

Adherencia a la Medicación en Trastornos Mentales:

Claves para la práctica clínica



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

Adherencia a la Medicación en Trastornos Mentales:

Claves para la práctica clínica



REDLIC

**Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea**



Indexaciones



AGENCIA
ISBN



Bases de datos



Licencia





Título: Adherencia a la Medicación en Trastornos Mentales:
Claves para la práctica clínica

Primera Edición: Enero 2026

e - ISBN: 978-9942-659-39-2

Link: <https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/76>

Producción editorial y coordinación técnica

-  Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. (978-9942-7063)
-  Avenida 3 de Noviembre y Segunda Transversal. Cuenca - Ecuador
-  www.editorialredlic.com
-  rev.investigacioncontemporanea@gmail.com
contactos@editorialredlic.com
-  +593 98 001 0698

Coordinador editorial: Dra. Marcia Iliana Criollo Vargas

Diseño de portada: RedSocial Design

Diseño y diagramación: RedSocial Design

Copyright (c) 2026 Obra sometida al arbitraje por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.



Este texto está protegido por una licencia Creative Commons (CC BY 4.0) de Atribución 4.0 Internacional



 <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.76>

Autores

Robert Iván Álvarez Ochoa

Universidad Católica de Cuenca

rialvarezo@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2431-179X>

Cuenca, Ecuador.

Lilia Azucena Romero Sacoto

Universidad Católica de Cuenca

lromeros@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-2304-1603>

Azogues, Ecuador.

Fanny Mercedes González León

Universidad Católica de Cuenca

fmgonzalezl@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-6996-5199>

Azogues, Ecuador.

Nancy Isabel Abad Martínez

Universidad Católica de Cuenca

niabam@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-5888-5521>

Azogues, Ecuador.

Rosa María Zambrano Garcés

Universidad Católica de Cuenca

rmzambranog@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-8846-148X>

San Pablo de la Troncal, Ecuador.

Carlos Bolívar Correa Narváez

Universidad Católica de Cuenca

carlos.correa@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-6089-1767>

San Pablo de la Troncal, Ecuador.

Andrés Alexis Ramírez Coronel

Universidad Católica de Cuenca

andres.ramirez@ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-3493-6519>

Azogues, Ecuador.

Libro Derivado del proyecto de Investigación "Validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) para psicofármacos y características en adultos con regímenes de tratamiento de trastornos mentales a largo plazo en un centro de salud mental de Ecuador, 2023-2024" (CÓDIGO: PIC5P23-29), Aprobado en la convocatoria XIV CONVOCATORIA: LAS 5P DEL DESARROLLO

Grupo de Investigación:

1. HBR Health & Behavior Research Group
2. Investigación, Salud, Ciencia, Innovación (ISCI)

Financiamiento: Propio



Cita

(Álvarez Ochoa et al., 2026)

Referencia

Álvarez Ochoa, R. I., Romero Sacoto, L. A., González León, F. M., Abad Martínez, N. I., Zambrano Garcés, R. M., Correa Narváez, C. B., & Ramírez Coronel, A. (2026). *Adherencia a la medicación en trastornos mentales: claves para la práctica clínica*. Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. Cuenca, Ecuador. Disponible en:

<https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/76>

Aviso legal importante:

Los contenidos de este libro han sido elaborados por sus autores con fines académicos e investigativos. La Editorial Red Editorial de Investigación Contemporánea S.A.S. no se responsabiliza por el uso inadecuado que se haga de la información aquí contenida. Las opiniones expresadas en cada capítulo son responsabilidad exclusiva de sus autores y no necesariamente reflejan la postura institucional de la editorial ni de los coordinadores de la obra

Licencia

Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es).

Esto implica que cualquier persona es libre de:

- **Compartir:** copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- **Adaptar:** remezclar, transformar y crear a partir del material, incluso con fines comerciales.

Bajo las siguientes condiciones:

- **Atribución:** Se debe dar crédito adecuado a la autoría original, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de forma que sugiera que la editorial o los autores avalan su uso.

Más información en: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

ÍNDICE

13

Capítulo I: Introducción a la adherencia a la medicación

Introducción
Factores que influyen en la adherencia a la medicación
Estrategias para mejorar la adherencia
Impacto de la no adherencia en la salud pública
Conclusiones
Referencias bibliográficas

29

Capítulo II: Factores que influyen en la adherencia farmacológica

Papel del personal de salud y el sistema sanitario en la adherencia farmacológica
Factores relacionados con el paciente
Factores relacionados con el tratamiento
Tipo de enfermedad y adherencia
Referencias bibliográficas

55

Capítulo III: Adherencia a psicofármacos en poblaciones vulnerables

Introducción
Teorías sobre adherencia
Percepción de la gravedad de la enfermedad
Percepción de la susceptibilidad
Percepción de las barreras
Poblaciones vulnerables
La falta de acceso a los servicios de salud
Políticas públicas inclusivas
Abordaje del estigma y la discriminación
Elementos que influyen en la adherencia
Factores socioeconómicos
Factores del sistema de salud
Impacto en la salud del paciente
Conclusión
Referencias bibliográficas

80

Capítulo IV: Factores sociales, económicos y familiares que afectan la adherencia a la medicación

Tipologías de adherencia
Factores relacionados con la adherencia al tratamiento
Relacionados con el paciente:
Relacionados con el tratamiento
Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento
Familia y tratamiento
Actitudes de la familia hacia el paciente
Factores que afectan negativamente la adherencia familiar
Factores sociales que influyen en la adherencia al tratamiento.
Referencias bibliográficas

29

Capítulo V: Evaluación de la adherencia a la medicación en trastornos mentales: Instrumentos y enfoques desde la enfermería

Introducción
MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale)
Referencias bibliográficas

136

Capítulo VI: Estrategias para mejorar la adherencia a la medicación

Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica
Conclusiones
Referencias bibliográficas

173

Capítulo VII: El rol del profesional de enfermería en la adherencia al tratamiento en trastornos mentales

Funciones del personal de enfermería en el manejo de la adherencia a la medicación en trastornos mentales
Evaluación de la adherencia: enfoques prácticos y herramientas utilizadas por enfermería
Referencias bibliográficas

PRÓLOGO

La adherencia a la medicación en los trastornos mentales es una de las piedras angulares del tratamiento efectivo y la mejora del bienestar de las personas que padecen enfermedades psiquiátricas. No obstante, a pesar de su relevancia, sigue siendo un reto constante tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes. El libro "Adherencia a la medicación en trastornos mentales: claves para la práctica clínica" ofrece una perspectiva completa sobre este fenómeno complejo y proporciona herramientas esenciales para mejorar la calidad del tratamiento farmacológico en la práctica cotidiana.

En el Capítulo I, se introduce el concepto de adherencia farmacológica, sentando las bases teóricas que permiten entender su relevancia en el manejo de los trastornos mentales. El Capítulo II profundiza en los diversos factores que influyen en este proceso, desde aspectos psicológicos y biológicos hasta barreras relacionadas con el sistema de salud. Posteriormente, el Capítulo III, aborda una perspectiva crítica sobre la adherencia en poblaciones vulnerables, un tema urgente que requiere atención diferenciada y políticas inclusivas.

Los Capítulos IV y V amplían la mirada hacia los determinantes sociales, económicos y familiares, así como a las herramientas disponibles para evaluar la adherencia desde el rol de la enfermería. Estos apartados destacan la importancia de un enfoque interdisciplinario, donde la detección temprana de riesgos y la adaptación a las realidades individuales son clave. En el Capítulo VI, se presentan estrategias innovadoras y basadas en la evidencia para fortalecer el vínculo terapéutico, mientras que el Capítulo VII cierra con un

análisis del papel protagónico de los profesionales de enfermería, cuyo acompañamiento continuo puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso del tratamiento.

Cada capítulo ha sido cuidadosamente elaborado por especialistas comprometidos con la mejora de la salud mental, combinando rigor científico con una mirada humanista. Su lectura invita a reflexionar sobre las barreras invisibles que enfrentan los pacientes y, sobre todo, a empoderar a los profesionales de la salud con herramientas concretas para generar cambios significativos.

Invitamos a los lectores a adentrarse en estas páginas con curiosidad y compromiso. Que este ejemplar sirva no solo como referencia académica, sino como un llamado a la acción para optimizar la adherencia terapéutica, reducir estigmas y promover una atención más equitativa. La salud mental es un derecho, y garantizar el acceso a tratamientos efectivos es una responsabilidad compartida.

Bienvenidos a un viaje por las claves que pueden transformar vidas.

Mgs. Robert Iván Álvarez Ochoa

Coordinador del Centro de Investigación

Unidad Académica de Salud y Bienestar.

Universidad Católica de Cuenca

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA ADHERENCIA

A LA MEDICACIÓN



1. Introducción

La adherencia a la medicación es un factor clave en la efectividad de los tratamientos farmacológicos y en la mejora de los resultados en salud. Se define como el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones del profesional de salud en cuanto a la toma de medicamentos (1). La falta de adherencia puede generar complicaciones en la enfermedad, aumento de costos sanitarios y reducción de la calidad de vida de los pacientes.

Diversos estudios han demostrado que la adherencia terapéutica es un reto significativo en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen con su tratamiento de manera adecuada (2). Esto genera un impacto negativo no solo a nivel individual, sino también en la salud pública, debido a la carga económica que representa el tratamiento de complicaciones prevenibles.

La adherencia a la medicación no solo es esencial para lograr resultados terapéuticos óptimos, sino que también influye en la sostenibilidad de los sistemas de salud. La falta de adherencia a los tratamientos es responsable de un incremento relevante en los costos sanitarios debido a hospitalizaciones evitables, visitas médicas frecuentes y aumento en la carga de enfermedades crónicas (3).

Un estudio realizado por Ho et al. indicó que la falta de adherencia a la medicación en pacientes con enfermedades cardiovasculares está asociada

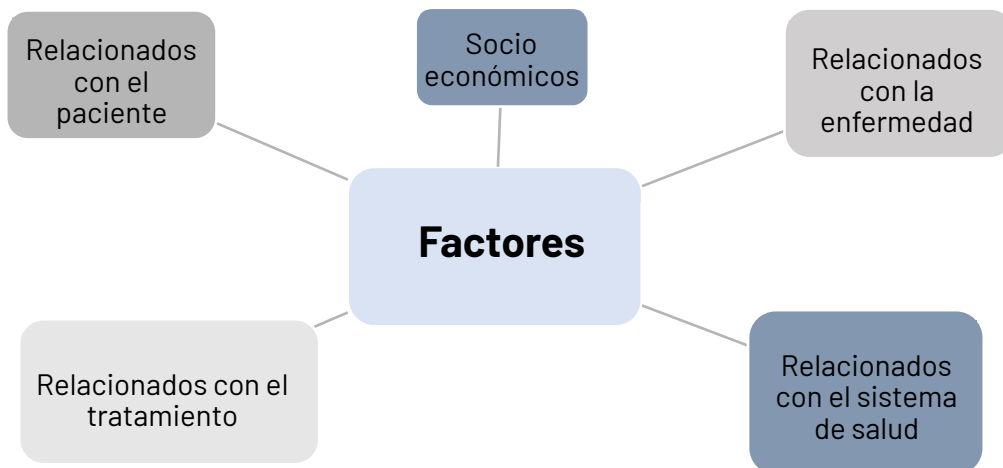
con un mayor riesgo de eventos adversos y mortalidad prematura (4). Además, los pacientes con baja adherencia tienen hasta un 80% más de probabilidades de ser hospitalizados en comparación con aquellos que siguen adecuadamente su tratamiento (5).

2. Factores que influyen en la adherencia a la medicación

Diferentes factores pueden afectar la adherencia a la medicación, los cuales se pueden agrupar en cinco categorías según la OMS (2):

Figura 1.

Factores que pueden afectar a la adherencia a la medicación



*Tomado de OMS (2)

2.1 Factores socioeconómicos

La condición socioeconómica del paciente es un determinante clave en la adherencia a la medicación, ya que influye directamente en su capacidad para

acceder a los fármacos, comprender las indicaciones médicas y mantener la continuidad del tratamiento. Factores como: el nivel de ingresos, el acceso a servicios de salud, el nivel educativo y la cobertura de seguros médicos, pueden marcar la diferencia entre un tratamiento exitoso y el abandono prematuro del mismo (2).

El nivel de ingresos es una de las barreras más importantes, pues los costos asociados a la medicación pueden ser prohibitivos para personas de bajos recursos. Muchos pacientes deben elegir entre comprar medicamentos y cubrir otras necesidades básicas, como alimentación y vivienda. En este sentido, la falta de subsidios o políticas públicas que garanticen el acceso equitativo a los tratamientos contribuye a la falta de adherencia (2).

El acceso a los servicios de salud también es un factor determinante. En muchas regiones, especialmente en áreas rurales o marginadas, los pacientes enfrentan dificultades para acudir a consultas médicas, obtener recetas y recibir un seguimiento adecuado de su tratamiento. La distancia a los centros de salud, la falta de transporte y la escasez de profesionales sanitarios son obstáculos que afectan la adherencia (2).

Por otro lado, el nivel educativo del paciente influye en su capacidad para comprender la importancia del tratamiento y seguir las indicaciones médicas de manera adecuada. Pacientes con menor nivel educativo pueden no entender la dosis, la frecuencia o la duración del tratamiento, lo que incrementa el riesgo de no adherencia. Un estudio de DiMatteo et al. Se demostró que los pacientes con menor nivel socioeconómico presentan mayores tasas de no adherencia debido a barreras económicas y falta de información (3). Esto resalta la importancia de implementar estrategias

educativas y de apoyo social para mejorar la adherencia terapéutica y garantizar mejores resultados en salud.

2.2 Factores relacionados con el paciente

Las creencias, actitudes y percepción de la enfermedad por parte del paciente desempeñan un papel fundamental en la adherencia terapéutica, ya que influyen en la disposición del individuo para seguir un tratamiento de manera adecuada. En muchas ocasiones, la falta de comprensión sobre la enfermedad y la necesidad del tratamiento puede generar conductas de abandono o seguimiento irregular de la medicación. Por ejemplo, algunos pacientes interrumpen la toma de medicamentos al experimentar una mejoría en los síntomas, sin reconocer que la suspensión prematura puede comprometer la efectividad del tratamiento y aumentar el riesgo de recaídas o complicaciones (6).

El temor a los efectos adversos es otro factor que puede contribuir a la falta de adherencia. Algunos pacientes, tras experimentar reacciones secundarias leves o moderadas, deciden reducir la dosis sin consultar con su médico o abandonar el tratamiento por completo. Esta percepción negativa sobre los medicamentos puede estar influenciada por experiencias previas, desinformación o la falta de una adecuada educación en salud. Según Sabaté, la adherencia terapéutica se ve afectada por la interacción de múltiples factores, y la percepción del paciente sobre su enfermedad y el tratamiento es un determinante clave en la continuidad de este (1).

Asimismo, la carga emocional asociada a la enfermedad puede influir en la adherencia. Pacientes con trastornos depresivos o ansiedad pueden mostrar

menor compromiso con el tratamiento, lo que dificulta la gestión de su condición de salud. La falta de apoyo social o familiar también puede impactar negativamente, ya que un entorno favorable es crucial para motivar y recordar la importancia del cumplimiento terapéutico. En este sentido, estrategias como la educación al paciente, el refuerzo positivo por parte del personal de salud y la implementación de recordatorios pueden ser efectivas para mejorar la adherencia y optimizar los resultados clínicos (6).

2.3 Factores relacionados con la enfermedad

Las características de la enfermedad juegan un papel determinante en la adherencia al tratamiento. En el caso de enfermedades crónicas asintomáticas, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus o la dislipidemia, los pacientes tienden a presentar bajas tasas de adherencia debido a la ausencia de síntomas perceptibles. Al no experimentar una mejoría inmediata o un empeoramiento evidente, pueden subestimar la necesidad del tratamiento y omitir dosis, interrumpir la medicación o modificar el esquema terapéutico sin consultar a su médico (7). Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en la literatura, donde se señala que la falta de percepción de riesgo y la ausencia de síntomas son barreras significativas para la adherencia terapéutica (3).

Por otro lado, las enfermedades que cursan con síntomas evidentes y molestos, como el dolor crónico, las enfermedades inflamatorias o las infecciones agudas, suelen generar una mayor adherencia. En estos casos, los pacientes son más propensos a seguir el tratamiento de manera rigurosa, ya que asocian la medicación con el alivio de sus síntomas y la mejora de su calidad de vida (4). Sin embargo, este comportamiento puede ser temporal,

debido a que, una vez controlados los síntomas, algunos pacientes tienden a suspender la medicación, especialmente en el caso de tratamientos prolongados o aquellos que requieren ajustes en la dosis a lo largo del tiempo

Otro factor relevante es la complejidad del tratamiento. Enfermedades que requieren múltiples fármacos, dosis frecuentes o cambios en la terapia según la evolución del paciente pueden representar un desafío en la adherencia (3). Los tratamientos para enfermedades como la insuficiencia cardíaca, la artritis reumatoide o el VIH/SIDA suelen implicar esquemas terapéuticos complejos, lo que puede generar confusión, olvido o desmotivación en los pacientes, impactando negativamente en su cumplimiento.

