunque se describirán de forma separada por motivos de claridad, lo ideal es utilizar diversas tipos de estrategia de forma combinada (Orueta, 2005). De hecho, la mayoría de las estrategias que han mostrado eficacia, han utilizado combinaciones de intervenciones conductuales, refuerzos, aumento de cuidados, psicoeducación y supervisión (Osterberg & Blaschke, 2005). Sin embargo, la técnica de simplificación del tratamiento por sí sola ha resultado eficaz para mejorar la adherencia (Van Dulmen et al., 2007).

Estrategias dirigidas al paciente

Las estrategias dirigidas al paciente deben ser individualizadas, y no existe ninguna universal aplicable a todos los pacientes (NICE, 2009). Por una parte, en el contexto de la individualización, una estrategia básica es la identificación de los factores de riesgo para el incumplimiento del paciente concreto, y realizar intervenciones dirigidas a modificarlos (Julius et al., 2009).

En este sentido, uno de los pasos básicos para la mejora de la adherencia consistirá en el abordaje de aquellos factores de riesgo para el incumplimiento que tengan que ver con la enfermedad. Tales factores de riesgo pueden variar según el trastorno mental. Por ejemplo, en la esquizofrenia será conveniente la mejora del insight en aquellos pacientes con deficiente insight y abandonos del tratamiento o negativa al mismo en relación a este aspecto psicopatológico (Acosta et al., 2009).

En la línea de la evaluación de los factores asociados al incumplimiento está la evaluación del tipo de incumplimiento que presenta el paciente, si es intencional, debido a las creencias del paciente sobre su enfermedad o sobre el tratamiento, o no intencional, relacionado con déficits cognitivos que incluyan alteraciones en la memoria, función ejecutiva, y dificultades de comprensión, o bien por problemas como carencia de medios económicos o accesibilidad al tratamiento.

En líneas generales, se recomienda valorar siempre y de forma periódica las creencias y preocupaciones del paciente sobre el tratamiento (NICE, 2009), así como su motivación para la toma de medicación y tratar de mejorarla si es deficiente (Julius et al., 2009). Para combatir las creencias erróneas sobre el tratamiento, se debe ofrecer la información adecuada y de forma repetida si es necesario (NICE, 2009). La psicoeducación individual o grupal es una de las intervenciones más realizadas en los trastornos mentales (Julius et al., 2009). En los trastornos psicóticos, por sí sola no parece aumentar la adherencia (Zygmunt et al., 2002; Dolder et al., 2003).

El abordaje terapéutico del médico debería realizarse desde un marco psicoterapéutico y no desde un campo restringido a lo

psicofarmacológico e impersonal. Aunque es un aspecto básico para todos los pacientes, en ciertos pacientes, como aquellos con trastornos de la personalidad, el vínculo y la transferencia se ve dificultado, con lo que es especialmente necesario este abordaje psicoterapéutico. En otros pacientes la dificultad viene dada por una ausencia de demanda clara o actitudes de pasividad y resistencia al cambio. Trabajar con los que “no quieren trabajar” es tarea ardua y para ello habrá que estar atentos a los momentos en que una demanda pueda articularse. Será en el momento de una ‘crisis’, a menudo depresiva, en que el paciente quiera vincularse con otra persona; momento fecundo en el que podrá, tal vez, iniciar una relación terapéutica.

La terapia cognitivo – conductual puede utilizarse para identificar y modificar aquellos pensamientos automáticos distorsionados relacionados con la medicación, y ayudar al paciente a establecer la relación entre la mejoría y salud global con la adherencia al tratamiento (Julius et al., 2009). Otras aproximaciones incluyen la entrevista motivacional (Julius et al., 2009) y la terapia del cumplimiento (Kane, 2007).

En los pacientes con déficit de memoria u otros déficit cognitivos el médico debería exponer en primer lugar los aspectos más importantes del tratamiento, enfatizarlos, presentar la información de forma esquemática, usar enunciados concretos y no excesivos, preguntar al paciente si ha comprendido su tratamiento, y pedirle que lo repita. Además, es importante enseñar a utilizar estrategias de recuerdo externas, y hacer coincidir la toma de lo prescrito con las actividades propias de los hábitos diarios (Salvador & Melgarejo, 2002). Los dispositivos con múltiples compartimentos para depositar la medicación del día o la semana pueden ser

útiles (NICE, 2009). Existen diferentes estrategias de recuerdo, como las llamadas de teléfono, envío de emails, SMS y las visitas domiciliarias (NICE, 2009).

Estrategias dirigidas al entorno del paciente

Se ha hallado que las personas que viven solas presentan un peor cumplimiento que aquéllas que viven acompañadas (Sherbourne et al., 1992). La familia y cuidadores pueden ser un elemento clave en para la mejora de la adherencia. Se ha recomendado animar a éstos a implicarse en los tratamientos de sus familiares enfermos, estando al corriente de los nombres de los fármacos, dosis, así como efectos adversos (Julius et al., 2009; NICE, 2009). Este aspecto parece especialmente necesario en los pacientes con trastornos mentales, debido a la alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas que dificultan la adherencia, como el deficiente insight, los déficit cognitivos, la apatía y la desesperanza. Sin embargo, aquellos familiares con actitudes negativas hacia los tratamientos y/o concepciones erróneas sobre la naturaleza del trastorno mental de su familiar, pueden representar una barrera para la adherencia (Sher et al., 2005).

Por otra parte, tanto familiares como cuidadores pueden ser fundamentales para una detección temprana del incumplimiento (Kane, 2007).

En los trastornos psicóticos las intervenciones psicosociales (intervenciones psicoeducativas, entrenamiento en habilidades, terapia de grupo, tratamientos cognitivos, técnicas de modificación de conducta y combinaciones de las mismas) en general se han mostrado ineficaces cuando se han centrado sólo en los pacientes (Byerly et al., 2007), mientras que cuando han sido complejas e

intensivas (p.ej., tratamiento comunitario asertivo), o han incluido a familiares, se han hallado beneficios, sobre todo si han sido prolongadas en el tiempo y usaron combinaciones de estrategias (Dolder et al., 2003; Byerly et al., 2007). Asimismo se ha hallado un mantenimiento del efecto beneficioso hasta 2 años más tarde (Pitschel-Walz et al., 2006).