Además, la progresión de la enfermedad y la presencia de comorbilidades pueden afectar la adherencia. En pacientes con múltiples patologías, el manejo simultáneo de distintos tratamientos puede ser complicado, especialmente en adultos mayores o en aquellos con limitaciones cognitivas o funcionales (4). La carga de la enfermedad y el impacto en la vida cotidiana pueden influir en la motivación del paciente para seguir con el tratamiento, por lo que es fundamental implementar estrategias de apoyo y educación para mejorar la adherencia y garantizar mejores resultados en salud.

2.4 Factores relacionados con el tratamiento

La adherencia terapéutica está influenciada por múltiples factores, entre ellos, la complejidad del régimen de tratamiento, la frecuencia de administración de los medicamentos y la presencia de efectos adversos. La OMS ha señalado que los tratamientos prolongados y complicados pueden

disminuir la adherencia, lo que compromete la efectividad del manejo de diversas enfermedades crónicas (1,2).

Uno de los principales obstáculos en la adherencia es la complejidad del tratamiento. Los pacientes que deben seguir esquemas terapéuticos con múltiples fármacos o con horarios de administración estrictos tienen más probabilidades de olvidar dosis o modificar la toma de medicamentos por cuenta propia. Vrijens et al. han propuesto una nueva taxonomía para definir y describir la adherencia a la medicación, destacando que la simplificación del tratamiento es una estrategia clave para mejorar la adherencia en poblaciones con dificultades para el seguimiento terapéutico (5). En este sentido, se ha demostrado que el uso de combinaciones de medicamentos en una sola tableta o la reducción en la frecuencia de administración pueden aumentar el cumplimiento terapéutico y reducir la tasa de abandono (5).

Otro factor relevante es la presencia de efectos adversos, los cuales pueden generar temor o malestar en los pacientes, llevándolos a reducir la dosis o a suspender el tratamiento sin consultar con su médico. La percepción de que los efectos secundarios son más perjudiciales que los beneficios del tratamiento es una de las principales razones de no adherencia en enfermedades cardiovasculares y metabólicas (4). En estos casos, es fundamental que los profesionales de la salud proporcionen información clara sobre los posibles efectos secundarios y estrategias para manejarlos, con el fin de mantener la adherencia y evitar complicaciones.

Asimismo, la vía de administración del medicamento puede influir en el cumplimiento terapéutico. Los fármacos que requieren inyecciones frecuentes o que tienen procesos de preparación complejos pueden generar

resistencia en los pacientes, afectando su adherencia. DiMatteo et al. señalan que la adherencia a los tratamientos orales tiende a ser mayor en comparación con los tratamientos inyectables o aquellos que requieren dispositivos específicos para su administración (3).

Para mejorar la adherencia a la medicación, es esencial diseñar tratamientos que sean simples y tolerables. La educación del paciente, el apoyo continuo por parte del personal de salud y el uso de esquemas terapéuticos optimizados pueden contribuir significativamente a mejorar el cumplimiento y los resultados en salud (1,2).

2.5 Factores relacionados con el sistema de salud

El sistema de salud juega un papel crucial en la adherencia a la medicación, ya que influye en la accesibilidad, la continuidad del tratamiento y la percepción del paciente sobre la calidad de la atención. Factores como la disponibilidad de medicamentos, la relación con los profesionales de salud y la infraestructura del sistema pueden facilitar o dificultar el cumplimiento terapéutico (6). La falta de acceso a los medicamentos es una de las barreras más comunes para la adherencia, especialmente en países con sistemas de salud fragmentados o con limitaciones en la cobertura de fármacos esenciales (7). En estos casos, la carga económica de los tratamientos puede ser un obstáculo significativo, obligando a los pacientes a reducir dosis, espaciar las tomas o abandonar el tratamiento (3).

Otro aspecto fundamental es la relación entre el paciente y los profesionales de salud. La comunicación efectiva, el seguimiento personalizado y la empatía del personal sanitario pueden mejorar la confianza

del paciente y su compromiso con el tratamiento (4). Se ha demostrado que la falta de una adecuada interacción médico-paciente, así como la insuficiente educación sobre la enfermedad y el tratamiento, contribuyen a la no adherencia (6). Los pacientes que reciben información clara sobre su medicación, incluyendo beneficios, riesgos y estrategias para manejar efectos adversos, tienen mayor probabilidad de seguir correctamente su tratamiento (5).

La calidad de la atención médica también influye en la adherencia. Sistemas de salud con largos tiempos de espera, consultas médicas apresuradas y falta de seguimiento generan desmotivación en los pacientes y dificultan la continuidad del tratamiento (7). Intervenciones como el uso de tecnología para recordatorios, programas de atención personalizada y un acceso más ágil a los servicios de salud han mostrado ser eficaces para mejorar la adherencia (8). Además, estrategias como el apoyo multidisciplinario, que involucra médicos, enfermeros y farmacéuticos, pueden optimizar el cumplimiento terapéutico y reducir la incidencia de complicaciones asociadas a la falta de adherencia (6).

En conclusión, mejorar la adherencia a la medicación requiere un enfoque integral que aborde las barreras del sistema de salud. La accesibilidad a los medicamentos, el fortalecimiento de la relación médico-paciente y la implementación de estrategias de educación y seguimiento son clave para garantizar mejores resultados en salud (7).

3. Estrategias para mejorar la adherencia

Para mejorar la adherencia a la medicación, es fundamental implementar estrategias centradas en el paciente que aborden las barreras individuales y del sistema de salud. La falta de adherencia es un problema multifactorial, por lo que las intervenciones deben ser integrales y adaptadas a las necesidades específicas de cada persona (9).

Figura 2.

Estrategias eficaces para mejorar la adherencia



*Tomado de Farmer (9)

Mejorar la adherencia al tratamiento requiere un enfoque integral que combine educación, simplificación terapéutica, apoyo tecnológico y refuerzo

positivo. Informar de forma clara sobre la enfermedad, el uso de medicamentos y las consecuencias de no seguir el tratamiento permite al paciente comprender su importancia. Es útil emplear un lenguaje sencillo y materiales visuales o escritos. Simplificar los esquemas terapéuticos, como reducir la frecuencia de dosis o usar combinaciones en una sola tableta, facilita la adherencia. Además, recordatorios tecnológicos y el apoyo de familiares o cuidadores resultan efectivos, especialmente en adultos mayores. Herramientas visuales como calendarios o pastilleros también ayudan. El seguimiento personalizado y la retroalimentación positiva refuerzan hábitos saludables.

4. Impacto de la no adherencia en la salud pública

La falta de adherencia representa un problema global con implicaciones en la morbilidad y mortalidad. Estudios han demostrado que aproximadamente el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no siguen sus tratamientos correctamente, lo que incrementa el riesgo de hospitalizaciones y costos en salud (4).

Tabla 1.

Consecuencias e impacto de la no adherencia

Consecuencia de la No Adherencia	Impacto
Recaída de enfermedades crónicas	Mayor morbilidad y mortalidad
Aumento de hospitalizaciones	Incremento de costos sanitarios
Desarrollo de resistencia a medicamentos	Especialmente en enfermedades infecciosas

*Tomado de Ho et al. (4)

5. Conclusiones

La adherencia a la medicación es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores y requiere un enfoque integral para lograr resultados efectivos. La coordinación entre pacientes, profesionales de la salud y los sistemas sanitarios es fundamental para asegurar que los tratamientos se sigan de forma adecuada. Cuando no existe adherencia, especialmente en el caso de enfermedades crónicas, se incrementan las complicaciones, las hospitalizaciones y los costos en salud, afectando tanto al bienestar individual como al funcionamiento del sistema sanitario.

Entre los factores que influyen en la adherencia se encuentran las condiciones socioeconómicas del paciente, sus características personales, la

complejidad del tratamiento prescrito y las condiciones del sistema de atención. Para contrarrestar estos obstáculos, se han implementado estrategias que incluyen la educación del paciente, el refuerzo positivo, la simplificación de los esquemas terapéuticos y el uso de recordatorios tecnológicos. Se ha observado que los pacientes que reciben orientación clara y apoyo constante por parte del personal sanitario tienden a cumplir mejor con su tratamiento.

Desde la perspectiva institucional, es prioritario garantizar el acceso oportuno y sostenido a los medicamentos, así como eliminar las barreras económicas que dificultan la adherencia. También resulta clave fortalecer la relación entre el profesional de salud y el paciente, promoviendo una comunicación clara, empática y constante. Además, la conformación de equipos multidisciplinarios, en los que participan médicos, enfermeros, farmacéuticos y trabajadores sociales, favorece un abordaje más completo y eficaz del problema.

La tecnología, por su parte, se ha convertido en un recurso valioso para el seguimiento del tratamiento. Herramientas como aplicaciones móviles, alarmas o dispositivos electrónicos pueden facilitar el recuerdo de la toma de medicamentos y fomentar hábitos de salud. No obstante, su efectividad depende del entorno en el que se utilicen y del compromiso del paciente. En definitiva, mejorar la adherencia terapéutica exige una respuesta integral que combine educación, acompañamiento profesional, accesibilidad a tratamientos y herramientas tecnológicas adaptadas a las necesidades de cada persona.

En conclusión, abordar la adherencia a la medicación requiere una visión integral que involucra múltiples actores del sistema de salud y estrategias personalizadas para cada paciente. La combinación de educación, apoyo profesional, acceso a medicamentos y el uso de tecnología puede contribuir significativamente a mejorar los resultados terapéuticos y reducir el impacto negativo de la no adherencia en la salud pública.

Referencias bibliográficas

1. Sabaté E. & World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. (2001). Adherence to long-term therapies: policy for action: meeting report, 4-5 June 2001. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/66984>
2. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
3. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care. 2004;42(3):200-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15076819/>
4. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation. 2009;119(23):3028-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19528344/>
5. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol. 2012;73(5):691-705. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22486599/>
6. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16079372/>
7. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000011. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18425859/>

8. Fongwa MN, Evangelista LS, Doering LV. Adherence to treatment factors in hypertensive African American women. J Cardiovasc Nurs. 2006 May-Jun;21(3):201-7. Disponible en: doi: 10.1097/00005082-200605000-00008. PMID: 16699360.
9. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. Clin Ther. 1999;21(6):1074-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10440628/>

CAPÍTULO II

FACTORES QUE INFLUYEN

EN LA ADHERENCIA
FARMACOLÓGICA



Figura 1. Adherencia farmacológica



Nota. Paciente administrándose su dosis de fármacos.

Fuente: Tomado de Cámara Argentina de Especialidades Medicinales. (caeme). ¿Por qué es importante la adherencia al tratamiento? Disponible en: <https://goo.su/df9MZW>

¿Por qué los pacientes no toman sus medicamentos como lo indica el médico?

El director del departamento de psicología de la salud en Londres el profesor John Weinman indica que solamente un 30% de los pacientes que abandonan el tratamiento se deben a causas no intencionales como olvido o falta de habilidades para seguir el tratamiento; por lo tanto, el 70% de la no adherencia se debe a una decisión del paciente; el autor menciona también que un recordatorio no cambia la decisión del paciente de no administrarse los medicamentos; en consecuencia el tratamiento puede ser muy eficaz, pero si el paciente no toma el medicamento no es posible evidenciar los

efectos de los fármacos. Además, menciona que en los pacientes con patologías cardiometabólicas, polimedicados, el riesgo de no adherencia es mayor (1).

Igualmente, señala que para conseguir una buena adherencia es necesario que el paciente desarrolle 5 conductas (1):

1. Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento;
2. Cumplir con la asistencia a citas de seguimiento;
3. Utilizar de manera adecuada la medicación prescrita;
4. Realizar cambios apropiados en el estilo de vida;
5. Evitar conductas contraindicadas

Figura 2. Conductas para conseguir una buena adherencia



Nota. Conductas para mejorar la adherencia.

Fuente: Tomado de Ortega et.al. (1)

Dentro de este mismo ámbito la Organización de la Salud (OMS) destaca la importancia de la adherencia y resalta las recomendaciones encomendadas por los agentes de salud que deben cumplir los pacientes; sobre todo aquellos que padecen enfermedades crónicas, por las complicaciones que pueden presentarse a mediano o largo plazo; es evidente que se requiere la participación del paciente en su proceso de enfermedad. En el caso de las patologías agudas que requieren el uso de antibióticos, también es necesario un grado alto de adherencia para disminuir el índice de resistencia bacteriana. Se define como adherencia terapéutica al comportamiento que tiene un paciente frente a la toma de su tratamiento farmacológico que además implica adaptarse a un régimen alimentario y cambios en el estilo de vida (2).

Las estadísticas demuestran que en los países de altos ingresos de todos los pacientes con enfermedades no transmisibles solo el 50% son adherentes al tratamiento, mientras que en las regiones de menos ingresos el porcentaje de adherencia es menor (3).

Los porcentajes de adherencia se incrementan o disminuyen de acuerdo a cada región o país, siendo la adherencia menor en regiones de bajos ingresos; en este contexto en Medellín, Colombia, el estudio de Parra et.al sobre factores que intervienen en la adherencia al régimen terapéutico en hipertensión y diabetes se encontró altas probabilidades de presentar complicaciones cardiovasculares. En cuanto a la adherencia a los fármacos prescritos se identificó una mediana de 10 sobre un total de 13 puntos. Las condiciones socioeconómicas bajas disminuyen el porcentaje de adherencia, y el tiempo de vinculación al programa de riesgo cardiovascular aumenta la adherencia, esto se determinó mediante un análisis bivariado (4).

La evidencia científica atribuye la falta de adherencia farmacológica a múltiples factores, según la OMS existen cinco factores relacionados con la falta de adherencia entre ellos tenemos: los trabajadores de la salud, el tratamiento, la patología, el enfermo y los factores socioeconómicos. En el caso de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2 y otras enfermedades no transmisibles la no adherencia terapéutica constituye un grave problema de salud pública, pues en los países de bajos ingresos estudios revelan una adherencia entre el 24,1% y el 92,7%, lo cual supone la presencia de complicaciones a mediano y largo plazo, con demanda de altos costos en la atención sanitaria; que implica mayor número de hospitalizaciones y costes elevados en la terapia farmacológica.

En España el estudio de Bonilla et.al, sobre adherencia al tratamiento farmacológico utilizando dispositivos de dispensación electrónica en una farmacia comunitaria, con el objetivo de medir adherencia en pacientes con enfermedades crónicas, utilizó como instrumento de recolección de datos el test de Morisky Green Levine en una muestra de 290 pacientes y se encontró que el 25% de los pacientes era polimedicado, el cuestionario de Morisky demostró que el 57,9% cumplían sus tratamientos; datos que concuerdan con lo referido por la OMS sobre adherencia farmacológica en países de altos ingresos(7).

La adherencia o apego al tratamiento es fundamental sobre todo en las enfermedades crónicas para reducir los riesgos de complicaciones importantes un ejemplo claro en Diabetes e Hipertensión Arterial es la presencia de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares. En este sentido se estima que el 60% de los pacientes con estas enfermedades se

adhiera al tratamiento con estatinas, agentes antitrombóticos, antihipertensivos entre otros. Así mismo diversos estudios han identificado tasas de adherencia en el tratamiento de estas enfermedades, por ejemplo, en el caso de la Diabetes la tasa reportada está entre 36-87%, Hipertensión Arterial entre 33 y 84%, cáncer (tratamiento vía oral) entre 20 y 100%, terapia triple para VIH-SIDA 70-80% (1).

Figura 3. Factores que intervienen en la adherencia



Nota: la imagen muestra los factores que intervienen en la adherencia farmacológica según la propuesta de la OMS.

Fuente: Castorga J. Factores que intervienen en la adherencia farmacológica. Disponible en: <https://goo.su/NvUPxFs>

Según menciona la OMS los factores que intervienen en la adherencia a los fármacos son 5; por consiguiente, este capítulo aborda estos 5 factores.

1. Papel del personal de salud y el sistema sanitario en la adherencia

farmacológica: en la actualidad se conoce que la falta de adherencia es la principal causa de que no se obtenga en el paciente los beneficios de un determinado tratamiento farmacológico. La escasa adherencia es un problema que tiene un alto impacto en la salud pública global, con mayores porcentajes en los pacientes con patologías crónicas; esto demanda altos costes en la atención sanitaria porque se incrementa la tasa de hospitalizaciones y fracasos en los tratamientos.

Figura 4. Personal sanitario educando sobre el tratamiento



Nota. La imagen muestra al médico con la receta indicando al paciente la forma de administrarse los medicamentos.

Fuente: Tomado de 123RF. Las indicaciones médicas y adherencia.