El entorno asistencial también puede influir, de modo que un entorno agradable, sin barreras que dificulten la asistencia (sin saturación, poco tiempo de espera, cercanía, etc), y un médico empático y accesible, son elementos que favorecen la adherencia (Salvador & Melgarejo, 2002).

Estrategias dirigidas al médico

Desde la perspectiva de que un problema no se puede solucionar si no se concibe como tal, se ha señalado que el primer paso para poder reducir el incumplimiento es el reconocimiento por parte del médico de que es un problema importante que afecta a la mayoría de los pacientes, y no a una minoría (Kane, 2007).

Es recomendable la cooperación multidisciplinar entre los diversos colectivos implicados en el abordaje terapéutico del paciente. Psiquiatras, psicólogos, enfermería, atención primaria, e incluso personal no sanitario entrenados para ello (por ejemplo, cuidadores y educadores), deben participar en el consenso terapéutico de un programa multidisciplinar (Salvador & Melgarejo, 2002).

Se han establecido una serie de recomendaciones generales de cara a la práctica clínica (NICE, 2009; Julius et al., 2009):

- Establecimiento de buena alianza terapéutica.

- Dedicar tiempo durante las entrevistas para valorar específicamente la adherencia, de una forma no crítica.

- Realizar una comunicación efectiva, utilizando los medios necesarios para que el paciente entienda la información sobre el trastorno y los posibles tratamientos.

- Permitir que el paciente se implique en las decisiones relativas a su tratamiento, y aceptar que tiene derecho a no tomar una medicación, siempre que tenga la capacidad de ello y se le haya proporcionado la información suficiente.

La *alianza terapéutica* es probablemente el factor que más unánimemente se señala en las publicaciones sobre el abordaje del incumplimiento.

Esta ha sido definida como la capacidad de un paciente de colaborar productivamente con el terapeuta, porque es percibido como un profesional que presta ayuda, con buenas intenciones (Gabbard, 2005).

Si no hay alianza terapéutica entre el clínico y el paciente difícilmente existirá una adecuada adherencia. Como se ha señalado, es probable que sea el elemento más importante para conseguir la adherencia (Gabbard, 2005). Sin embargo, ha sido infravalorada en la investigación (Julius et al., 2009). Esta alianza terapéutica no sólo debe incluir al clínico y al paciente, sino que es conveniente que abarque también al equipo terapéutico y a la familia y/o cuidadores.

Algunos aspectos básicos para conseguir una buena alianza terapéutica son:

- No culpabilizar. El paciente es víctima de su enfermedad, y el incumplimiento puede ser en muchos casos, manifestación o síntoma de ésta. Además, conviene recordar que frecuentemente los clínicos

no nos adherimos a los protocolos diagnósticos o terapéuticos establecidos por expertos o instituciones (Orueta, 2005).

- Individualizar cada intervención. Cada paciente tiene sus particularidades individuales, incluyendo los factores asociados al incumplimiento, su historia personal, aspectos psicológicos y rasgos de personalidad, por lo que las estrategias que no tengan en cuenta éstas particularidades, tendrán alto riesgo de fracaso (Orueta, 2005).

- El acuerdo con el paciente. El establecimiento de una estrategia terapéutica individualizada en la que el paciente sea partícipe, hace que esta sea aceptada como propia por el paciente y disminuye las tasas de abandono (Gabbard, 2005, Julius et al., 2009; Lacro et al., 2002). La transferencia sigue siendo “el motor de la cura”. Cuando los pacientes son capaces de reconocer los problemas que tienen para seguir el tratamiento, responden mejor a las medidas que se pongan en marcha para solucionarlos (Orueta, 2005).

Aunque cada relación terapeuta – paciente es diferente, de modo orientativo se ha señalado que si después de 6 meses no se ha establecido una buena alianza terapéutica, convendría reevaluar el abordaje terapéutico (Frank & Gunderson, 1990). La alianza terapéutica puede requerir más tiempo en el caso de los pacientes con esquizofrenia (Julius et al., 2009).

La empatía es un aspecto muy importante en para conseguir una adecuada alianza terapéutica. La escucha activa (asociada a contacto visual, postura y ausencia de interrupciones verbales) y la buena habilidad para hacer preguntas son elementos básicos para lograr una buena empatía. Se requiere además una capacidad intrínseca y motivación para atender a la experiencia emo-

cional de otros (Salvador & Melgarejo, 2002).

El *tiempo dedicado en las entrevistas al cumplimiento terapéutico*, puede repercutir favorablemente en el establecimiento del vínculo terapéutico, la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento. Al indagar sobre el posible incumplimiento, es recomendable evitar preguntas concretas como ‘si se toma o no el tratamiento’. Es mejor referirse a un periodo de tiempo específico; por ejemplo: “¿En la ultima semana se ha olvidado alguna vez de tomar el tratamiento?” (NICE, 2009). Se debe procurar que el paciente se sienta cómodo en la entrevista para aumentar la fiabilidad de sus respuestas y favorecer que reconozca un incumplimiento. Conviene explicar por qué hacemos las preguntas y recordar los beneficios de la medicación y los inconvenientes de no tomarla (NICE, 2009).

En cuanto a la comunicación efectiva, la información debe ser oral y escrita u oral, y recordándola con frecuencia.

Debe aclararse y recordar al paciente que la medicación no tiene un fin solamente sintomático, sino derivado de un trastorno que requiere un tratamiento, siendo necesario el cumplimiento con continuidad para lograr la respuesta, la remisión, el mantenimiento de la misma y la prevención de recaídas (NICE, 2009). Por su parte, debe aclararse qué puede procurar la medicación y qué está fuera de su alcance, ya que muchos pacientes pueden tener expectativas no realistas respecto al tratamiento farmacológico, y tender al abandono al no producirse (Kane, 2007).