Disponible en: <https://es.123rf.com/>

En algunas ocasiones el sistema sanitario puede tener una influencia negativa en la adherencia farmacológica, en este caso la infraestructura

cumple un rol fundamental, los recursos deficientes, remuneración del personal, la carga de trabajo excesiva que originan que las consultas sean demasiado breves sin calidad ni calidez, el personal de salud con escasa preparación que no permite que los pacientes sean educados de manera correcta, falta de personal para el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas y falta de conocimientos en adherencia (1).

El personal de salud en Atención Primaria de Salud tiene un papel relevante, en el contexto de identificar los posibles obstáculos para el cumplimiento del tratamiento farmacológico que indica el médico. En este contexto el estudio realizado por Rodríguez y Castillo en Cuba encontró que los factores predictores de la no adherencia fueron los siguientes; escasos conocimientos sobre la enfermedad y los medicamentos, factores sociodemográficos y económicos, algunos aspectos psicológicos y valores y creencias de las personas (8)

La educación que debe recibir el paciente con respecto a su tratamiento es una actividad importante de la enfermería; pues al ser parte del equipo de salud, una de sus actividades es la de educar al paciente y detectar dificultades del paciente que impiden su adherencia al tratamiento. En España un estudio identificó factores predictores de la falta de adherencia entre los cuales están los escasos conocimientos que tiene el paciente sobre su enfermedad, los medicamentos, la presencia de otras enfermedades y la necesidad de utilizar varios fármacos, las características sociodemográficas de los pacientes, el perfil psicológico del paciente, falta de autocuidado y su relación con los profesionales de la salud (9).

Figura 5. Educación a la comunidad



Nota. Enfermera dando educación sobre adherencia a un grupo de pacientes crónicos. **Fuente:** Diario Independiente de Contenido Enfermero. Disponible en: <https://n9.cl/w1vxmp>

La falta de conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento hace que los pacientes desconozcan el riesgo que conlleva el no administrarse los fármacos y los beneficios que se obtienen cuando se adhieren al tratamiento; otro aspecto importante es la poca información sobre los efectos adversos del fármaco, la presencia de estos efectos adversos ocasiona el abandono del tratamiento. Además, la presencia de comorbilidades, la carga de tratamientos y la poca coordinación entre el personal de salud y el paciente puede llevar a otras consecuencias como polifarmacia y duplicidad de medicamentos(8).

La comunicación efectiva entre el médico y el paciente es un factor importante que influye de manera positiva o negativa en la adherencia, con frecuencia suele ocurrir que cuando no se administra de manera correcta el tratamiento se presentan complicaciones, y el médico puede cambiar las pautas de tratamiento de manera errada; estos cambios pueden estar en relación con el incremento o disminución de las dosis, y en algunos casos hasta el cambio de medicamentos. Ahora bien, la falta de adherencia no solo afecta al paciente que no cumple su tratamiento, sino que también puede verse afectada la salud de la población en general, incrementando la resistencia bacteriana y el riesgo de nuevas enfermedades causadas por gérmenes resistentes(9).

Así mismo está demostrado que es fundamental para el paciente comprender la importancia del tratamiento como un primer paso para lograr la adherencia. La información correcta sobre la enfermedad y el tratamiento en un lenguaje claro y comprensible de manera que se garantice la comprensión sobre los diferentes tratamientos y procedimientos médicos. Por ello si se quiere lograr una adherencia adecuada los profesionales de la salud deben verificar que efectivamente el paciente comprendió aspectos básicos de su enfermedad, así como la importancia de su tratamiento (9).

En los últimos años, la medicina ha tenido grandes avances se han logrado crear una serie de fármacos de última generación para el tratamiento eficaz de varias patologías infecciosas y no infecciosas, por ejemplo, el descubrimiento de fármacos efectivos para el control de patologías cardiovasculares como la HTA, Diabetes Mellitus; sin embargo, hasta el momento no se ha logrado reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular, y a ello

se atribuye la falta de adherencia al tratamiento; hay que mencionar también que el paciente debe someterse a cambios en su estilo de vida tales como: buena alimentación, evitar el consumo de tabaco, alcohol, el ejercicio que conjuntamente con la medicación son un factor clave en el pronóstico de la enfermedad (1).

En la mayoría de los países de ingresos bajos, el sistema sanitario constituye un factor negativo en la adherencia a los medicamentos factores como infraestructura deficiente, carga laboral excesiva y bajas remuneraciones, el tiempo de consulta muy corto por ende de poca calidad y calidez, poca preparación del personal de salud, falta de conocimiento por parte del personal de salud sobre adherencia (1).

En definitiva, es importante recalcar que uno de los factores más influyentes en la adherencia es el sistema de salud, falta de accesibilidad al sistema sanitario, los largos tiempos de espera para las consultas médicas, los horarios de atención limitados, escasez de equipos y suministros médicos y la poca privacidad en las consultas son factores que limitan la adherencia terapéutica (10).

Enfermería y adherencia

Figura 6. Educación en enfermería y adherencia



Nota: Ilustración gráfica en la que se observa a la enfermera educando al paciente.

Fuente: Imagen generada por IA 2025.

En cuanto a la enfermera como miembro del equipo de salud y su papel en la mejora de la adherencia; de manera general dentro de su campo de actuación su rol es eminentemente educativo; por consiguiente, las intervenciones educativas están dirigidas a la función cognitiva de los pacientes; dentro de ello es importante la educación que deben recibir los pacientes; esta enseñanza puede ser a nivel individual y grupal, aprovechando diferentes espacios, se utilizan técnicas audiovisuales, verbal, escrita, refuerzos electrónicos, durante la post-consulta, en el domicilio del paciente y en la comunidad en general. Se debe indagar los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad, aunque también es necesario en patologías

no transmisibles mejorar el estilo de vida; esto significa que los tratamientos son efectivos cuando se combina tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida (11).

Mejorar la comunicación entre el paciente y el personal de salud es otro de los factores que mejoran la adherencia, en este sentido el papel de la enfermera es fundamental, pues la post-consulta de enfermería establece este vínculo de comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente (11).

Las intervenciones conductuales hacen relación al comportamiento y motivación del paciente frente a su diagnóstico y tratamiento, con respecto a ello el estilo de vida de las personas tiene mucha relación con el comportamiento del paciente. Los modelos de conducta se deben inculcar en las personas desde la infancia y adolescencia y tiene mucha relación con factores ambientales y genéticos, estos modelos de conducta (adecuados o inadecuados) pueden mantenerse hasta la edad adulta (11).

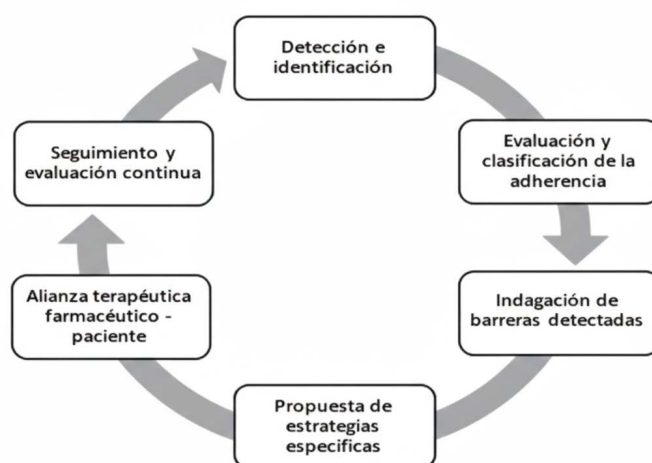
Disminuir la complejidad del tratamiento es una estrategia que mejora la adherencia; estudios han demostrado que mientras más sencillas son las terapias, el porcentaje de adherencia es mayor. La polifarmacia, la frecuencia en la dosificación, las vías de administración son causa de baja adherencia. En este sentido, el papel de la enfermera es fundamental en el apoyo al paciente que presenta muchas comorbilidades y por consiguiente está polimedicado (11).

Papel del farmacéutico en la adherencia

Estos profesionales sanitarios tienen un rol importante en la adherencia terapéutica, su formación está orientada al manejo de medicamentos, por consiguiente, poseen habilidades y destrezas que inducen cambios en el comportamiento del paciente, durante su contacto al dispensar los fármacos tienen la posibilidad de interactuar con las personas de manera individualizada, con altas probabilidades de generar cambios de comportamientos y mejorar la adherencia.

El siguiente esquema muestra las etapas o intervenciones que los farmacéuticos pueden implementar y mejorar la adherencia (10).

Figura 7. Intervenciones para mejorar la adherencia relacionadas con los farmacéuticos



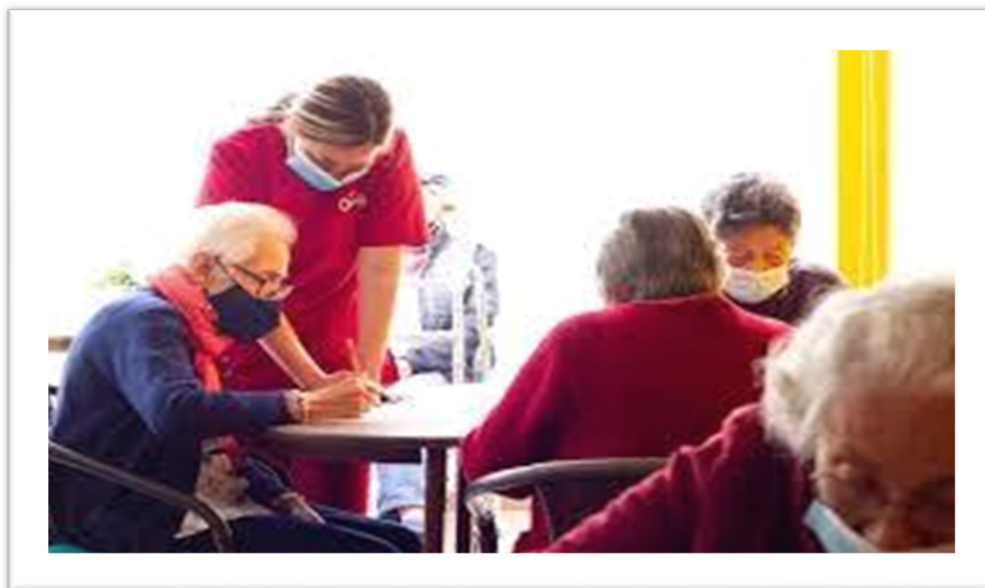
Nota. Se muestran las 6 intervenciones que un farmacéutico puede desarrollar para mejorar la adherencia.

Fuente: Tomado de Pagès-Puigdemont N y Valverde-Merino (10).

2. Factores relacionados con el paciente

La alfabetización sanitaria, o los conocimientos que tenga el enfermo sobre adherencia y su tratamiento, son fundamentales para una adherencia farmacológica adecuada. En Temuco-Chile un estudio sobre relación entre la alfabetización sanitaria y la adherencia a la medicación en los adultos mayores demostró que solo un 24% de la muestra estudiada tenía una alfabetización sanitaria correcta y, el 42% no era adherente, es decir no cumplía con la prescripción indicada. Hubo relación estadísticamente significativa entre alfabetización y adherencia (12).

Figura 8. Educación a pacientes adultos mayores



Nota. Educación a un grupo de adultos mayores sobre adherencia.

Fuente: Tomado de Hogar Día Mi Casa. Proceso de aprendizaje en el adulto mayor. Disponible en: <https://n9.cl/gc4pt>

Además, las características demográficas, sociales y económicas del paciente, juegan un rol fundamental, algunos estudios identificaron que las personas mayores a 65 años son más adherentes, están más motivadas y cuidan su salud; sin embargo, existen muchos factores que están en contra del paciente adulto mayor y que dificultan la adherencia. Los pacientes adultos mayores por lo general presentan varias comorbilidades y como consecuencia de ello están polimedicados, así mismo pueden también presentar deficiencias cognitivo-perceptivas, poseen menos habilidades de autocuidado y carecen de apoyo de la familia y la sociedad (8).

Otro factor relacionado con el paciente es también considerar aspectos culturales que rodean a los pacientes, tomando en cuenta que también poseen sus propias ideas y creencias en cuanto a su diagnóstico y tratamiento; esto significa una amenaza para su propia salud porque no permite una adecuada adherencia. Por esta razón es necesario indagar las creencias y dudas de los pacientes y su familia. Con respecto a un estudio realizado en Quito-Ecuador demostró que 1 de 4 pacientes suspendía el tratamiento por no estar de acuerdo con sus creencias, valores o por la presencia de efectos adversos de los medicamentos. Por ello es

La motivación y actitud del paciente es trascendental a la hora de mejorar la adherencia, el enfermo debe mantener una actitud positiva y de compromiso con su propia salud a la hora de cumplir con su tratamiento; por lo tanto, es preciso

La edad del paciente es un factor importante que interviene de manera directa en la adherencia, es frecuente que los pacientes adultos mayores y polimedicados; por diversas razones no cumplan con el tratamiento prescrito

lo cual incrementa las tasas de morbilidad y mortalidad, sobre todo de aquellos que padecen Hipertensión Arterial o Diabetes (13).

La poca accesibilidad a los fármacos depende del nivel socioeconómico de los pacientes, aquellos enfermos crónicos de pocos recursos que no acceden a los sistemas de salud pública o que el sistema de salud no dispone de estos fármacos la probabilidad de no adherencia es mayor. Además, es muy importante el apoyo de la familia y de la comunidad en general, estudios realizados demostraron que la falta de apoyo social y familiar en las personas con enfermedades crónicas puede acelerar el proceso de la enfermedad y la presencia de complicaciones por no cumplir con el tratamiento.

El paciente que no colabora y no demuestra interés por su salud, no cumple las indicaciones médicas, ya sea por olvido, la presencia de polifarmacia por la presencia de comorbilidades, las probabilidades de no adherencia son mayores (14).

Está documentado que un estilo de vida saludable disminuye el riesgo de varias enfermedades transmisibles y no transmisibles; el adherirse a una dieta sana, no beber alcohol, no fumar, hacer ejercicio de manera habitual, definitivamente previene la enfermedad y mortalidad. Así mismo se ha evidenciado que existe una menor adherencia farmacológica y modificaciones en el estilo de vida en los pacientes mayores que presentan enfermedades crónicas, esto sugiere la necesidad urgente de buscar alternativas que mejoren la adherencia sobre todo en Atención Primaria de Salud (APS) (15).

Estudios han demostrado que en (APS) existe escasa educación a los pacientes sobre cambios conductuales en estilos de vida y adherencia. Se recomiendan intervenciones individuales y de grupo con un abordaje integral de las conductas que los pacientes pueden cambiar para mejorar los estilos de vida y adherencia a los tratamientos, así mismo se recomienda también el trabajo en equipo; es decir se sugiere la participación de otros profesionales como: psicólogos, dentistas, nutricionistas, entre otros (15).

Una de las técnicas recomendadas en APS es la entrevista motivacional que implica la escucha activa, reflexiva para entender los puntos de vista de los pacientes, de manera imparcial. Se recomienda empatía, impulsar la auto eficiencia, reconocer la ambivalencia expresada por las personas y trabajar de tal forma que se ayude descubrir posibles diferencias entre sus circunstancias y metas deseadas (14).

3. Factores relacionados con el tratamiento

La interrupción de los tratamientos farmacológicos generalmente son consecuencia de los efectos secundarios de los fármacos; puede estar relacionado también con la falta de información sobre los efectos adversos y la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre la dosificación (15).

Dentro de este mismo ámbito es frecuente observar el abandono del tratamiento farmacológico por desconocimiento de algunas propiedades químicas del fármaco como es la farmacocinética y farmacodinamia, a menudo los pacientes quieren experimentar los efectos beneficiosos del fármaco en corto tiempo. Como ejemplo podemos citar los ansiolíticos y

antidepresivos los efectos positivos de estos fármacos inician en periodos más o menos prolongados después de empezado el tratamiento (15).

La complejidad del esquema terapéutico cumple un rol muy relevante pues, mientras más complejo es el tratamiento, existe menos cumplimiento del régimen terapéutico. Asimismo, el costo de los fármacos y la limitada accesibilidad a los medicamentos, especialmente en el sector público de salud, constituyen factores determinantes que influyen negativamente en el cumplimiento del tratamiento.

4. Tipo de enfermedad y adherencia

Por lo regular las enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, son las patologías que tienen los mayores índices de no adherencia; con respecto a las infecciones la problemática se agudiza por la aparición de resistencia bacteriana que hoy en día representa un verdadero problema de salud pública (16).

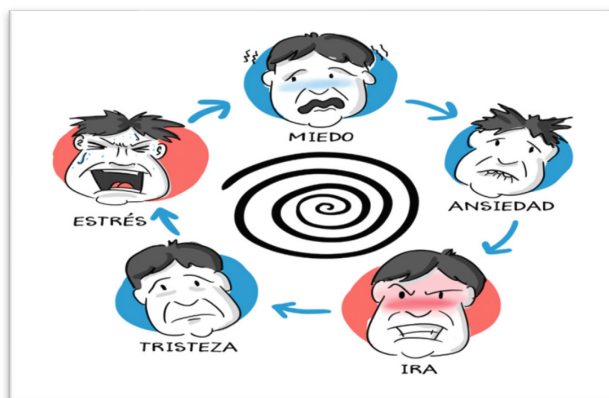
Otro factor que influye en la adherencia es la presencia o no de síntomas, la adherencia es mayor cuando existe la presencia de sintomatología, de igual manera la literatura coincide que las patologías crónicas tienen menos tasas de adherencia; es trascendental el tiempo de evolución de la enfermedad y la presencia de otras comorbilidades como patologías mentales, VIH entre otros (16).