La información aportada al paciente sobre su pauta de tratamiento debe ser clara, veraz, objetiva y con lenguaje en términos sencillos y comprensibles para cualquier persona sin conocimientos médicos. Deberá estar adap-

tada a la capacidad de cada paciente, a sus deseos y reacciones emocionales.

En este sentido, sería recomendable que los prospectos de los medicamentos fueran más sencillos, con letra fácilmente legible, indicando qué es el fármaco, destacando los efectos terapéuticos deseados y por qué es necesario tomarlo, mostrando los efectos secundarios en orden de gravedad y frecuencia, de forma rigurosa pero sin alarmismos. Además, convendría que ofrecieran la información en varios idiomas (NICE 2009).

En cuanto a la actitud del médico que permita la implicación del paciente, resulta un aspecto básico para una mejora de la adherencia, ya que las posturas autoritarias o coercitivas favorecen más los abandonos (Julius et al., 2009). Algunas estrategias para conseguir la implicación del paciente en su tratamiento son (Salvador & Melgarejo, 2002):

- Consensuar los fármacos, dosis y pauta con el paciente.
- Confirmar que el paciente ha comprendido las instrucciones relativas a su tratamiento.
- Adaptar el tratamiento a las rutinas del paciente.
- Tratar la comorbilidad y los problemas sociales.
- Mostrar disponibilidad para consulta de dudas o problemas relacionados con efectos adversos (en la consulta, o telefónicamente).
- Posponer el tratamiento hasta conseguir un consenso y compromiso del paciente, si la enfermedad lo permite.

Estrategias dirigidas al tratamiento

La prescripción de medicamentos y recomendación de cambios en ciertos hábitos y

estilo de vida, implica un proceso largo y dinámico, especialmente en los trastornos mentales, que debe ser revisado con periodicidad y continuidad (NICE, 2009).

Es conveniente que los tratamientos sean lo más sencillos posible (Kane, 2007; NICE, 2009). La monoterapia debe ser preferida, ya que frente a la politerapia, no sólo facilita el cumplimiento sino que ofrece las ventajas a nivel de farmacocinética, disminución de interacciones medicamentosas (NICE, 2009), y mayor facilidad para evaluar la respuesta al tratamiento (Burton, 2005).

La prescripción de medicamentos siempre debe ir acompañada de una adecuada información sobre los mismos, incluyendo el 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 y/o recurrencias (NICE, 2009).

La vía de administración puede modificarse para una mejora del cumplimiento. Se ha señalado un alto cumplimiento con los antipsicóticos inyectables de larga duración (Acosta et al., 2009; Olivares et al., 2007) y depot (Heyscuse et al., 1998). Para éstos, es conveniente establecer mecanismos de recuerdo periódicos en el paciente o por parte de los profesionales sanitarios, mediante llamadas de recuerdo.

Otro aspecto básico es el control de los efectos adversos. Es recomendable la elección de fármacos con menor potencial de producirlos. Si se producen quejas de efectos adversos, debe evaluarse que realmente se trate de efectos adversos y no síntomas de la enfermedad. De constatarse como efectos adversos, deberá realizarse un abordaje de los mismos, dialogando con el paciente sobre los beneficios y riesgos a largo plazo,

ajustando la dosis, con tratamientos específicos, o bien cambiando el fármaco (Fleischhacker et al., 1994; NICE, 2009).

En la tabla 1 se exponen las principales estrategias de intervención individuales descritas para mejorar el cumplimiento.

Tabla 1. Estrategias de intervención individuales para mejorar la adherencia

ESTRATEGIAS DIRIGIDAS AL PACIENTE - Individualización de las estrategias. - Identificación y abordaje de los factores de riesgo asociados al incumplimiento. - Ofrecer información del tratamiento de forma clara y sencilla. - Recomendar estrategias de recuerdo y adscripción de las tomas a hábitos. - Intervenciones psicosociales: prolongadas en el tiempo, con combinaciones de estrategias, y/o que incluyan a familiares.
ESTRATEGIAS DIRIGIDAS AL ENTORNO - Motivar a familiares y cuidadores a implicarse en el tratamiento del paciente. - Implicar a familiares y cuidadores en la detección temprana del incumplimiento. - Entorno de tratamiento agradable, empático y sin barreras.
ESTRATEGIAS DIRIGIDAS AL MÉDICO - Reconocimiento del problema del incumplimiento como mayoritario. - Cooperación multidisciplinar entre profesionales implicados. - Establecimiento de buena alianza terapéutica. - Dedicar tiempo para valorar específicamente el cumplimiento. - Permitir implicación del paciente en las decisiones relativas a su tratamiento. - Actitud empática, no crítica ni culpabilizadora. - Comunicación efectiva: procurar que el paciente comprenda su tratamiento y comprobarlo. - Disponibilidad para consultas relacionados con efectos adversos.
ESTRATEGIAS DIRIGIDAS AL TRATAMIENTO - Pauta de tratamiento lo más sencilla posible. - Información adecuada sobre el tratamiento y el trastorno. - Elección de fármacos con menor potencial de efectos adversos. - Evaluar y abordar los efectos adversos. - Plantear cambio a tratamiento intramuscular en caso de incumplimiento repetido en pacientes con trastornos psicóticos.

CONCLUSIONES

El incumplimiento es un problema altamente prevalente, y con consecuencias clínicas potencialmente importantes y graves. Existen diferentes estrategias preventivas y de abordaje del incumplimiento terapéutico constatado, poblacionales e individuales, que han mostrado diversos grados de efectividad.

El abordaje del incumplimiento debe ser individualizado, ya que no existe ninguna

técnica ni estrategia que sea eficaz para todos los pacientes. Las medidas básicas y generales para la mejora del cumplimiento incluyen la identificación de los factores de riesgo o asociados al mismo y su abordaje, el establecimiento de una buena relación terapéutica, la información adecuada, comunicación efectiva, técnicas de recuerdo y adscripción de las tomas a hábitos, implicación de los familiares, elección de fármacos con menor potencial de efectos adversos y el abordaje de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T.** Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS®) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res* 2009; 107: 213-217.
- Amador X.** La negación de la enfermedad. En: Amador X. (ed). *¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!* Madrid: Ediciones Mayo; 2008. p.1-36
- Aslani P, Krass I.** Adherence: a review of education, research, practice and policy in Australia. *Aslani P, Krass I. Pharmacy Practice (Internet)* 2009 Jan-Mar;7(1):1-10.
- Barofsky I.** Compliance, adherence and the therapeutic alliance: steps in the development of self-care. *Soc Sci Med* 1978 Sep;12(5A):369-76.
- Burton SC.** Strategies for improving adherence to second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia by increasing ease of use. *J Psychiatr Pract* 2005 Nov;11(6):369-78.
- Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E.** Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30 (3):437-452.
- David A.** Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
- Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV.** Interventions to Improve Antipsychotic Medication Adherence: Review of Recent Literature. *J Clin Psychopharmacol* 2003;23:389-399.
- Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M.** Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89 (Suppl 382): 11-15.
- Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M.** Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64(suppl 16):10-13.
- Frank AF, Gunderson JG.** The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:228-36.
- Gabbard GO.** Psychodynamic psychiatry in clinical practice; 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
- Gilmer TP, Dolder DR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, García P, et al.** Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161 (4):692-699.
- Haynes RB. Introduction.** En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X.** Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Heyscuse BE, Levin GM, Merrick JP.** Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. *Psychiatr Serv* 1998;49:1232-1234.
- Julius RJ, Novitsky MA, Dubin, WR.** Medication Adherence: A Review of the Literature and Implications for Clinical Practice. *J Psychiatr Pract* 2009;15:34-44.
- Kripalani S, Yao X, Haynes B.** Interventions to Enhance Medication Adherence in Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med* 2007;167:540-550.
- Kane JM.** Compliance issues in outpatient treatment. *J Clin Psychopharmacology* 1985;5 (3 Suppl):22-27.
- Kane JM.** Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS Spectr* 2007;12 (10 Suppl 17):21-26.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV.** Prevalence of and risk factors for medication nonadherence

in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63 (10):892-909.

NCCSDO. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). December 2005.

NICE. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Clinical Guideline 76; January 2009.

Nosé M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003 Sep;183:197-206.

Oehl M, Hummer W, Fleischhacker W. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2000 (Suppl.); 407:83-86.

Olivares JM, Pinal B, Cinos C. Factores de falta de adherencia debidos al tratamiento. En: Cañas F, Roca M (eds.). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Médica; 2007. p. 95-108.

Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2005; 29(2):40-48.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.

Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006 Mar;67(3):443-52.

Roca-Cusachs A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. *Med Clin* 2001; 116(Supl 2): 56-62.

Salvador L, Melgarejo M. ¿Cómo puede mejorarse el cumplimiento? Estrategias para incentivar el cumplimiento terapéutico. En: Salvador L, Melgarejo M (eds.). *Cumplimiento terapéutico. El gran reto de la medicina del siglo XXI*. Barcelona: Ars Médica; 2002. p. 69-102.

Sher I, McGinn L, Sirey J, et al. Effects of caregivers' perceived stigma and casual beliefs on patients' adherence to antidepressant treatment. *Psychiatr Serv* 2005;56:564-9.

Sherbourne C, Hays RD, Ordway L, DiMatteo HR. Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992; 1: 447-468.

Sluijs E, van Dulmen S, van Dijk L, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a meta review. NIVEL (Netherlands institute of health services research), 2006.

Södergård B. Adherence to treatment: what is done in Sweden? Practice, education and research. *Pharmacy Practice* (Internet). 2008 Oct-Dec;6(4):171-177.

Thieda P, Beard S, Richter A, Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54 (4):508-516.

Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research* 2007; 7:55 doi:10.1186/1472-6963-7-55.

Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21 (3):419-429.

Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1653-1664.

Dirección Postal:
Enrique Hernández Reina
Avda. Marítima del Sur, s/n.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
Unidad de Internamiento Breve - 1.ª Planta
35016 - Las Palmas de Gran Canaria
correo electrónico: enriquehre@hotmail.com

INFORMES

Estrategia y plan de acción sobre salud mental

El 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), celebrado en Washington del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009, aprobó esta “Estrategia y plan de acción sobre salud mental”.

Del documento extractamos las **10 recomendaciones claves a los países:**

- a) Formular, revisar y ejecutar el plan nacional de salud mental.
- b) Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
- c) Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
- d) Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
- e) Definición y ejecución de actividades concretas —en el marco del Plan Nacional de Salud Mental— para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
- f) Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
- g) Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.
- h) Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).
- i) Evaluar el sistema de salud mental aplicando la metodología de la OMS, con un seguimiento de su evolución que se hará cada cinco años, como mínimo.
- j) Fortalecer el sistema nacional de información sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.



En esquizofrenia un Perfil Farmacocinético Único



NUEVO

INVEGA®
PALIPERIDONA

Comprimidos de Liberación Prolongada

Diseñado para liberar



JANSSEN-CILAG

www.janssen-cilag.es
P.O. Box 111

[illegible]

	None	1 mg	2 mg	3 mg	12 mg
Median (SD)	94 (10.16)	94 (10.16)	92 (11.86)	94 (10.96)	94 (10.96)
Interquartile range (IR)	81 (22.80)	81 (22.80)	81 (24.21)	81 (24.21)	81 (24.21)
Rate of events (%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Median time to event (d) (95% CI)		117 (1.40)	115 (2.45)	118 (3.46)	118 (3.46)
Median (SD)	94 (11.71)	94 (11.71)	92 (11.94)	94 (12.42)	94 (12.42)
Interquartile range (IR)	81 (21.48)	81 (21.48)	81 (23.08)	81 (23.08)	81 (23.08)
Rate of events (%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Median time to event (d) (95% CI)		117 (1.40)	115 (2.45)	118 (3.46)	118 (3.46)
Median (SD)	94 (11.71)	94 (11.71)	92 (11.94)	94 (12.42)	94 (12.42)
Interquartile range (IR)	81 (21.48)	81 (21.48)	81 (23.08)	81 (23.08)	81 (23.08)
Rate of events (%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Median time to event (d) (95% CI)		117 (1.40)	115 (2.45)	118 (3.46)	118 (3.46)