Otros determinantes que se relacionan con la enfermedad son la gravedad de los síntomas, la presencia o no de discapacidad, la gravedad de la enfermedad y el grado de progresión de la patología. Algunos estudios

determinan que la adherencia es mayor cuando el cuadro clínico del paciente es leve, en caso de los enfermos de VIH o cáncer en estado avanzado los pacientes tienen mayor riesgo de incumplimiento (17).

La edad del paciente cuenta mucho en adherencia, pacientes ancianos con deterioro cognitivo, que no tiene una buena relación con el personal de salud, intervienen de manera negativa en la adherencia. Los pacientes pediátricos y adolescentes con patologías crónicas como Fibrosis quística son poco adherentes. En los pacientes con VIH, se ha visto que la terapia simplificada ha mejorado la adherencia, sin embargo, es necesario trabajar también en los otros factores que están influenciando el cumplimiento o no de los tratamientos (18).

Figura 9. Problemas detectados en el paciente frente a un diagnóstico



Nota. Signos y enfermedades asociadas ante un determinado diagnóstico y su relación con la adherencia.

Fuente: Tomado de Educainflamatoria. Control, adherencia y prevención.

Disponible en: <https://surl.li/rnxuyg>

Problemas psicológicos como ansiedad y depresión son factores que condicionan la adherencia al tratamiento. Estudios realizados sobre el manejo del dolor crónico y adherencia al tratamiento han demostrado que este tipo de dolor como problema de salud afecta aproximadamente al 19% de la población en Europa; siendo el malestar físico uno de los principales síntomas, sin embargo, además se presentan otras implicaciones psicológicas y sociales que alteran la calidad de vida del paciente con consecuencias sobre el desempeño laboral y productividad de las personas económicamente activas. El tratamiento del dolor crónico tiene un enfoque multidisciplinar, existen una gran variedad de terapias farmacológicas y no farmacológicas que pueden ser utilizadas, en consecuencia, el tratamiento con medicamentos es fundamental para controlarlo, aunque los pacientes no respondan satisfactoriamente al tratamiento por la falta de adherencia (18).

La literatura científica demuestra que la escasa adherencia a los fármacos analgésicos está relacionada con: edad mayor de 60 años, ser mujer, de raza caucásica, la presencia de otras enfermedades y altos niveles de estrés. De igual forma también se ha demostrado que los trastornos del estado del ánimo como ansiedad y depresión son factores que condicionan la baja adherencia (18).

Referencias bibliográficas

1. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles*. 2018 ; 16(3): 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es
2. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 [cited 2 Oct 2018]. Available from: Available from: <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
3. Sandy R, Connor U. Variation in medication adherence across patient behavioral segments: a multi-country study in hypertension. *Patient Prefer. Adherence*. 2015; 9:1539-48. 2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26604707/>
4. Parra D, Romero S, Rojas L. Factores influyentes en la adherencia al régimen terapéutico en hipertensión y diabetes 2019. *Investigación y Educación en Enfermería*, 37(3), e02. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072019000300002&script=sci_arttext&lng=es
5. Tibebu M, Negesa L. Adherence to recommended lifestyle modifications and factors associated for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Patient Prefer. Adherence*. 2017; 11:323-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28280305/>

6. Khunti K, Kosiborod M, Ray KK. Legacy benefits of blood glucose, blood pressure and lipid control in individuals with diabetes and cardiovascular disease: Time to overcome multifactorial therapeutic inertia? *Diab. Obes. Metab.* 2018; 20(6):1337-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405543/>
7. Bonilla A, Bailén M, Hernando A. Análisis de la adherencia farmacológica utilizando la receta electrónica en una farmacia comunitaria: estudio 'REACT'. 2023. 2;15(1):41-55. Spanish. doi: 10.33620/FC.2173-9218.(2023).05. PMID: 39156185; PMCID: PMC11326682. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39156185/>
8. Rodríguez M, Castillo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta. *Index Enferm.* 2011; 20(3): 160-164. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200005&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200005>.
9. Hernández I, Sarmiento N, González I, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, Terán E. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. 2018. *Rev Metro Ciencia*; 26(1): 07-11. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>
10. Pagès N, Valverde I Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. 2018. *Ars Pharm*; 59(4): 251-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>.
11. Pizano M, González A. La modificación de hábitos y la adherencia terapéutica clave para el control de la enfermedad crónica. 2011. *Enferm Clin*; 24(1):59-66. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S1130862113001757>

12. Figueroa C, Otzen T, Figueroa V, Sanhueza P, Candia J. Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. 2020. Rev Med Chil;148(5):653-656. Spanish. doi: 10.4067/S0034-98872020000500653. PMID: 33399758. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33399758/>
13. García S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. 2020. Rev. OFIL-ILAPHAR; 30(2): 115-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200115&lng=es. <https://dx.doi.org/s1131-94292020000200010>.
14. Carrillo G. Determinantes de salud que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en Latinoamérica. 2020. Mediciencias UTA; 3 (2):2-9. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1319/1318>
15. Mediavilla J. Importancia de la adherencia a los estilos de vida saludable a las personas con diabetes. 2021. Medicina de familia ESMERGEN; 47(3):141-143. DOI: [10.1016/j.semerng.2021.04.001](https://doi.org/10.1016/j.semerng.2021.04.001) <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semerng-40-articulo-importancia-adherencia-estilos-vida-saludable-S1138359321001076>
16. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. 2011. Aten Primaria;41(6):342-8. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7022018/>

17. Lo que debes saber sobre adherencia al tratamiento. Ibarra O, Morillo R. 2017. Edición patrocinada por Boehringer Ingelheim. https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
18. Palomo J, D Sola H, Moral J, Dueñas M, Salazar A, Failde E. Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico: revisión sistemática. 2021, Rev Soc Esp Dolor;28(4):181-193. DOI: 10.20986/resed.2021.3922/2021. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v28n4/1134-8046-dolor-28-04-00181.pdf>

CAPÍTULO III

ADHERENCIA A PSICOFÁRMACOS

EN POBLACIONES
VULNERABLES



Introducción

La adherencia a los psicofármacos es un desafío crucial en la salud pública, especialmente en poblaciones vulnerables. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia se define como “el grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con el proveedor de atención médica” (1). “Este concepto va más allá del simple cumplimiento de una prescripción médica el cual implica un proceso activo”, en el que el paciente participa en su tratamiento, comprende su importancia y se compromete con él (2).

Las poblaciones vulnerables enfrentan desafíos únicos que dificultan su acceso y compromiso con los tratamientos farmacológicos, tales como situaciones de pobreza el no tener los recursos económicos para adquirir medicamentos o acceder a servicios de salud de calidad, los migrantes, por su parte, pueden enfrentar barreras idiomáticas, culturales y legales que limitan su acceso a tratamientos adecuados, los adultos mayores, debido a la polifarmacia y las limitaciones físicas o cognitivas, pueden tener dificultades para seguir regímenes de medicación complejos, por último, las personas con discapacidad pueden enfrentar barreras físicas y sociales que dificultan su acceso a los servicios de salud (3).

La falta de adherencia a los psicofármacos conlleva graves consecuencias tanto a nivel individual como para los sistemas de salud. Individualmente, puede provocar la exacerbación de los síntomas, recaídas, hospitalizaciones e, incluso, la muerte prematura. A nivel sistémico, genera costos adicionales derivados de la necesidad de intervenciones más prolongadas y contribuye a

perpetuar las desigualdades en salud, afectando desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables (1).

Este capítulo tiene como objetivo examinar los diversos factores que influyen en la adherencia a psicofármacos en las distintas poblaciones vulnerables, y proponer estrategias basadas en evidencia para mejorar este indicador. Está constituido por factores individuales, socioeconómicos, del sistema de salud y culturales que afectan la adherencia en poblaciones de baja nivel socioeconómico y poblaciones migrantes las consecuencias son devastadoras el impacto en la salud del paciente se ve reflejada en datos estadísticos, del sistema de salud, las estrategias para mejorar la adherencia son intervenciones individuales, comunitarias y sistémicas basadas en evidencia científica (4).

La adherencia a los psicofármacos no es solo un problema clínico, sino también un tema de justicia social, mejorar la adherencia en poblaciones vulnerables requiere un enfoque integral que considere las barreras específicas que enfrentan estas poblaciones y promueva políticas y prácticas que garanticen el acceso equitativo a los tratamientos. Este capítulo busca contribuir a este esfuerzo, proporcionando una visión profunda y actualizada del tema, así como herramientas prácticas para abordarlo (5).

Con respecto a los psicofármacos, la adherencia farmacológica se convierte en un proceso muy complejo que va más allá del simple cumplimiento de las prescripciones médicas. Analizando el concepto de adherencia de la OMS, se puede identificar, que no solo abarca la toma regular de medicamentos, sino también la aceptación y el compromiso del paciente y

su tratamiento, lo que incluye la comprensión de la enfermedad, la confianza en el tratamiento y la motivación para cumplir el tratamiento (1,3).

Los psicofármacos, como antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos, son herramientas fundamentales en el manejo de trastornos mentales su efectividad, sin embargo, depende en gran medida de la adherencia, en el caso de los antidepresivos, se ha demostrado que la adherencia es crucial para lograr la remisión de los síntomas y prevenir recaídas (4, 5, 6). Del mismo modo, la adhesión con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia reduce significativamente el riesgo de ingreso y mejora la calidad de vida (7).

No obstante, la adhesión no es un fenómeno binario (adhesión vs. comparación con el no agarre), sino un espectro que puede variar temporalmente. Factores como los efectos secundarios, la percepción del paciente sobre la medicina y las barreras socioeconómicas pueden afectar la adherencia dinámica (8). Un paciente puede comenzar un tratamiento con alta adherencia, pero puede abandonarlo debido a efectos secundarios intolerables o a la falta de apoyo social.

Además, es importante distinguir entre adherencia y persistencia, mientras que la adherencia se refiere al grado en que el paciente sigue las recomendaciones médicas en un momento dado, la persistencia se refiere a la duración del tratamiento a lo largo del tiempo. Ambos conceptos son relevantes en el contexto de los psicofármacos, ya que muchos trastornos mentales requieren tratamientos prolongados o incluso de por vida (9).

Teorías sobre adherencia

Los tratamientos médicos sobre la adherencia es un proceso complicado ha sido estudiado desde diversas perspectivas conceptuales, entre los modelos más influyentes en esta área se encuentran el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model) y la Teoría de la Acción Razonada (Theory of Reasoned Action)(10). En la década de 1950 fue desarrollado un modelo sobre esta teoría los autores fueron psicólogos Sociales tales como Hochbaum, Rosenstock y Kegels, propone que la adherencia a un tratamiento está influenciada por la forma en la que el paciente tiene sobre su condición de salud y las acciones que debe tomar para mejorar (11).

Percepción de la gravedad de la enfermedad.

Una persona debe percibir su enfermedad como significativa para tomar medidas al respecto. Si no reconoce la gravedad de su condición, es posible que no siga las indicaciones médicas, es así que alguien con hipertensión que no presenta síntomas evidentes podría minimizar su problema de salud y no cumplir con el tratamiento adecuado (10).

Percepción de la susceptibilidad.

El paciente debe sentir que está en riesgo de desarrollar complicaciones si no sigue el tratamiento, un paciente con diabetes que cree que es propenso a complicaciones como la ceguera o problemas renales tiene más probabilidades de adherirse a su plan de medicación, la percepción de los beneficios debe creer que el tratamiento propuesto será efectivo para mejorar su salud o prevenir complicaciones y probablemente lo tome de manera consistente (10).

Percepción de las barreras.

El paciente evalúa los obstáculos que podrían dificultar su adherencia, como efectos secundarios, costos del tratamiento o dificultades para acceder a la atención médica. Si un medicamento es muy costoso o tiene efectos secundarios molestos, el paciente puede decidir no tomarlo, son señales los factores externos, como recomendaciones de un médico, campañas de salud o experiencias personales, pueden motivar al paciente a seguir el tratamiento. Un recordatorio constante del médico o el apoyo de familiares puede aumentar la adherencia, este modelo que ha sido ampliamente utilizado en intervenciones de salud pública para promover comportamientos preventivos (11)

La teoría de Acción Razonada (Theory of Reasoned Action) Desarrollada por Fishbein y Ajzen en la década de 1970, esta teoría se centra en el papel de las actitudes y las normas sociales en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Según este enfoque, la adherencia a un tratamiento está determinada por la intención del paciente de seguir las recomendaciones médicas, la cual a su vez está influenciada por dos factores principales. Actitudes hacia el comportamiento se refiere a las creencias personales del paciente sobre los resultados de seguir el tratamiento y cómo valora estos resultados. Si un paciente cree que tomar un medicamento mejorará significativamente su calidad de vida, es más probable que lo haga (12).

Normas subjetivas son las percepciones del paciente sobre las expectativas de otras personas importantes (familia, amigos, médicos) y su motivación para cumplir con esas expectativas si la familia de un paciente insiste en la importancia de seguir un tratamiento, es más probable que el

paciente lo haga para cumplir con esas expectativas sociales. Además, la teoría sugiere que la intención de adherirse al tratamiento es el predictor más fuerte del comportamiento real. Sin embargo, también reconoce que los factores externos, como la escasez de recursos o la presencia de obstáculos estructurales, pueden dificultar o incluso impedir que la intención de adoptar un comportamiento de salud se convierta en una acción concreta (12).

La comparación entre ambos modelos, ambas teorías ofrecen perspectivas complementarias sobre la adherencia de creencias en salud, las cuales están enfocadas en percepciones individuales del paciente sobre su enfermedad y tratamiento. La teoría de la acción razonada incorpora el componente social, destacando cómo las actitudes y las normas influyen en la toma de decisiones, han sido utilizados para diseñar intervenciones que mejoren la adherencia, como programas educativos para aumentar la percepción de los beneficios del tratamiento o campañas que involucren a la comunidad para reforzar las normas sociales positivas (13,14)

Estas teorías no sólo son útiles para entender la adherencia, sino también para diseñar estrategias que la mejoren en beneficio de las poblaciones vulnerables. Por ejemplo, Educación del paciente, proporcionar información clara sobre los riesgos de no seguir el tratamiento y los beneficios de hacerlo. Apoyo social, involucrar a familiares y amigos para que refuercen las normas subjetivas positivas (13,14).

Poblaciones vulnerables

Las poblaciones se enfrentan a desafíos adicionales que dificultan su capacidad para adherirse a los tratamientos médicos, lo que las coloca en una

situación de mayor vulnerabilidad en términos de salud. Estas barreras van más allá de los aspectos económicos, e incluyen factores culturales, sociales y estructurales que limitan el acceso a servicios de salud y la capacidad de seguir las pautas recomendadas por los profesionales médicos. Además, la falta de información adecuada, la discriminación y la limitada disponibilidad de recursos en comunidades marginadas empeoran aún más estas dificultades, creando un ciclo de desventajas que perpetúa la inequidad en la salud (15).

Pobreza y exclusión social es uno de los principales determinantes de la falta de adherencia a los tratamientos las personas en este tipo de situación a menudo no pueden costearse los medicamentos, el transporte para acudir a consultas médicas o servicios de salud privados, la exclusión social limita su acceso a redes de apoyo y recursos comunitarios. Un estudio publicado en el 2021 destacó que las personas en situación de pobreza tienen un 40% menos de probabilidades de adherirse a tratamientos crónicos debido a la falta de recursos económicos. En poblaciones indígenas y rurales, la falta de infraestructura médica y la distancias a los centros de salud son barreras significativas (15, 16).

La falta de acceso a los servicios de salud

El acceso limitado a servicios constituye una barrera crucial que afecta significativamente la adherencia al tratamiento. Esto abarca no solo la falta de cobertura médica, sino también la escasez de profesionales de la salud en zonas rurales o marginadas, así como la discriminación que muchos pacientes enfrentan al intentar recibir atención médica (17).

En países de bajos recursos económicos, la falta de medicamentos esenciales en los sistemas públicos de salud es un problema recurrente. Estigma asociado a los trastornos mentales, un estimado en relación con los trastornos mentales, es una barrera significativa para la adherencia al tratamiento. Las personas con trastornos mentales a menudo enfrentan discriminación, lo que les impide buscar ayuda o seguir tratamientos de manera consistente. Un estudio de 2021 encontró que el 60% de las personas con trastornos mentales en América Latina reportaron haber experimentado, lo que redujo su adherencia al tratamiento en un 50% (18).