[illegible][illegible][illegible]

JANSSEN-CILAG

www.janzen-clog.eu

© de la Universidad de Chile, 1994

IN MEMORIAN

Leon Eisenberg (1922-2009)

Con su reciente desaparición se ha perdido una figura tan descollante como inusual de la psiquiatría estadounidense y mundial. La lectura de su larga y rica biografía en Wikipedia es obligada, ya que cubre épocas distintas del desarrollo de la psiquiatría como ciencia y práctica. Las tensiones dentro de ese desarrollo, por ejemplo entre mente vs. cerebro (ver referencia), están recogidas en sus múltiples artículos y capítulos. Quienes hoy empiezan en la profesión conviene conozcan esas tensiones por medio de un agudo observador a fin de orientarse en el presente y guiar los pasos futuros. Para los más expertos, los escritos de Leon Eisenberg les provee de los instrumentos necesarios para momentos de sesuda reflexión sobre el curso histórico de la psiquiatría en las últimas décadas.

La lectura en Wikipedia no deja de abrumar, por cuanto documenta el gigantesco lugar que Leon Eisenberg llenara en el escenario profesional. Como resultado, les cabrá a varios líderes ocuparlo, porque tal era su dimensión. Pero para que su legado no se pierda y la historia no retroceda, a los responsables por llenar el vacío les cabrá continuar la lucha por una psiquiatría científica e impregnada de valores que Leon Eisenberg promoviera y que dista aún de haberse completado. En efecto, Leon Eisenberg combinó como pocos, o quizás, como ningún otro, la actividad científica que comenzara casi 6 décadas atrás con Leo Kanner (ver estudios sobre autismo precoz infantil) con una compleja matriz de valores, que incluyó la importancia del entorno social y la centralidad de los derechos humanos (ver al pie). Estos últimos lo llevaron a escribir pero también a actuar - incluso en épocas adversas dado el clima hostil profesional y social predominante en EEUU. Cabe notar que su activismo no se limitó a su país natal, por el cual se sentía totalmente comprometido - no obstante que también le hiciera objeto de discriminación por ser judío. Así fue que apoyó a lo largo de varias décadas las políticas y programas de la Organización Mundial de la Salud durante la larga dirección del Departamento de Salud Mental por parte del Dr. Norman Sartorius y la actual del Dr. Benedetto Saraceno - por el cual tenía especial afecto. También durante décadas fue leal colaborador de la Organización Panamericana de la Salud, actividad que le daba el mayor placer por cuanto lo unía aún más a su esposa, la Dra. Carola Eisenberg, nativa de Argentina, que lo sobrevive. Cabe también notar que fue promotor y co-autor de un estudio sobre la situación de la salud mental en el mundo (libro traducido al castellano por la Organización Panamericana de la Salud) que diera pie a políticas de cambio de la OMS y que elevara a la salud mental en la agenda de los países.

El curriculum de Leon Eisenberg llena páginas, detallado en Wikipedia. Fue autor prolífico, profesor titular (o catedrático) de las universidades Johns Hopkins y Harvard, miembro de comités editoriales de revistas científicas y conferencista reclamado frecuentemente. Fue premiado varias veces - incluso recientemente por parte de la Asociación Psiquiátrica Mundial durante el congreso realizado en Praga al cual se trasladara para recibir la distinción (que le fuera

negada, también eso conoció, durante el congreso anterior en el Cairo, probablemente por razones no cristalinas).

A continuación se listan algunas referencias relativamente recientes que no se pueden desconocer:

“The Social Construction of the Human Brain”, *American Journal of Psychiatry* 152: 1563-1575, 1995. Translated into Italian as: **“La Costruzione Sociale Del Cervello Umano”** *Sapere* 62(5):46-58, 1996. Eisenberg L. **“Nature, Niche and Nurture: the Role of Social Experience in Transforming Genotype into Phenotype.”** *Academic Psychiatry*. 1998; 22:213-222. Reprinted in *Epidemiologia E Psichiatria Sociale* 1999; 8:190-7. Translated as: **Naturaleza, Entorno y Crianza. El Papel de la Experiencia Social en la Transformacion del Genotipo en Fenotipo.** *Psichiatria Publica* 1999; 11:139-46 . Eisenberg L. **“Would Cloned Human Beings be Like Sheep?”** *New England Journal of Medicine*. 1999; 340: 471-475. Eisenberg, L. **“Does Social Medicine Still Matter in an Era of Molecular Medicine?”** *Journal of Urban Health* 1999; 76: 164-175. 1999;125:251-6. Eisenberg, L. **“Is Psychiatry More Mindful or Brainier Than it Was a Decade Ago?”** *British Journal of Psychiatry*. 2000;176:1-5.

No hay otra manera de celebrar su vida y honrar su memoria que seguir transitando su camino

Itzhak Levav
Psiquiatra
Israel

RESEÑAS

La epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

Editores: *Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn y Sergio Aguilar Gaxiola*

Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 632.

Washington D.C.: OPS, 2009

En América Latina y el Caribe, la carga que representan los trastornos mentales se torna cada vez más significativa en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, constituyendo un problema sanitario de gran magnitud. Sin embargo, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada, lo cual causa una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales.

Este libro es el producto del trabajo de un grupo de investigadores y profesionales de gran valía y reconocimiento en el campo de la salud mental en el Continente Americano. En él se revisan los resultados de importantes estudios de epidemiología realizados en países de América Latina y el Caribe y se tratan algunos problemas específicos de especial importancia como son, entre otros, la epidemiología de los trastornos mentales en grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad, la utilización de los servicios de salud mental, el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el suicidio y la discapacidad intelectual.

La Organización Panamericana de la salud presenta este libro como parte de los esfuerzos que se realizan en pos de la divulgación de la información científico-técnica. Se espera que resulte de interés tanto para los profesionales e investigadores como para los miembros activos de la sociedad que defienden y trabajan por la causa de millones de personas que padecen trastornos mentales.

Florencia Di Masi
Psicóloga
Washington (EEUU)

Surcar el mar sin que el cielo lo sepa. Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias.