Las campañas de sensibilización y educación sobre salud mental han demostrado ser efectivas para reducir el estigma y mejorar la adherencia. El apoyo social, incluyendo el de familiares, amigos y comunidades, es crucial para la adherencia. Las poblaciones vulnerables, como los adultos mayores, las personas sin hogar o los migrantes, a menudo carecen de este apoyo, los adultos mayores que viven solos tienen un 30% menos de probabilidades de adherirse a sus tratamientos en comparación con aquellos que reciben apoyo familiar.

En el caso de los migrantes, las barreras lingüísticas y culturales también juegan un papel importante en la falta de adherencia de estrategias para mejorar la adherencia en poblaciones vulnerables a intervenciones comunitarias. Las intervenciones que involucran a la comunidad, como programas de educación en salud y campañas de sensibilización, han demostrado ser efectivas para mejorar la adherencia en poblaciones (19, 20).

Las aplicaciones móviles y la telemedicina se han convertido en soluciones innovadoras para eliminar obstáculos tanto geográficos como económicos.

Un estudio realizado en 2022 demostró que el envío de recordatorios mediante mensajes de texto mejoró en un 20% la adherencia a tratamientos crónicos en comunidades rurales (21).

Políticas públicas inclusivas

Las políticas que abordan las desigualdades en salud, como la ampliación de la cobertura médica y la reducción del costo de los medicamentos, son esenciales para mejorar la adherencia. En 2021, varios países implementaron programas de medicamentos gratuitos para enfermedades crónicas, lo que resultó en un aumento significativo de la adherencia en poblaciones de bajos ingresos (22,23).

Abordaje del estigma y la discriminación

La capacitación a profesionales de la salud sobre la atención cultural es competencia de los distritos para que así pueda mejorar, la adherencia en poblaciones migrantes, las poblaciones vulnerables enfrentan múltiples barreras para la adherencia a los tratamientos médicos, incluyendo la pobreza, la exclusión social, el estigma y la falta de acceso a servicios de salud. Sin embargo, intervenciones comunitarias, el uso de tecnologías digitales y políticas públicas inclusivas han demostrado ser efectivas para abordar estos desafíos. Es fundamental continuar investigando e implementando estrategias que promuevan la equidad en salud y mejoren la adherencia en estas poblaciones (22, 23).

Elementos que influyen en la adherencia

La adherencia a los tratamientos indicados por el médico es un fenómeno multifactorial que depende de una combinación de factores individuales, sociales y sistémicos. Es preciso detallar los elementos individuales que afectan la adherencia, poniendo énfasis en la falta de conciencia sobre la enfermedad y los efectos secundarios de los psicofármacos, e incorporando evidencia científica. Comprender estos factores es fundamental para diseñar estrategias que mejoren la adherencia terapéutica y optimicen los resultados en salud (24).

Dos de los factores más relevantes en este ámbito son la falta de conciencia de la enfermedad (insight) y los efectos secundarios de los psicofármacos.

La falta de conciencia de la enfermedad se refiere a la capacidad del paciente para reconocer que tiene una enfermedad y comprender la necesidad de tratamiento. La ausencia de conciencia sobre la propia enfermedad es un factor determinante en la falta de adherencia al tratamiento, especialmente en personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor. Un estudio en el año 2021 encontró que el 60% de los pacientes con esquizofrenia que tenían bajo índice no adherían a su tratamiento, en comparación con sólo el 20% de aquellos con alto índice.

En personas con trastorno bipolar, la falta de adherencia se ha relacionado con un incremento en el riesgo de recaídas y hospitalizaciones. Desde una perspectiva clínica, fortalecer su comprensión de la enfermedad mediante

intervenciones psicoeducativas y terapias cognitivo-conductuales ha demostrado ser una estrategia efectiva para mejorar la adherencia al tratamiento (25).

El uso de herramientas de evaluación de las capacidades como la Escala de Conciencia de Enfermedad (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), ayudar a identificar pacientes en riesgo de no adherencia, los efectos secundarios de los medicamentos psiquiátricos son una de las principales causas de abandono del tratamiento (25, 26). Los pacientes suelen experimentar efectos adversos como aumento de peso, sedación, temblores y disfunción sexual, lo que afecta su calidad de vida y su disposición a continuar con el tratamiento, en el 2022 se reveló que el 70% de los pacientes que abandonaron su tratamiento antipsicótico lo hicieron debido a efectos secundarios, siendo el aumento de peso y la sedación los más frecuentes, en pacientes con depresión, los efectos secundarios como la disfunción sexual y la fatiga fueron los principales motivos de no adherencia (25).

Las consideraciones clínicas, son estrategias básicas en la personalización del tratamiento, esto permite ajustar la dosis según el tipo de medicamento y la tolerancia a los fármacos. Los medicamentos de nueva generación, y la educación sobre los efectos secundarios han sido pautas efectivas para reducir el riesgo de abandono del tratamiento (27).

Otros factores individuales relevantes además del insight y los efectos secundarios, otros factores individuales que influyen en la adherencia incluyen creencias y actitudes hacia el tratamiento. Los pacientes que perciben los beneficios del tratamiento tienen más probabilidades de

adherirse. Por ejemplo, un estudio de 2021 encontró que los pacientes que creían que los antidepresivos eran efectivos tenían una tasa de adherencia un 30% mayor (26).

Nivel de educación y conocimiento sobre la enfermedad: los pacientes con mayor conocimiento sobre su condición y tratamiento tienden a ser más adherentes las intervenciones educativas han demostrado ser útiles para mejorar este aspecto.

El estado emocional y motivación, la depresión, la ansiedad y la falta de motivación pueden dificultar la adherencia, las terapias de apoyo y el manejo de la salud mental son clave para abordar estos factores individuales y las intervenciones psicoeducativas proporcionar información clara, accesible sobre la enfermedad y el tratamiento que puede mejorar el insight y la adherencia (7, 10).

El manejo de los efectos secundarios permite monitorear y ajustar los tratamientos para minimizar riesgos en la persona es fundamental, el uso de terapias combinadas (farmacológicas y no farmacológicas) también puede involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento aumenta su compromiso y adherencia.

El uso de tecnologías como las aplicaciones móviles y recordatorios digitales pueden ayudar a los pacientes a seguir sus tratamientos de manera más consistente (14, 13).

Factores socioeconómicos

Los factores socioeconómicos son determinantes clave en la adherencia a los tratamientos, especialmente en poblaciones vulnerables, la pobreza, exclusión social y la falta de acceso a recursos es una barrera significativa para la adherencia, ya que muchos pacientes no pueden costear los medicamentos o los servicios de salud (15).

En el 2021 se encontró que el 40% de los pacientes en zonas rurales de bajos ingresos no pueden costear sus medicamentos psicotrópicos, lo que resulta en tasas de adherencia inferiores al 50%. En países de recursos económicos deplorables, el costo de los medicamentos representa más del 30% del ingreso familiar en algunos casos, lo que obliga a los pacientes a priorizar otras necesidades básicas.

Exclusión social: las poblaciones marginadas, como las personas sin hogar o los migrantes, enfrentan barreras adicionales, como la falta de redes de apoyo y la discriminación en los servicios de salud. Un informe de 2022 destacó que los migrantes indocumentados tienen un 60% menos de probabilidades de adherirse a tratamientos de salud mental debido al miedo a la deportación y la falta de acceso a servicios (23).

Factores del sistema de salud

El sistema de salud desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento, la falta de seguimiento, la calidad de la atención y la relación médico-paciente son factores determinantes. Falta de seguimiento y monitoreo la ausencia de un seguimiento continuo por parte de los profesionales de la salud es una barrera significativa para la adherencia. Un

estudio de 2021 reveló que el 70% de los pacientes con trastornos mentales que no recibieron seguimiento regular abandonaron su tratamiento dentro de los primeros seis meses (22, 23).

La relación médico paciente deberían mantener una comunicación efectiva y empática para mejora la adherencia, los pacientes que percibieron una comunicación efectiva por parte de su médico tuvieron un 40% más de probabilidades de adherirse al tratamiento acceso a servicios de salud la disponibilidad en áreas rurales y marginadas es limitada, lo que dificulta el acceso a tratamientos (23).

En 2021, la OMS reportó que el 75% de personas con trastornos mentales en países que tienen ingresos bajos no reciben tratamiento debido a la falta de servicios factores culturales las creencias y prácticas culturales influyen en la percepción de la enfermedad y el tratamiento, lo que puede afectar la adherencia (22, 23).

Según algunas culturas, los trastornos mentales se atribuyen a causas espirituales o sobrenaturales, estas creencias han ocasionado el uso de tratamientos tradicionales en lugar de psicofármacos. Con respecto a ello en América Latina un estudio realizado en el año 2021 encontró que más del 50% de pacientes con trastornos mentales prefirieron tratamientos tradicionales, como hierbas y rituales, antes que medicamentos recetados. El estigma asociado a los trastornos mentales es una barrera importante para la adherencia en muchas comunidades.

En el año 2022, un estudio reveló que el 65% de los pacientes con depresión ocultaron su condición por temor al rechazo social, lo que afectó su

adherencia al tratamiento como consecuencias de la no adherencia a los tratamientos tiene repercusiones graves en los pacientes y los sistemas de salud y la sociedad en general (27).

Impacto en la salud del paciente

La no adherencia a un tratamiento tiene serias repercusiones a lo largo de su trayectoria de vida entre ellas, la cronicidad de los trastornos mentales y las internaciones hospitalizaciones. En pacientes con esquizofrenia, la no adherencia aumenta el riesgo de recaídas en un 50% y duplica la probabilidad de hospitalización. Investigaciones realizadas en el año 2021 encontraron que los pacientes con trastorno bipolar que no se adhirieron a su tratamiento tuvieron un 70% más de probabilidades de experimentar episodios maníacos, se estima que el costo anual de la no adherencia a medicamentos en salud mental supera los \$100 mil millones a nivel global (28). El impacto social la no adherencia contribuye a la exclusión social y la marginación de las personas con trastornos mentales, un informe del año 2021 destacó que el 40% de las personas con este tipo de trastorno que no se adhirieron a su tratamiento perdieron sus empleos o fueron excluidas de actividades comunitarias (28).

La simplificación de los regímenes de medicación y el acceso a medicamentos gratuitos o subsidiados son estrategias clave para fortalecer el cumplimiento terapéutico, el uso de recordatorios digitales, como aplicaciones móviles, junto con intervenciones en comunidades, programas de apoyo psicosocial y grupos de autoayuda, se ha identificado como una alternativa prometedora, estas medidas resultan especialmente efectivas en poblaciones jóvenes, favoreciendo la continuidad del tratamiento en sectores vulnerables y mejorando su aceptación. Un estudio llevado a cabo en 2021 en

zonas rurales de América Latina implementó un programa enfocado en educación y acceso a medicamentos, lo que resultó en un incremento del 30% en la adherencia a psicofármacos (27, 28).

Conclusión

La adherencia a psicofármacos en poblaciones vulnerables representa un desafío complejo y multifactorial que impacta directamente en la eficacia de los tratamientos y en la calidad de vida, la falta de cumplimiento terapéutico a los tratamientos en salud mental puede deberse a diversas razones, entre ellas, el desconocimiento sobre la enfermedad, el estigma social, la dificultad para acceder a los servicios de salud, el precio de los medicamentos y los efectos adversos percibidos. Estos factores hacen evidente la necesidad de implementar estrategias integrales que aborden tanto los aspectos individuales como los estructurales que influyen en la adherencia terapéutica.

Es fundamental fortalecer la red de atención sanitaria mediante la implementación de los programas de educación sanitaria dirigidos tanto a pacientes como a sus familias, la información clara y accesible sobre la importancia del tratamiento farmacológico, sus beneficios y posibles efectos adversos puede mejorar la comprensión y el compromiso de los pacientes con su tratamiento, la participación activa de los profesionales de la salud en la orientación y seguimiento de los pacientes es clave para generar confianza y promover la continuidad del tratamiento.

Las barreras socioeconómicas juegan un papel determinante en la adherencia a los psicofármacos, especialmente en pacientes en situación de pobreza, personas mayores con trastornos mentales y jóvenes con

diagnósticos psiquiátricos. Muchas poblaciones vulnerables enfrentan dificultades económicas que limitan su acceso a medicamentos esenciales. En este sentido, es prioritario que los sistemas de salud garanticen la disponibilidad de estos tratamientos mediante subsidios, programas de distribución gratuita o estrategias que reduzcan los costos para los pacientes. Además, la integración de equipos multidisciplinarios que incluyan trabajadores sociales, psicólogos y otros especialistas puede ayudar a identificar y abordar los obstáculos específicos que enfrenta cada paciente en su proceso de tratamiento y recuperación.

Los adultos mayores con problemas mentales presentan desafíos específicos a la adherencia en los psicofármacos, tales como el deterioro cognitivo, la polifarmacia y la falta de redes de apoyo pueden afectar la continuidad del tratamiento, es fundamental desarrollar estrategias que incluyan el acompañamiento de cuidadores capacitados, el uso de tecnologías para recordatorios de medicación y la supervisión constante por parte de profesionales de la salud, además se deben diseñar intervenciones adaptadas a sus necesidades específicas, promoviendo una atención integral y centrada en el paciente.

Los jóvenes con diagnósticos psiquiátricos, puede verse afectada por la falta de conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia a los psicofármacos el estigma asociado a los trastornos mentales y la resistencia al tratamiento, es crucial implementar programas de apoyo psicoeducativo que fomenten la autonomía y el compromiso con el tratamiento asimismo, del entorno social y su familia en el proceso terapéutico puede desempeñar un papel clave en la mejora de la adherencia y el bienestar de los pacientes.

La cooperación entre los diversos actores del sistema sanitario es vital para abordar de manera efectiva el cumplimiento terapéutico de los psicofármacos. Es imprescindible que los profesionales de la salud trabajen en conjunto con las comunidades y las autoridades gubernamentales para desarrollar e implementar políticas de salud mental que sean inclusivas y sostenibles. Además, la formación continua del personal en temas relacionados con la adherencia al tratamiento, junto con la creación de espacios de apoyo y escucha para los pacientes, puede favorecer significativamente la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Referencias bibliográficas

1. Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP, Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP. Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 22 de febrero de 2025];53(2):192-205. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. Iván E, Hidalgo B, Julián J, Qf L, Nacional De Colombia U. Utilización de psicofármacos en población femenina privada de la libertad de un instituto penitenciario en Bogotá. 2022 [citado 22 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/83925>
3. Torres-Robles A, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Peiro T, Perez-Escamilla B, et al. Effectiveness of a medication adherence management intervention in a community pharmacy setting: a cluster randomised controlled trial. BMJ Qual Saf. 1 de febrero de 2022;31(2):105-15.
4. Saavedra Guevara Z. Trastornos emocionales por influencia de COVID-19 y caracterización de psicofármacos en usuarios de la botica Inversiones Machuca, Lima, marzo 2021. 2022;
5. López Alarcón D. El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables. RINED: Revista de Recursos para la Inclusión Educativa, ISSN 2792-369X, Vol 1, No 1, 2021, págs 29-36 [Internet]. 2021 [citado 22 de febrero de 2025];1(1):29-36. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8045898&info=resumen&idioma=SPA>

6. Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology* [Internet]. 15 de mayo de 2020 [citado 22 de febrero de 2025];168. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31077729/>
7. Gargoloff PD, Córscico A, Reckziegel U, Viamonte JS, Gargoloff PD, Córscico A, et al. Polifarmacia antipsicótica y patrones prescriptivos de psicofármacos en internación psiquiátrica de larga estancia: comparación 1995-2009. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 22 de febrero de 2025];85(1):3-11. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
8. Chan AHY, Cooper V, Lycett H, Horne R. Practical Barriers to Medication Adherence: What Do Current Self- or Observer-Reported Instruments Assess? *Front Pharmacol* [Internet]. 13 de mayo de 2020 [citado 22 de febrero de 2025];11:572. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7237632/>
9. Calles Artiaga C. Estudio de la adherencia terapéutica en el paciente crónico mayor de 65 años en un centro de salud urbano. 2021 [citado 22 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47397>
10. Martínez-Granados F, Briones-Vozmediano E, Ronda E. Vivir con psicofármacos: un estudio fotovoz comunitario en personas con alta

- adherencia al tratamiento en el sureste de España. *Salud Colect* [Internet]. 20 de diciembre de 2024 [citado 22 de febrero de 2025];20:e5090. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/SaludColectiva.2024;20:e5090><https://doi.org/10.18294/sc.2024.5090>
11. Ansari M. Sociobehavioral Aspects of Medicines Use in Developing Countries. *Social and Administrative Aspects of Pharmacy in Low-and Middle-Income Countries: Present Challenges and Future Solutions*. 2018;15-33.
 12. Ajzen I. Martin Fishbein's Legacy. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* [Internet]. 10 de marzo de 2012 [citado 22 de febrero de 2025];640(1):11-27. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Icek-Ajzen>
 13. Landechea Salvagno NL. Prescripción diferencial de psicofármacos en hombres y mujeres. Estudio de caso de la perspectiva profesional médica sobre los factores que determinan la indicación en servicios de salud públicos de un departamento del oeste de Uruguay. Período 2020- 2022. 29 de agosto de 2024 [citado 22 de febrero de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/21567>
 14. De A, Autocrítica LA, Las y. abordaje de la autocrítica y las dificultades en las relaciones interpersonales desde una perspectiva humanista integradora: un estudio de caso - Centro psicológico SMC. 2024 [citado 22 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/84028>

15. Lazar M, Davenport L. Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature. J Community Health Nurs [Internet]. 2 de enero de 2018 [citado 22 de febrero de 2025];35(1):28-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29323941/>
16. Nguyen NH, Subhan FB, Williams K, Chan CB. Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review. Healthcare [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 22 de febrero de 2025];8(2):112. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7349010/>
17. Cobertura sanitaria universal (CSU) [Internet]. [citado 22 de febrero de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
18. Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP, Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP. Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 22 de febrero de 2025];53(2):192-205. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Angeles M, Karina J, Reyes V, Adriana M, Alva C, Presidente RM, et al. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en adultos mayores con hipertensión arterial del Asentamiento Humano Villa Atahualpa_Nuevo Chimbote, 2022. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [Internet]. 19 de agosto de 2022 [citado 22 de febrero de 2025].