Giorgio Nardone y Elisa Balbi

Barcelona: Herder. 2009.

Giorgio Nardone ha desarrollado una amplia trayectoria investigadora, publicadora, teórica, formativa e institucional en el ámbito de la psicoterapia a lo largo de las últimas décadas. Este es sin duda un libro singular en ese recorrido. En otras obras ha expuesto sus planteamientos y protocolos para distintos trastornos, o diversas reflexiones sobre el lugar y modo teórico y epis-

temológico de la psicoterapia. Lo que hace aquí es, sin embargo, algo diferente. Este libro describe la lógica conforme a la cual se diseñan las intervenciones en su modelo de terapia breve estratégica evolucionada, o como también la ha denominado, terapia estratégico-constructivista.

Esta lógica de diseño de las intervenciones parte de la lógica no ordinaria, que remite a la lógica de la paradoja, la contradicción y la creencia. El autor, además de concretar y extender estos conceptos, desarrolla una tipología del cambio y el aprendizaje en psicoterapia. Expone también su concepto de sistema perceptivo-reactivo como mapa de los modos de persistencia de un problema, descubierto a través del desarrollo de soluciones eficaces para ese mismo problema. En el último capítulo, de ejemplos clínicos, realiza un apreciable esfuerzo por mostrar la aplicación de cada una de las lógicas en términos de diversas estrategias terapéuticas. Estos son, de un modo escueto, los ejes del libro.

Pero vayamos un poco más atrás. Nardone, como psicoterapeuta, parte de la terapia estratégica del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, uno de los modelos de referencia en terapia sistémica. El MRI trabaja en psicoterapia identificando cuales son los intentos de solución que, al ser aplicados de un modo rígido y reiterado, hacen que los problemas surjan, se mantengan o empeoren. Identifican así 5 soluciones intentadas típicas, cuya modificación es el instrumento de esta psicoterapia para posibilitar la mejoría clínica.

Nardone mantiene este concepto central de la psicoterapia como trabajo sobre las soluciones intentadas, que califica como “la intuición operativa más inteligente del pasado siglo”. Denomina entonces a su modelo Terapia Estratégica Evolucionada, en la medida en que desarrolla en nuevas direcciones los planteamientos del MRI. Lo hace al menos en 2 aspectos esenciales.

Un primer aspecto que desarrolla es la profundización y estudio de las soluciones intentadas y su tipología. Nardone las amplía y define a través de nuevas categorías que obtiene de la lógica no ordinaria. Esta es, como comentábamos, la lógica conforme a la cual se describen los problemas de los clientes, y también la lógica conforme a la cual se diseñan las estrategias terapéuticas. Esta profundización permite una conceptualización más rica y flexible de los problemas y un diseño más versátil y variado de las estrategias terapéuticas.

Un segundo aspecto que desarrolla es la búsqueda de las soluciones intentadas características que definen distintas patologías, lo cual posibilita diseñar protocolos de tratamiento para trastornos específicos. La posibilidad de protocolizar y manualizar los tratamientos le permite lidiar en el campo de la validación empírica de los resultados de la psicoterapia. Sin embargo esto le alejó de la postura tradicional sistémica, poco partidaria de protocolos de tratamiento, y en particular de la postura del MRI, según la cual cada sesión de psicoterapia debía ser única, distinta, y no cabía llegar a ella con esquemas prefijados. Una idea que cabe retrotraer al menos a la postura de la psicoterapia e hipnoterapia de Milton H. Erickson, del que bebió la terapia estratégica.

Esta obra no trata por tanto de trastornos específicos ni de sus protocolos de tratamiento, cuestiones que ha abordado en textos previos. Lo que hace aquí es describir y explicitar la lógica de construcción de los problemas psicológicos conforme a la cual se construyen los protocolos y se diseñan las intervenciones. Constituye, en ese sentido, una aportación de referen-

cia para la terapia estratégica, que sin renunciar a la complejidad de su temática, se articula en un texto claro y explícito. Y constituye también una obra de notable interés para todas las personas interesadas en la conceptualización y ejercicio de la psicoterapia.

Javier Manjón González
Psicólogo Clínico
Gijón (Asturias-España)

La Psiquiatría y la Salud Mental en El Salvador ***Una revisión histórica y académica***

COMPAÑEROS PSIQUIATRAS, ROMPAN EL SILENCIO, ESCRIBAN.

Carlos Alberto Escalante (coordinador)

Editorial Profitexto, Talleres Graficos UCA San Salvador 1ª. Edition Julio 2009.

La psiquiatría, rama de la medicina, nunca ha estado sola. Siempre se ha acompañado de diversas ciencias. Al revisar la historia sobre esta especialidad, cada vez se acompaña más de otras disciplinas. Los clásicos de la psiquiatría del siglo XIX y XX, conscientes o inconscientes, se han auxiliado de la antropología, ética, etc. para demostrar que se trata de un verdadero campo de ciencias humanas. En cualquier país del globo terrestre, los estudiosos están recordando los modelos de concepciones y tratamientos a través de la historia de todo lo que la psiquiatría ha ido ofreciendo.

El estudio de la psiquiatría, siempre ha apasionado a científicos sociales y hasta aquellos de las ciencias matemáticas. Por ejemplo, el profesor P. Pinel, psiquiatra francés cuya formación básica era la salud pública, se apoyó en ella para proponer la “liberación de las cadenas de los enfermos mentales” en París. Y hasta los brujos han recurrido a la psiquiatría para complementar los desencantamientos de sus clientes ya desahuciados por otros profesionales y aun por ellos mismos. Ignorar a S. Freud y su obra, es un pecado imperdonable. Albert Einstein se refirió a la conducta humana en múltiples oportunidades al abordar el tema, de las crisis, la paz, y la guerra.

En los países del tercer mundo, los profesionales además de sus propias iniciativas que les ha dado su formación local para aliviar el dolor moral y/o psíquico, han recurrido a los modelos europeos y aun a los de los países orientales para conseguir respuestas satisfactorias a las curaciones de sus pacientes. Los aportes de algunos de los miembros de las diversas iglesias con los exorcismos y no se deben olvidar, quienes aun hoy día combinan la fe, la filosofía y lo divino para apoyar a los feligreses que les buscan.