- 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/28655>
20. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. Biomed Res Int. 2015;2015.
 21. Eficacia de la telemedicina para mejorar la adherencia terapéutica en adultos con TMG - Psicoevidencias - Portal de gestión del conocimiento del Programa de Salud Mental de Andalucía [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/817-eficacia-de-la-telemedicina-para-mejorar-la-adherencia-terapeutica-en-adultos-con-tmg?utm_source=chatgpt.com
 22. MSP da un paso crucial hacia la equidad en salud: Nuevo sistema de monitoreo de desigualdades sociales - Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/msp-da-un-paso-crucial-hacia-la-equidad-en-salud-nuevo-sistema-de-monitoreo-de-desigualdades-sociales/?utm_source=chatgpt.com
 23. Garzón Villalba X, Leonardo Ruales Estupiñán J, Ángel Moreira García M, María Gabriela Aguinaga Romero M, Francisco Pérez Tasigchana R, José Francisco Javier Vallejo Flores M, et al. Autoridades MSP Autoridades Vicepresidencia República del Ecuador Ministerio de Salud Pública viceministerio de gobernanza y vigilancia de la salud.
 24. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y

- estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica* (Internet) [Internet]. 20 de diciembre de 2018 [citado 23 de febrero de 2025];59(4):251-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Evaluación de la baja adherencia a los psicofármacos - Instituto de Psicofarmacología [Internet]. [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://psicofarmacologia.com/psiquiatria-clinica/evaluacion-de-la-baja-adherencia-a-los-psicofarmacos?utm_source=chatgpt.com
 26. Castro Garcia MA. El Psicofármaco en Chile: Entre el Tratamiento Psiquiátrico, los efectos adversos y el Sufrimiento Psíquico. *Rumbos TS* [Internet]. 10 de diciembre de 2024 [citado 23 de febrero de 2025];19(33):105-34. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-77212024000300105&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Botero Ramírez S, Bibiana L, García C, López García KA, Rios Zuleta M, León J, et al. Influencia del tratamiento psicofarmacológico en las intervenciones psicoterapéuticas frente a la implementación de Teo-terapia en los procesos de rehabilitación ante adicciones en la ciudad de Medellín. *Sociol Health Illn* [Internet]. 14 de noviembre de 2023 [citado 23 de febrero de 2025];33(5):710-25. Disponible en: <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/4322>
 28. Magariños IJ, Martínez AF, de Velasco ES, Agustín E, Allué JL, López S. Estudio observacional prospectivo del impacto de los problemas de

acceso al tratamiento como factores de riesgo de la adherencia y persistencia. Estudio piloto. Farmacéuticos Comunitarios [Internet]. 14 de abril de 2023 [citado 23 de febrero de 2025];15(2):5. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11326676/>

CAPÍTULO IV

FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y FAMILIARES QUE

AFECTAN LA
ADHERENCIA A LA
MEDICACIÓN

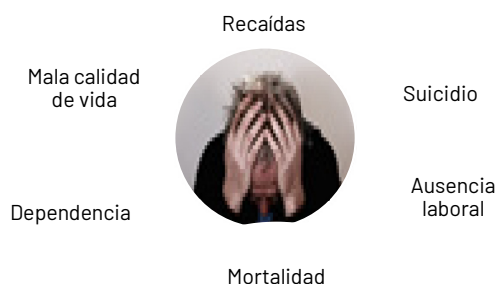


La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona de tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios de modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”(1).

Se especifica también a la adherencia como el grado en que la conducta de toma de medicamentos de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud en términos de tiempo, dosis y frecuencia(2).

La adherencia a los medicamentos prescritos en pacientes que padecen un trastorno mental es fundamental para la psicofarmacoterapia efectiva. El incumplimiento en la adherencia, se convierte una sólida muralla para la efectividad terapéutica en la experiencia clínica y se asocia con efectos negativos, incrementando el riesgo de recaída y el costo que representa para los sistemas de salud (3).

La falta de adherencia al tratamiento representa un elemento crítico especialmente en aquellos en que el régimen terapéutico es de larga duración, en la mayoría de los casos son usuarios gravemente enfermos con consecuencias en la calidad de vida y en la salud mental. Uno de los efectos más inmediatos de la no adherencia al tratamiento es la alta tasa de recaídas, mismos que presentan un incremento en el riesgo de autolesión, aumento del porcentaje de suicidios y mortalidad, mayor dificultad en reincorporarse a su trabajo y mayor predisposición a permanecer dependientes de sus familiares o cuidadores, que inciden directamente en la calidad de vida en las relaciones sociales y familiares(4).

Gráfico 1. Efectos de la no adherencia.

*Tomado de Di Lorenzo, et al (4)

La no adherencia al tratamiento abarca diversas áreas interrelacionadas que pueden agruparse en dos categorías principales. La primera está relacionada con los efectos en el paciente, siendo la más preocupante debido a su alta prevalencia entre personas con trastornos psicóticos. Esta situación conlleva un mayor riesgo de recaídas, reingresos hospitalarios, estancias prolongadas en instituciones de salud y un elevado riesgo de suicidio. La segunda categoría se refiere al impacto en el sistema de salud, conocido como el fenómeno de la "puerta giratoria", caracterizado por ingresos frecuentes y continuos de los mismos pacientes en unidades de atención psiquiátrica, lo que genera altas tasas de hospitalización (3).

La falta de adherencia en el tratamiento es una problemática de gran impacto a nivel mundial, en pacientes con enfermedades mentales crónicas. Se menciona una adherencia promedio del 50 %, se evidencia cifras menores en países vías de desarrollo. La falta de cumplimiento al tratamiento es la principal causa de no alcanzar los beneficios que los fármacos pueden

proporcionar a los pacientes; llegando en ocasiones al incremento en la dosificación, y un mayor riesgo de efectos secundarios en las personas (5).

La adherencia terapéutica del paciente con alteración en su salud mental es un aspecto prioritario en la atención por los profesionales e instituciones de Salud, que desempeñan un rol fundamental en el empoderamiento en relación a la adherencia de las personas con estos trastornos (6)

Demanda que los usuarios participen activamente y se establezca una interrelación terapéutica médico-paciente o enfermera-paciente, que está directamente relacionado con los rasgos de personalidad, valores, actitudes, creencias que son dimensiones de las diferencias personales en las predisposiciones a mostrar conductas consistentes (7).

La complejidad del tratamiento ocasionado por los pacientes polimedicados y la naturaleza crónica de la patología, se han determinado como factores que se asocian de forma negativa con la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico, determinando que los pacientes presenten un mayor riesgo de reincidencia, dando como resultado un elevado costo para los sistemas de salud (8).

Tipologías de adherencia

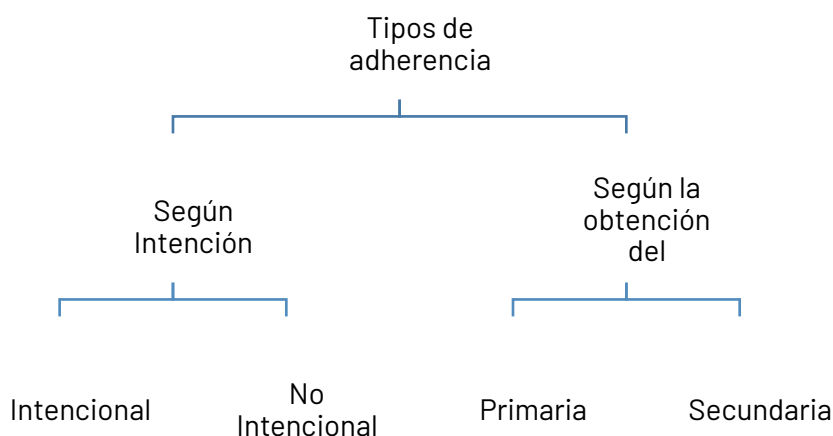
Se clasifica la adherencia al tratamiento de algunas formas, basados sí es intencionada o no intencionado. Intencional en la que se evidencia la clara voluntad del paciente de no tomar la medicación, las razones identificadas incluyen una percepción del paciente en relación con las creencias sobre la medicación, y la asequibilidad de este (9).

Así también en esta clasificación se incluyen una percepción deficiente, en la que está presente dos condiciones: conocimiento de la enfermedad y de la necesidad de cumplir la terapéutica prescrita, una forma negativa hacia el tratamiento farmacológico, reacciones adversas, relación médico-paciente (alianza terapéutica) deficiente, estigmatización y la voluntad del paciente a tolerar los efectos de los medicamentos (3,4)

La no intención, es el resultado de un olvido involuntario que se asocia a pérdida de la memoria, falta de autonomía del paciente y la complejidad de indicaciones, falta de establecimiento diario de rutinas y hábitos relacionados con el tratamiento, además abuso de sustancias, depresión, apoyo familiar/social, acceso a la atención de la salud mental, el tipo y estadio de la patología psiquiátrica, la falta de apoyo familiar y social (3,4,9)

Adherencia primaria y secundaria, que se consideran dos aspectos diferentes a la no adherencia. La primaria, esta se presenta cuando se le prescribe un nuevo tratamiento a un paciente, y no llega a la farmacia a retirar el medicamento (10).

Secundario, este hace referencia a la toma incorrecta del medicamento relacionado con la dosis, hora, olvido de dosis, aumentar la frecuencia de la dosis, suspender el fármaco temprano antes de la fecha recomendada por el profesional, o no obteniendo una nueva prescripción (9).

Gráfico 2. Tipos de adherencia al tratamiento

Tomado de Ibarra O, et al (9), Adams A, et al (10).

Cuando se realiza un seguimiento para determinar el cumplimiento del tratamiento, se pueden identificar distintos tipos de incumplimiento que afectan la adherencia del paciente a la terapia prescrita (11).

El incumplimiento parcial se refiere a aquellos casos en los que el paciente presenta una adherencia muy baja a la terapéutica, lo que puede comprometer la efectividad del tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones.

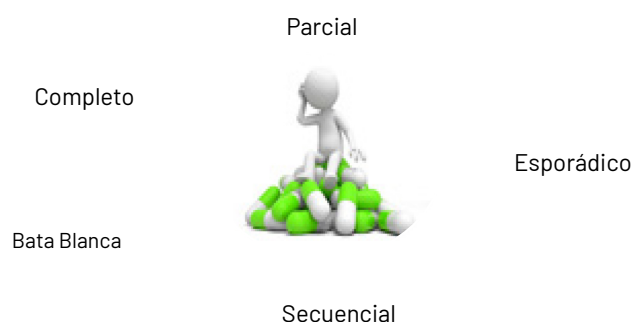
El incumplimiento esporádico ocurre cuando el usuario incumple el tratamiento de manera ocasional. Este tipo de incumplimiento es frecuente en adultos mayores, quienes pueden olvidar tomar sus medicamentos o reducir las dosis por temor a los efectos secundarios.

El incumplimiento secuencial se da cuando el usuario suspende la toma de los medicamentos durante los períodos en los que se siente bien, pero la retoma inmediatamente cuando reaparecen los síntomas. Este comportamiento es similar al concepto de "vacaciones terapéuticas", en el cual el paciente interrumpe temporalmente su tratamiento de manera intencionada.

El cumplimiento de bata blanca se presenta cuando el paciente mantiene una adherencia adecuada únicamente en los momentos cercanos a una consulta médica. Este fenómeno es común en algunas enfermedades crónicas, donde la supervisión del profesional de salud influye en la conducta del paciente.

Finalmente, el incumplimiento completo ocurre cuando el paciente suspende el tratamiento de manera definitiva. Este tipo de incumplimiento es más frecuente en pacientes jóvenes con enfermedades crónicas, lo que puede tener consecuencias graves para su salud.

Gráfico 3. Tipos de incumplimiento al tratamiento



Tomado de Srimongkon P, et al (11).

La adherencia al tratamiento es un proceso continuo, en la que se presentan algunas etapas: (11).

El "inicio" se denomina cuando un paciente ingiere la primera dosis del fármaco prescrito, continúa con la "implementación" hasta que haya ingerido la última dosis y no se tomen más dosis después, viene la tercera fase que se conoce como "discontinuación"

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional complejo que engloba una amplia gama de factores, que no se relaciona únicamente con el cumplimiento del tratamiento farmacológico, también está determinada por la modificación del estilo de vida, el paciente en su enfermedad, los profesionales de salud que prestan atención y finalmente los factores económicos/sociales(12).

La falta de disciplina al tratamiento se ha relacionado con el uso frecuente de las unidades psiquiátricas de emergencia, violencia, arrestos, un alto peligro de intento autolítico, ejercicio social y laboral defectuoso y deterioro de la calidad de vida. En pacientes que utilizan medicamentos psicotrópicos pueden llevar a una exacerbación de su patología, reducir la eficacia de la terapéutica, y disminución o resistencia en un tratamiento posterior(3).

Los pacientes con trastornos psiquiátricos como la ansiedad, depresión y estrés presentan una mínima respuesta clínica a pesar de estar con tratamiento con varios fármacos antipsicóticos, se considera que presentan un fracaso al tratamiento parcial o total ocasionado por varios factores como

la resistencia al tratamiento, el ajuste del régimen del tratamiento y tolerancia, como también a una adherencia terapéutica baja a estos medicamentos (9).

El incumplimiento del tratamiento agrava la intensidad de los episodios y duplica el riesgo de intento autolítico en personas bipolares con trastorno depresivo mayor. La adherencia terapéutica es un factor protector modificable en la prevención del suicidio en estos pacientes (3).

La no adherencia psicofarmacológica se relaciona con un mayor riesgo de recaídas y como resultado un incremento en los costos en el sistema de salud. El modelo de la adherencia a la medicación psicofarmacológica propone cuatro dimensiones: susceptibilidad percibida (fragilidad a la patología), severidad (compromiso de la patología), barreras (dificultades para enfrentar la patología) y beneficios (creados sobre la eficacia de las acciones para enfrentar a la patología). Según este patrón todos los elementos, unido con los factores sociodemográficos, psíquicos, estructurales y los estímulos que desencadenan la acción, explican las conductas relacionadas con la salud. Al mismo tiempo, se ha encontrado que la adherencia al tratamiento psicofarmacológico se asocia a particularidades del paciente, desde factores sociodemográficos y clínicos hasta estados y procesos psicológicos (8).

Imagen 4. Factores que influyen en la falta de adherencia en trastornos mentales



Fuente: Elaborado IA

Relacionados con el paciente:

La edad, género, nivel de formación, grado de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y la actitud hacia los mismos.

Además, se señalan otros factores que pueden influir negativamente, no aceptar su enfermedad, la falta de confianza en la terapéutica, en los profesionales, la percepción negativa a los medicamentos prescritos, las creencias, los estigmas culturales, deficiencias sensoriales, el aislamiento social, y un bajo nivel socioeconómico, el sistema de salud, la severidad de la

sintomatología clínica, la función cognitiva, y el abuso de drogas y alcohol (11-14).

Particularidades sociodemográficas de los usuarios tratados con fármacos antipsicóticos se relacionan con la no adherencia a los medicamentos en la población más joven y en aquellos donde el inicio del trastorno mental es precoz (11).

La asociación entre la gravedad de la sintomatología clínica de los síntomas y la adherencia a los medicamentos antipsicóticos es discutida; un alto nivel de bienestar intrínseco y los resultados de la terapéutica no indican una mejor adherencia (9).

Así también el número de ingresos previos y el tiempo que transcurre, a partir de la última hospitalización, no son indicadores de adherencia, por lo contrario, la frecuencia de ingresos involuntarios del paciente nos indica la no adherencia (9).

En algunas investigaciones, la falta de adherencia a los fármacos antipsicóticos se presenta con mayor prevalencia en aquellos usuarios diagnosticados de enfermedad mental grave como esquizofrenia, seguido de alteraciones del estado de ánimo, depresión y trastorno afectivo bipolar (8).

La percepción del paciente con un trastorno mental, su reactancia psicológica (es decir, la reacción emocional que surge cuando interpreta la prescripción como una limitación de su autonomía) y su autoeficacia (las creencias sobre su capacidad para afrontar problemas relacionados con su salud) han demostrado ser factores clave. Estos procesos psicológicos

influyen en la adherencia al tratamiento, destacando la importancia de una baja reactividad psicológica y un adecuado control externo de la salud por parte de profesionales o personas significativas en la vida del paciente. Además, la autoeficacia juega un papel fundamental en la continuidad del tratamiento en personas con trastornos psiquiátricos (15).

En general, los estudios que indican que los datos sobre procedencia de los pacientes (medio rural en relación con el urbano) no muestran diferencias frente a la adherencia al tratamiento. La OMS atribuye un efecto importante a la condición de un nivel socioeconómico bajo, la pobreza, el nivel educativo bajo, disfuncionalidad familiar, la falta de empleo, la no existencia de redes de apoyo social, condiciones de vida inestables, la falta de accesibilidad, el costo del transporte, de los medicamentos, circunstancias ambientales cambiantes, la cultura, valores, creencias, costumbres populares con relación a la patología (9).

La raza es un factor predictivo de la adherencia al tratamiento, la etnia a la que corresponde, las opiniones culturales son el juicio subyacente de los contrastes raciales y la falta de equidad social son también causas que influyen en la adherencia (16).

La edad es un factor que incide en la adherencia, los adolescentes son menos adherentes en relación a niños pequeños, como consecuencia de los cambios que se producen en esta etapa que hacen frente con la autoestima, la imagen corporal, la definición de roles sociales y vínculos con sus compañeros, estos dependen de la capacidad de los padres o cuidadores para cumplir con el tratamiento. La falta de adherencia afecta también a los

ancianos por sus deficiencias cognitivas, funcionales, sensoriales, discapacidad y la falta de recursos sociales y económicos(9).

En relación con el sexo, las mujeres son más adherentes que los hombres e incluso son las que se responsabilizan del resto del entorno familiar. Respecto al nivel de escolaridad, los pacientes con mayor formación son los que más cuestionan los regímenes terapéuticos y tienen baja adherencia en comparación con aquellos con niveles bajos de educación que tienen una mayor adherencia (9).

La situación laboral del paciente influye en la adherencia, retiran menos medicación que corresponden a los que se encuentran laboralmente activos, de la misma manera los usuarios desempleados tienen niveles bajos de adherencia (17).

Gráfico 5. Factores sociodemográficos y económicos que influyen en la adherencia



Fuente: Elaborado con IA.

Relacionados con el tratamiento

La actitud de los usuarios hacia los medicamentos es un elemento clave que incide en la adherencia al régimen terapéutico, una actitud negativa hacia su medicación es una condición asociada específicamente a los tratamientos psicotrópicos. Los trastornos cognitivos relacionados con la propia patología determinan que el paciente no acepte el medicamento; la conciencia de la necesidad de la medicación se afecta cuando la persona con trastorno mental tiene la creencia que los fármacos le harán daño, la distorsión de la realidad cuando tiene alucinaciones auditivas que le dicen que ingiera el medicamento, por tanto, él considera que ingerir el fármaco no es algo natural (11).

La complejidad del tratamiento relacionado directamente con el número de fármacos, tomas diarias y la duración del mismo, también las restricciones en la dieta y la vía de administración, los efectos adversos o secundarios desagradables de la medicación (sabor, discinesias, etc.) y la aceptación de los tratamientos (12,13).

La atribución de efectos adversos al tratamiento farmacológico es la causa principal de que los pacientes dejen de tomar los medicamentos, sin consultar a los profesionales de la salud. Se indica que un 90% de los pacientes manifiestan al menos un efecto secundario, la mayoría se clasifican como leve (cefalea, diaforesis, mucosas orales secas) y que esta sintomatología puede ser tolerada, hay otros que pueden ser más molestos, como las náuseas, diarreas, disfunción sexual, vértigo, estos influyen en la interrupción del tratamiento (18).

Relacionados con la enfermedad: la adherencia terapéutica se relaciona con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad que puede ser física, psicológica y social, la mejoría clínica y la duración de la enfermedad. Los pacientes con una sola enfermedad diagnosticada y la presencia de patologías que revisten menor gravedad presentan tasas de adherencia inferiores en relación con aquellos con dos o más enfermedades, así como aquellas enfermedades crónicas que evolucionan de forma asintomática, las patologías psiquiátricas, determinan una barrera para la adherencia terapéutica (12).

La adherencia al tratamiento se ve influenciada por la presencia de comorbilidades y el consumo de drogas y alcohol. Otros factores determinantes incluyen la intensidad de los síntomas, el nivel de discapacidad en diversas áreas (física, cognitiva, social, vocacional, etc.), la rapidez de progresión de la enfermedad, la gravedad del trastorno y la accesibilidad a tratamientos (19).

Relacionados con los profesionales / sistema sanitario: Una comunicación deficiente entre el profesional de salud y el paciente es un factor de no adherencia al tratamiento, por tanto, un buen grado de insight es un factor clave que ayuda a pacientes con trastornos mentales durante el proceso terapéutico (11).

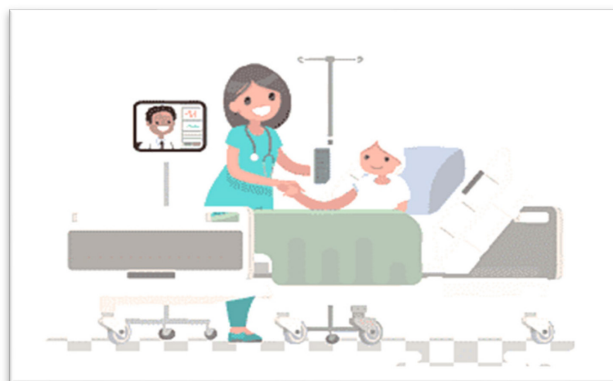
Dentro de este ámbito existen factores relacionados con la información proporcionada sobre la enfermedad, el tratamiento, una falta de confianza hacia el profesional sanitario o una insatisfacción con la atención recibida, además de centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes. Así mismo las barreras relacionadas con la accesibilidad, los

tiempos de espera, horarios, disponibilidad de insumos y materiales, medicamentos, cambios del personal de salud, falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención de salud, la dificultad en el acceso a fármacos psicotrópicos cuando estos no están financiados o proporcionados, la falta de educación a los usuarios y/o familiares, cuidadores en relación con la salud mental, determinan una adherencia negativa (11,13,20).

La interacción entre el profesional de la salud y el paciente es fundamental para fortalecer la adherencia al tratamiento. Esta comunicación debe ser una herramienta esencial en la atención, facilitando el diagnóstico, la elección del régimen terapéutico y el seguimiento. Además, los tratamientos deben adaptarse a las necesidades individuales del paciente, a su rutina diaria y mantener un equilibrio adecuado entre los riesgos y beneficios (21).

Para alcanzar un nivel óptimo de adherencia se debe transmitir la información sobre la enfermedad y gravedad, de forma clara, sencilla y comprensible, cuál es el objetivo del tratamiento que debe seguir, dosis correcta, la frecuencia, la duración de la terapia y permitir que el usuario exprese sus percepciones, creencias y opiniones. Es importante humanizar la atención al explicar todo lo relacionado con el régimen terapéutico (21).

Gráfico 6. Relación Profesional de salud paciente.



Fuente: Elaborado IA

Factores familiares que influyen en la adherencia al tratamiento.

En el actual modelo de atención comunitaria, el rol de la familia en el cuidado de los pacientes es fundamental, se convierte en el principal recurso para la atención y mantenimiento en la comunidad de los individuos con trastornos mentales, además ha llevado a la reducción a largo plazo en la utilización de los servicios de psiquiatría (13).

Al asumir la familia esta tarea, ha llevado a consecuencias, por ser cuidador y a la vez cumplir con su función familiar habitual, provocando “carga”, señalando que hay algunos pacientes que se constituyen una fuente importante de apoyo en el entorno familiar, colaboran en actividades domésticas y proporcionan acompañamiento (13).

La actitud de los familiares y personas cercanas al paciente frente al trastorno mental influye en la adherencia al tratamiento, pues la enfermedad

no afecta únicamente al individuo que la padece sino a los que conviven con él, al presentar recaídas alterando la estabilidad familiar.

La familia puede convertirse en un desencadenante de las recurrencias de la enfermedad cuando hay una exageración de las emociones, comentarios negativos, estos se relacionan directamente con las recaídas de los pacientes (13)

Por tanto, las familias, que se comprometen con el cuidado y asistencia del paciente con enfermedad mental, se enfrentan a variadas condiciones que determinan una sobrecarga para sus integrantes, mismos que se ven frecuentemente afectados por sentimientos de molestia y sufrimiento. En la actualidad, las actividades en las que participa la familia de pacientes con estos trastornos se centran principalmente en la rehabilitación y la prevención de recaídas, con menor énfasis en la promoción de la salud o en la integración de otros miembros de la familia. Esto podría indicar una falta de conciencia sobre el impacto que la convivencia con el paciente tiene en sus familiares (22).

Esta falta de cumplimiento del tratamiento ha provocado mayor dificultad en el manejo del paciente y en el alcance de los objetivos terapéuticos, además va a producir elevados costos en el sistema de salud (22).

Familia y tratamiento

La familia es un elemento clave al hablar de adherencia al tratamiento, se constituye en la primera red de apoyo de pacientes con trastorno mental, es fundamental el rol que cumple para asegurar que se lleve a cabo la

prescripción médica, con la participación activa en el proceso terapéutico; esta participación incluye una labor de ajuste en la propia familia para su adaptación al trastorno mental, pues todos los integrantes de la familia viven la enfermedad mental (23).

Actitudes de la familia hacia el paciente

Un aspecto primordial de la familia es en relación con las actitudes de esta frente al paciente, pues constituye el soporte afectivo que motiva al paciente con esta condición, para afrontar el tratamiento, al considerar que tiene el apoyo, acompañamiento que permite el proceso de adaptabilidad (23).

Factores que afectan negativamente la adherencia familiar

Entre ellas se evidencia historia de conflicto familiar, falta de una adecuada comunicación entre la familia del paciente y los profesionales de la salud que brindan el tratamiento, e incluso conjeturas negativas de la familia hacia los profesionales. Otro factor está relacionado con el aislamiento que la familia impone al paciente debido a sentimientos de vergüenza o estigmatización, o la transferencia de la responsabilidad familiar hacia otros (23).

Factores negativos que puedan influir en la adherencia familiar, como los conflictos dentro del núcleo familiar, el daño físico o emocional sufrido entre el paciente y sus familiares, así como actitudes de rechazo o aislamiento social debido a la estigmatización del paciente. Además, una comunicación deficiente con el equipo profesional (24).

Gráfico 7. Factores que afectan la adherencia familiar.

Tomado de Roura D, et al (24)

El apoyo familiar es un facilitador de la adherencia al tratamiento, los integrantes de una familia bien informados podrán afrontar mejor su enfermedad y su manejo, contar con apoyo social conlleva la mejora de la adherencia a la medicación en enfermedades crónicas, entre ella los trastornos mentales, así como a la mejora de los síntomas ocasionados por estas patologías psiquiátricas (25).

La adhesión familiar puede concebirse tanto como un compromiso activo en el cuidado del paciente como un proceso que fortalece los vínculos afectivos, ayudando a disminuir la carga emocional y el sufrimiento de pacientes, cuidadores y familiares. Esta participación debe incluir un trabajo

dentro del núcleo familiar para facilitar su ajuste y adaptación al trastorno mental, ya que la enfermedad afecta a todos sus miembros (23).

Factores sociales que influyen en la adherencia al tratamiento.

La vida relacional y laboral de los pacientes con trastornos mentales presentan variaciones, algunos se encuentran retirados socialmente, desarrollando su vida exclusivamente en el entorno de la familia más cercanos, otro grupo buscan apoyo en diferentes entidades y recursos de las Redes de Salud Mental, y finalmente hay pacientes con estas alteraciones que van hacia la autonomía y empoderamiento relacionado con su ocupación y relaciones personales (26).

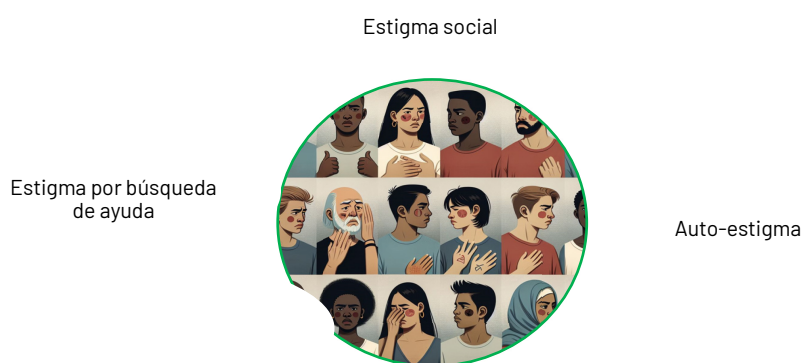
Los fenómenos que impactan a las personas con trastornos mentales es el estigma, que desde la psicología social se describe como un constructo social que incluye comportamiento, actitudes, sentimientos y creencias negativas vinculados a los estereotipos sobre la enfermedad. Esto produce una discriminación que se ha reflejado en exclusión, maltrato y limitación de su participación social, provocando, además, retrasos o latencia en la consulta oportuna a los servicios de salud para continuar con el régimen terapéutico (27).

En la salud mental se conocen tres tipos principales de estigma: el estigma social (*social stigma*), el auto-estigma (*self-stigma*) y el estigma por búsqueda de ayuda (*label avoidance*).

El estigma se relaciona con baja autoestima, reducción en la calidad de vida, sensación de fragilidad y menor capacidad de adaptación, lo que lleva a

una adherencia deficiente al tratamiento, una recuperación más lenta y un pronóstico más desfavorable. Además, se ha observado una relación cada vez mayor con el riesgo de suicidio (28).

Gráfico 8: Tipos de estigma



Tomado de Durango J, et al (28).

Dentro de este factor social también es importante resaltar la estigmatización por parte de los profesionales de la salud se presenta fundamentalmente en el área de atención primaria, los profesionales principalmente los médicos pueden asumir actitudes hacia la culpabilización al paciente, circunstancia que puede mejorar al ser tratados con especialistas dentro de la salud mental (29).

Las consecuencias negativas que produce el estigma se encuentran: baja autoestima, pérdida del sentido de empoderamiento, desesperanza, reducción en el placer de vivir y en la calidad de vida, baja adherencia al tratamiento, menor apoyo social (30).

Gráfico 9. Consecuencias negativas del estigma.**Fuente:** Elaborado IA

El estigma hacia las personas que padecen trastornos mentales tiene consecuencias destructivas siendo una potente barrera de acceso y adherencia a la terapéutica su recuperación, ejercicio social, comprometiendo de manera significativa la autonomía del paciente, que se relaciona directamente con problemas de afiliación al campo laboral, tienden al aislamiento y disminuye la búsqueda de asistencia, desmoralización, ostracismo y aislamiento.

Además, influyen en las conductas de autocuidado, las personas con trastornos mentales presentan disminución o falta de actividad física, dietas no equilibradas y descuido de su higiene personal (31).