Algunos psiquiatras de El Salvador, dos médicos salubristas y otros de profesiones afines a la salud mental, han escrito este libro sobre la historia de la psiquiatría y la salud mental en El Salvador. El prólogo de este libro ha sido formulado amablemente por el Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en uno de los párrafos leemos lo siguiente: “No creo que

se pueda comprender el pasado y planificar el futuro de manera inteligente si no se conoce el pasado. Este libro es un instrumento que nos ayuda en ese esfuerzo.”

En mas de un capitulo, los autores se han atrevido a incorporar análisis críticos de la realidad nacional salvadoreña desde el punto de vista sociopolítico y jurídico. Además, los salubristas también han criticado lo que han observado en los organismos asesores de orden internacional, y aquellos que financian a los países de estas regiones (Bancos y otros). Se añade un capitulo del coautor ecuatoriano, Carlos León Andrade, su aporte es un desarrollo en cierta manera crítico del futuro de la psiquiatría y la salud mental, las cuales se han ido deshumanizando en los últimos tiempos.

En dos capítulos, se describe lo acontecido en el campo de la salud y particularmente de la salud publica en El Salvador desde el tiempo de la colonia hasta nuestros días, y en otro, sobre la psiquiatría y la salud mental, en cual se señala también lo sucedido desde el tiempo de la conquista de America a la fecha. En los siguientes dos capítulos, uno de ellos rememora una experiencia sobre salud mental que se *desarrollo* en El Salvador en la década de los setenta en el sector del ministerio de salud, pero que fue suspendido por las mismas autoridades de salud de la época. El otro relata lo que se ha hecho en materia de psiquiatría y salud mental en el sector del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el cual muestra grandes avances a la fecha.

Y, finalmente el ultimo capitulo que se presenta a manera de ensayo sobre el tema de “ la psicoterapia que necesitan los países del tercer mundo”.En esta ultima parte del libro se hace un breve análisis de las diversas opciones que tiene el psicoterapeuta para tratar a sus pacientes, enseguida se muestran los problemas y necesidades que presenta el siglo XXI en el orden psicosocial y la manera como los organismos y los comités de expertos consideran podrían resolverse. Por cierto se mencionan algunas soluciones que no satisfacen porque parece que se retrocedería a una psiquiatría casi tradicional, pues recomienda dejar en manos de psicólogos y trabajadores sociales a la salud mental en su nivel preventivo. Argumentan algunos autores consultados que la implementación de” la salud mental” ha resultado muy cara y no ha rendido lo suficiente. El libro, y en este mismo capítulo ultimo termina con una exploración de psiquiatras salvadoreños con opiniones sobre el ejercicio privado de la psiquiatría y su percepción de cómo este ente científico-gremial funciona, es decir, la Asociación Salvadoreña de Psiquiatría que representa a los psiquiatras del pais. Por cierto, la encuesta realizada con el propósito antes mencionado detecta insatisfacción en los miembros, esperando mas apoyo para su actualización y educación continua Además, se menciona un estudio latinoamericano que se debería consultar, pues, explora actitudes de los profesionales de la salud sobre prescripción y conceptos de los psicofármacos. (ver la Revista Salud Mental Vol. 28 No.1, febrero 2005 México.) Finalmente, todos los autores esperan que la transición hacia un nuevo gobierno traiga nuevas políticas en este campo y que estas sean más efectivas y proporcionen mayor cobertura de la salud mental y además que las acciones sean de mejor calidad.

Carlos Alberto Escalante
Psiquiatra
Coordinador del libro
El Salvador

Salud Mental en la Comunidad

Jorge Rodríguez (ed.)

Washington DC. OPS. 2009

En 1992, el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la OPS publicó el libro “Temas de salud mental en la comunidad” el cual se difundió ampliamente en Latinoamérica, especialmente en universidades y escuelas de formación de técnicos en salud. Después de 15 años, se lanza una segunda edición del manual, completamente renovada a la luz de los conocimientos y experiencias actuales. La obra aunque dirigida fundamentalmente al medio académico, resulta también un valioso material de consulta para todos aquellos relacionados o interesados en el campo de la salud mental.

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema sanitario en el mundo y en la región de las Américas. En 1990 se le imputó a los trastornos psiquiátricos y a las enfermedades neurológicas el 8,8% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, estimada según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En el 2004 esa carga había ascendido a más del doble (21%). Sin embargo solo una minoría de las personas con trastornos mentales reciben atención y tratamiento en los servicios de salud; no obstante la magnitud del sufrimiento que los trastornos producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad. A esta situación debe agregarse el hecho que las enfermedades mentales afectan en mayor grado a los grupos poblacionales pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos.

A lo largo de estos años la OPS/OMS ha trabajado de manera sostenida con los Estados Miembros en el desarrollo de planes nacionales de salud mental y en el fortalecimiento de un modelo de servicios de base comunitaria. La obra es una contribución más a este propósito.

Es importante destacar que un colectivo de autores contribuyó a la elaboración del libro, todos profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas del conocimiento y con una sólida experiencia en la práctica de la salud mental comunitaria.

La sección final del libro se dedica a la descripción de algunas experiencias innovadoras en el campo de la salud mental comunitaria en América Latina y el Caribe. Es importante destacar que hoy en día en Latinoamérica y el Caribe podemos hablar no sólo de formulaciones conceptuales y programáticas, sino también mostrar una amplia experiencia práctica, logros y lecciones aprendidas.

El libro a lo largo de su contenido lleva el mensaje – como destaca la Dra, Mirta Roses, Directora de OPS en el prologo – que “el futuro es promisorio, existen los medios y los conocimientos necesarios para tratar y rehabilitar a las personas con enfermedades mentales. Hay evidencia científica que nos permite trabajar en la promoción de la salud mental y la prevención de muchos trastornos psíquicos. Los gobiernos muestran su voluntad política para avanzar en este campo y hay experiencias sólidas”.

Estructura y contenidos del libro

Los temas fueron seleccionados por los editores de acuerdo a la experiencia de la primera edición y las peticiones recibidas durante estos años por parte de docentes y de quienes son actores de primera línea en el campo de la salud mental. Un valor adicional de la obra es que reúne temas que posiblemente el lector encuentra dispersos o no cubiertos específicamente en otros sitios. En general, se ha procurado ofrecer una síntesis de los principales temas de interés.

Los contenidos se han organizado de forma coherente de manera que su secuencia facilite la lectura y comprensión de los asuntos tratados. La primera sección consta de cuatro capítulos y ofrece un marco general de referencia.

La Sección 2 es una introducción al campo del diagnóstico comunitario de salud mental. La Sección 3 constituye el elemento central de la obra y cubre diferentes elementos y conocimientos básicos para entender mejor el modelo comunitario en salud mental.

La Sección 4 aborda la salud mental en grupos poblacionales específicos como niñez, adolescencia y adulto mayor; también trata problemas específicos como los relacionados con desastres, violencia, suicidio y ambiente laboral. Finalmente se describen de manera muy breve algunas experiencias exitosas ocurridas en nuestro continente.

Los editores y autores esperamos que la obra resulte de utilidad real y sirva de guía práctica para el público de habla hispana que trabaja en áreas relacionadas con el campo de la salud mental y para quienes se encuentran en período de formación en estas disciplinas.

Jorge Rodríguez

Psiquiatra

Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación de OPS/OMS

Washington DC. EEUU

REUNIONES CIENTIFICAS

- **III Jornadas Pitiusas**
 “Organización de la personalidad y sus desviaciones hacia la psicopatología”
 7 al 9 de octubre del 2010. Espacio Cultural “Can Ventosa”. Ibiza.
 Organizado por ADISAMEF. (AEN)
- **XVIII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental**
 “Eficacia y limitaciones de las intervenciones en psicosis”.
 28 y 29 de Octubre de 2010. Hospital Universitario “La Princesa”, Madrid.
www.amsm.es
- **23rd ECNP Congress. European College of neuropsychopharmacology**
 28 August - 1 September 2010. Amsterdam, The Netherlands.
<http://www.ecnp.eu/emc.asp?pageId=332>
- **13 Th European Symposium On Suicide And Suicidal Behaviour**
 “Integrating Knowledge For An Interdisciplinary Approach To Suicidology And Suicide Prevention”.
 1 – 4th of September Rome Italy.
<http://www.esssb13.org/>
- **XVIII Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría.**
 “International meeting 2010”. International psychogeriatric association
 Santiago de Compostela 26 – 29 Septiembre 2010
<http://www.sepg.es/index.htm>
- **XIV Congreso Nacional de Psiquiatría.**
 “No hay investigación sin clínica”.
 Barcelona del 18 a 22 de Octubre de 2010
<http://www.psiquibarcelona.org/>
- **20th World Congress of Social Psychiatry.**
 World Association for Social Psychiatry
 23 al 27 de octubre de 2010. Marrakech (Marruecos).
www.wasp2010.com
- **XXI”. Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría:**
 “Migración, Salud mental y Transculturalidad en el Siglo Barcelona, (España)
 del 30 de octubre al 01 de noviembre de 2010.
- **XXVI Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina**
 29 de Octubre al 2 de Noviembre del 2010. Puerto Vallarta. México
<http://apal2010.server272.com/>

- **IX Jornadas Internacionales Dr. W. Winnicott y la psicoterapia psicoanalítica hoy.**
 “Expòraciones. Aperturas. Fronteras”,
 12 y 13 de Noviembre de 2010. Auditorio de la U. de Deusto Bilbao
www.gpab.org
- **2ème Édition. Congrès Français de Psychiatrie**
 Lyon 17-20 novembre 2010
<http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/>
- **“10th international forum on Mood and anxiety disorders”.**
 Viena 17 – 19 November, 2010-06-22
www.ifmad.org
- **8ª Reunión Internacional sobre las Fases Tempranas de las Enfermedades Mentales.**
 “Genes y ambiente: desde la etiopatogenia al tratamiento en las psicosis”
 Santander 18 a 20 de Noviembre
<http://www.fasestempranas.com/genesyambiente/>
- **XV curso anual de esquizofrenia**
 “Crisis, emociones y psicosis”.
 Madrid 25 – 27 de Noviembre 2010
<http://www.cursoesquizofreniamadrid.com/esp/cursos.html>
- **“Early Psychoses: A lifetime Perspective”.**
 Amsterdam 2010 and the 7th biennial conference of the International Early Psychosis Association.
 29th November to 1st December 2010 in Amsterdam, the Netherlands
<http://www.iepa.org.au/2010/>
www.iasp.info



CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 8 - Núm. 2 - 2008

PRESENTACIÓN	139
---------------------------	-----

ARTÍCULOS ORIGINALES

Clínica y Promoción de la Salud Mental en la Infancia: Otra integración necesaria

<i>Jorge L. Tizón</i>	143
-----------------------------	-----

Abordaje Clínico de los Trastornos de la Alimentación

<i>José Eduardo Rodríguez Otero. José Luís Rodríguez - Arias Palomo</i>	167
---	-----

TDAH: Reflexiones y desafíos

<i>Aurelio J. Álvarez Fernández</i>	185
---	-----

Pasos para construir una Base Relacional Segura: En el contexto del Desarrollo y en el Contexto Terapéutico

<i>Purificación Rípodas Erro; Ana Rodríguez Santamarta</i>	195
--	-----

Escaleras y Torreones Terapéuticos: Directrices y Técnicas Básicas para el Trabajo con niños en Terapia Familiar

<i>Valentín Escudero; Alberto Abascal y Nuria Varela</i>	207
--	-----

INFORMES	231
-----------------------	-----

RESEÑAS	235
----------------------	-----

REUNIONES CIENTÍFICAS	239
------------------------------------	-----

NORMAS DE PUBLICACIÓN	245
------------------------------------	-----

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Index Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)**

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (centro de trabajo)
y con domicilio en c/
Población..... D. P. Provincia
Tel..... e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.
D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
Dirección
BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