Referencias bibliográficas

1. Ortega JJ, Sánchez D, Rodríguez ÓA, Ortega JM, Ortega JJ, Sánchez D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 3];16(3):226–32. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Woodward SC, Bereznicki BJ, Westbury JL, Bereznicki LRE. The effect of knowledge and expectations on adherence to and persistence with antidepressants. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2016 May 6 [cited 2025 Mar 3];10:761–8. Available from: <https://www.dovepress.com/the-effect-of-knowledge-and-expectations-on-adherence-to-and-persisten-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>
3. Rodríguez E, Mora F, Rodríguez G, Ceballos I, Del Aguila V. Manual para la mejora de la adherencia en salud mental- [Internet]. 1st ed. Vol. 1. Alicante: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2022 [cited 2025 Mar 3]. Available from: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_adherencia_saludmental/manualSMENTAL_.pdf?ts=20230305195643
4. Di Lorenzo R, Perrone D, Montorsi A, Balducci J, Rovesti S, Ferri P. Attitude Towards Drug Therapy in a Community Mental Health Center Evaluated by the Drug Attitude Inventory. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2020 Jun 17 [cited 2025 Mar 3];14:995–1010. Available from:

<https://www.dovepress.com/attitude-towards-drug-therapy-in-a-community-mental-health-center-eval-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

5. Carazas-Vera MS. Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2024 Dec 31 [cited 2025 Mar 3];87(4):333–45. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/5093>
6. Laranjeira C, Carvalho D, Valentim O, Moutinho L, Morgado T, Tomás C, et al. Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023, Vol 20, Page 3869 [Internet]. 2023 Feb 22 [cited 2025 Mar 3];20(5):3869. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/5/3869/html>
7. Emilsson M, Gustafsson P, Öhnström G, Marteinsdottir I. Impact of personality on adherence to and beliefs about ADHD medication, and perceptions of ADHD in adolescents. BMC Psychiatry [Internet]. 2020 Mar 30 [cited 2025 Mar 3];20(1):1–10. Available from: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02543-x>
8. Marrero RJ, Fumero A, de Miguel A, Peñate W. Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental

- health patients: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020 Oct 1;103(10):2116–31.
9. Ibarra O, Ramón B, Verdugo M. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento [Internet]. 1st ed. Vol. 1. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2017 [cited 2025 Mar 3]. 139–165 p. Available from: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
 10. Adams AJ, Stolpe SF. Defining and Measuring Primary Medication Nonadherence: Development of a Quality Measure. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy JMCP* May [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 3];22(5):516–39. Available from: www.jmcp.org
 11. Srimongkon P, Aslani P, Chen TF. A systematic review of measures of medication adherence in consumers with unipolar depression. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2019 Jan 1;15(1):3–22.
 12. Labarta A, García C, Bernard D, Pelet E, Mata C, Aznárez M. Factores condicionantes y estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Revisión sistemática. 2023 [cited 2025 Mar 3]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/factores-condicionantes-y-estrategias-para-mejorar-la-adherencia-terapeutica-revision-sistemica/>
 13. Pérez C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Revista de Enfermería y Salud Mental* [Internet]. 2015 May 1;(1):16–22. Available

from: <https://enfermeriaysaludmental.com/revista-de-enfermeria-y-salud-mental.php?r=1>

14. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Syst Rev [Internet]. 2020 Jan 16 [cited 2025 Mar 3];9(1):1-18. Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-020-1274-3>
15. Pennington M, McCrone P. Does Non-Adherence Increase Treatment Costs in Schizophrenia? Pharmacoeconomics [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2025 Mar 3];36(8):941-55. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40273-018-0652-3>
16. Abdulrahman SA, Rampal L, Othman N, Ibrahim F, Kadir Shahar H, Radhakrishnan AP. Socioeconomic Predictors of Adherence Behavior Among HIV-Positive Patients Receiving Antiretroviral Therapy in Selangor, Malaysia. Asia Pac J Public Health [Internet]. 2017 May 1 [cited 2025 Mar 3];29(4):304-14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28397533/>
17. Zullig LL, Stechuchak KM, Goldstein KM, Olsen MK, McCant FM, Danus S, et al. Patient-reported medication adherence barriers among patients with cardiovascular risk factors. J Manag Care Spec Pharm [Internet]. 2015 [cited 2025 Mar 3];21(6):479-85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26011549/>

18. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, et al. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2025 Mar 3];43(2):189–202. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/thy8TnJ5D3StNgt3vbKJMTc/?lang=en>
19. Misri S, Eng AB, Abizadeh J, Blackwell E, Spidel A, Oberlander TF. Factors impacting decisions to decline or adhere to antidepressant medication in perinatal women with mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* [Internet]. 2013 Nov [cited 2025 Mar 3];30(11):1129–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23780823/>
20. Pagès N, Valverde I. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora Medication Adherence: Modifiers and Improvement Strategies. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 3];59(4):251–8. Available from: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
21. Gardner AJ, Gray AL, Self S, Wagener JS. Strengthening care teams to improve adherence in cystic fibrosis: a qualitative practice assessment and quality improvement initiative. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2017 Apr 10 [cited 2025 Mar 3];11:761. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5391831/>
22. Roldán GM, Salazar IC, Garrido L. LA ASERTIVIDAD Y LA SALUD DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

- GRAVE . Behavioral Psychology / Psicología Conductual. 2014;22:501-21.
23. Martín Padilla E, Obando Posada D, Sarmiento Medina P. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. Aten Primaria. 2018 Nov 1;50(9):519-26.
24. Roura DA, Figa EG, Mayoraz JB. La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento. FMC [Internet]. 2014 Nov 1 [cited 2025 Mar 3];21(9):538-40. Available from: <https://www.fmc.es/es-la-comunicacion-con-el-paciente-y-la-adh-articulo-S1134207214708412>
25. González De León B, Sacks AA, Ramos García V, Acosta F, Rodríguez Álvarez C, Del Mar M, et al. Barreras y facilitadores de la adherencia a los fármacos antidepresivos: un estudio exploratorio cualitativo con pacientes y psiquiatras barriers and facilitators to adherence to antidepressant treatment: a qualitative study with patients and psychiatrists. 2022 [cited 2025 Mar 3]; Available from: www.interpsiquis.com
26. Madoz A, Ballesteros J, Leira M, García E. Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica The Need of a New Integral Approach to Patient Care with Severe Mental Disorder Thirty Years after the Psychiatric Reform. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 3];91:1-8. Available from: www.msc.es/resp

27. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Mar 3];31(2):169–73. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195>
28. Durango JS, Echeverri PJ, Valencia JG, Uribe E, Cárdenas LG. Autoestigma y estigma por búsqueda de ayuda en estudiantes y profesionales de la salud: una revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2023 Nov 1;34(6):400–10.
29. Sandhu HS, Arora A, Brasch J, Streiner DL. Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. <https://doi.org/10.1177/0706743718792193> [Internet]. 2018 Jul 29 [cited 2025 Mar 3];64(3):209–17. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743718792193>
30. Hasson I, Mashiach M, Lysaker PH, Roe D. Self-clarity and different clusters of insight and self-stigma in mental illness. *Psychiatry Res*. 2016 Jun 30;240:308–13.
31. Trigueros R, Navarro N, Mercader I, Aguilar-Parra JM, Lopez-Liria R, Rocamora-Pérez P. Self-Stigma, Mental Health and Healthy Habits in Parent of Children with Severe Mental Disorder. *Psychol Res Behav Manag* [Internet]. 2022 Feb 2 [cited 2025 Mar 3];15:227–35. Available from: <https://www.dovepress.com/self-stigma-mental-health-and->

[healthy-habits-in-parent-of-children-wit-peer-reviewed-fulltext-article-PRBM](#)

CAPÍTULO V

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN EN TRASTORNOS MENTALES:

INSTRUMENTOS Y
ENFOQUES DESDE LA
ENFERMERÍA



1. Introducción

La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos mentales es un factor determinante en la efectividad de la terapia y en la evolución de la enfermedad. Sin embargo, numerosos estudios han evidenciado que la falta de adherencia sigue siendo un problema de salud pública con repercusiones clínicas y socioeconómicas representativas (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que aproximadamente el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas, incluidas las patologías psiquiátricas, no siguen adecuadamente sus tratamientos farmacológicos (2). Esta situación es particularmente preocupante en el ámbito de la salud mental, ya que la falta de adherencia puede derivar en recaídas, hospitalizaciones recurrentes, cronificación de la enfermedad y un deterioro relevante en la calidad de vida de los pacientes (3).

En el ámbito de los trastornos mentales, la adherencia terapéutica se ve influenciada por múltiples factores, tanto individuales como contextuales. Entre los factores individuales se incluyen la percepción del paciente sobre su enfermedad y la necesidad del tratamiento, el nivel de conocimiento sobre su patología, los efectos adversos de la medicación y la presencia de síntomas cognitivos o psicóticos que pueden afectar su capacidad de toma de decisiones (4). A nivel contextual, la adherencia está determinada por el acceso a los servicios de salud, la relación terapéutica con los profesionales sanitarios, el apoyo familiar y social, y la presencia de estigmas asociados a los trastornos psiquiátricos (5).

El incumplimiento de los tratamientos con medicamentos psiquiátricos tiene un impacto negativo, tanto en los pacientes como en la sociedad en

general. Esto puede resultar en síntomas más severos, recaídas, hospitalizaciones repetidas, un mayor riesgo de suicidio y una disminución en la calidad de vida de los pacientes. Además, la sociedad se ve afectada por la pérdida de productividad de los pacientes y el aumento en los gastos de atención médica asociados (6).

Desde la enfermería, el monitoreo y la promoción de la adherencia a la medicación son aspectos clave del cuidado. La enfermería desempeña un papel fundamental en la educación del paciente, la supervisión del cumplimiento terapéutico y la implementación de estrategias personalizadas para mejorar la adherencia. Según Hartley et al., la intervención enfermera ayuda a la adherencia al tratamiento psiquiátrico, así como disminuye las tasas de recaídas de los pacientes (4). Además, los profesionales de enfermería tienen un contacto cercano y frecuente con los pacientes, lo que les permite identificar tempranamente signos de no adherencia y trabajar en intervenciones oportunas.

Para evaluar la adherencia a la medicación en pacientes con trastornos mentales, se han diseñado diversos instrumentos de medición que incluyen escalas autoadministradas, entrevistas clínicas estructuradas y métodos indirectos como el registro de dispensación farmacéutica (7). Entre los instrumentos más utilizados se encuentran la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8) y la Medication Adherence Rating Scale (MARS), ambas validadas en diferentes contextos clínicos (8,9). Estudios recientes sugieren que el uso combinado de múltiples herramientas de evaluación mejora la precisión en la determinación del grado de cumplimiento terapéutico, permitiendo intervenciones más efectivas y personalizadas (10).

La falta de adherencia a la medicación en trastornos mentales está influenciada por diversos factores, entre ellos las creencias sobre la enfermedad, los efectos adversos percibidos, la complejidad del tratamiento y el estigma social asociado a los trastornos psiquiátricos (11). Según el estudio de García et al. (12) "las percepciones negativas sobre la medicación psiquiátrica representan una barrera significativa para la adherencia". En este contexto, el rol de enfermería es fundamental, no solo para la administración de fármacos, sino también para la educación del paciente y la implementación de estrategias que favorezcan la adherencia a largo plazo. Intervenciones como la psicoeducación, el establecimiento de rutinas estructuradas, el uso de recordatorios y la inclusión de la familia en el proceso de tratamiento han demostrado ser eficaces para mejorar la adherencia en pacientes con trastornos mentales (13).

Este capítulo abordará los principales instrumentos utilizados para la evaluación de la adherencia a la medicación en trastornos mentales, así como los enfoques desde la enfermería para mejorar el cumplimiento terapéutico. Comprender estos aspectos permitirá optimizar las intervenciones clínicas y contribuir a mejores resultados en la atención de los pacientes con enfermedades psiquiátricas.

En un contexto donde la adherencia terapéutica continúa siendo un reto para los sistemas de salud, la implementación de herramientas de evaluación efectivas y estrategias de intervención adecuadas resulta esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir las complicaciones derivadas del incumplimiento terapéutico.

2. MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale)

2.1 Descripción de la Escala MMAS-8

El cuestionario de Morisky-Green es ampliamente reconocido y utilizado en la práctica clínica e investigación para evaluar la adherencia terapéutica. La versión original contiene cuatro preguntas con respuestas dicotómicas de sí/no, diseñadas para identificar obstáculos para el cumplimiento del tratamiento. Esta prueba, también conocido como Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4), ha sido validado en diversas condiciones crónicas y poblaciones, incluyendo hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y adultos mayores con patologías crónica (14).

El cuestionario se administra mediante una entrevista clínica, donde se formulan al paciente cuatro preguntas entremezcladas sobre sus actitudes hacia la medicación. Se asume que el paciente no se adhiere al tratamiento si las actitudes reflejadas en sus respuestas no son correctas, y se considera adherente si responde correctamente a las cuatro preguntas siguiendo el patrón No/Sí/No/No.

Tabla 1.

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)

Pregunta	Si	No
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Fuente: Tomado de Morisky DE, Green LW, Levine DM (6).

En el año 2008 se publicó una nueva versión de la “Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky (MMAS-8)” que consta de ocho ítems diseñados a partir de las cuatro preguntas originales para detectar patrones de adherencia en los pacientes mediante preguntas cerradas. Estas preguntas abordan aspectos como el olvido de dosis, la interrupción voluntaria del tratamiento y las dificultades percibidas para seguir el régimen terapéutico (6).

El MMAS-8 ha sido validado en múltiples estudios y su utilidad ha sido comprobada en diversas poblaciones, incluidas aquellas con trastornos

mentales. Se considera una escala sencilla de aplicar en entornos clínicos y comunitarios, proporcionando información rápida sobre los hábitos de medicación de los pacientes (7).

El cuestionario MMAS-8 utiliza un sistema de puntuación en el que cada respuesta afirmativa suma un punto, mientras que las respuestas negativas no agregan valor. La puntuación final oscila entre 0 y 8, clasificando la adherencia en tres niveles: alta (8 puntos), moderada (6-7 puntos) y baja (menos de 6 puntos)(8).

Tabla 2.

Componentes de la Escala MMAS-8

Pregunta	Si	No
1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?		
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?		
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque		

se sentía peor cuando las tomaba?		
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?		
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?		
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?		
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?		
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? Nunca/Raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente.... Siempre		

Fuente: Tomado de Morisky DE, Green LW, Levine DM (6).

2.2 Aplicación de la MMAS-8 en Pacientes Psiquiátricos

La aplicación de la MMAS-8 en pacientes psiquiátricos ha permitido identificar patrones de adherencia específicos en condiciones como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión mayor. En estos pacientes, la falta de adherencia está estrechamente relacionada con factores como el deterioro cognitivo, la negación de la enfermedad y la presencia de efectos secundarios de la medicación (9). La identificación de estos factores a través de la MMAS-8 permite a los profesionales de enfermería diseñar intervenciones personalizadas para mejorar la adherencia y reducir el riesgo de recaídas.

En estudios recientes, se ha observado que los pacientes psiquiátricos con baja adherencia según la MMAS-8 tienen mayores tasas de hospitalización y un peor pronóstico a largo plazo (10). Asimismo, la implementación de la escala en el seguimiento clínico permite a los enfermeros detectar de manera temprana cambios en el comportamiento del paciente en relación con su medicación y ajustar las estrategias de intervención (11).

Así mismo, la MMAS-8 se ha utilizado en combinación con entrevistas clínicas y registros farmacéuticos para obtener una visión más integral del comportamiento del paciente con respecto a su tratamiento. Esta combinación de herramientas mejora la precisión en la evaluación de la adherencia y facilita la implementación de estrategias educativas y motivacionales basadas en las necesidades individuales del paciente (12).

En el contexto de la atención comunitaria, la MMAS-8 ha demostrado ser útil para identificar barreras socioeconómicas que afectan la adherencia,

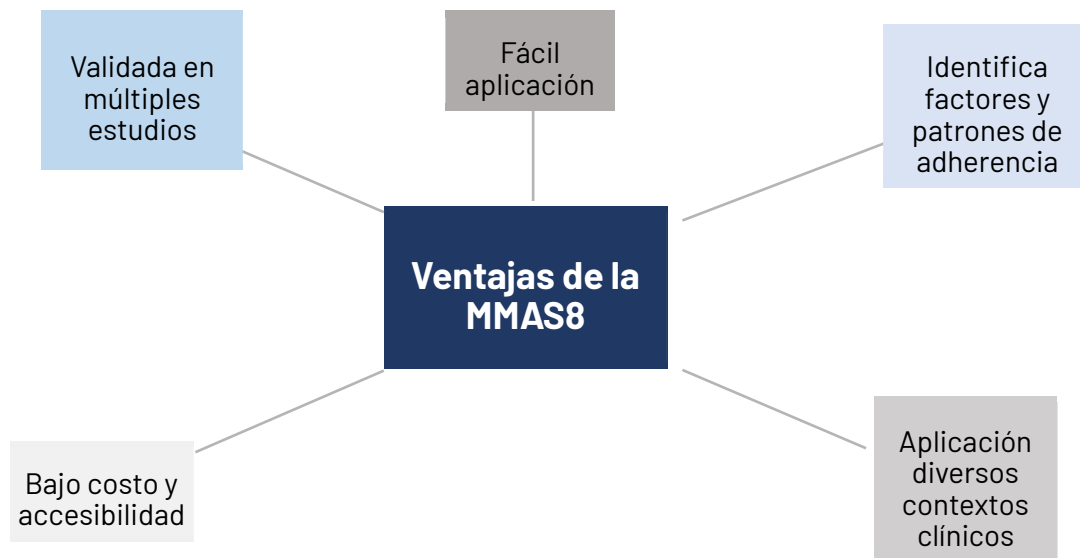
como la falta de acceso a medicamentos o el apoyo familiar insuficiente. Esta información permite a los enfermeros desarrollar planes de cuidado más efectivos y coordinar con otros profesionales de la salud para garantizar un seguimiento adecuado del paciente (13).

2.3 Ventajas y Desventajas de la MMAS-8

La MMAS-8 ha sido ampliamente utilizada en diferentes ámbitos clínicos, demostrando ser una herramienta útil para evaluar el cumplimiento terapéutico en pacientes con trastornos mentales. Sin embargo, su aplicación también presenta ciertas limitaciones que deben considerarse al momento de interpretar los resultados.

2.3.1 Ventajas de la MMAS-8

Figura 1. Ventajas de la MMAS_8



Fuente: Tomado de Jimmy B, Jose J (9).

Facilidad de aplicación

La MMAS-8 es un cuestionario breve que puede ser administrado en pocos minutos durante una consulta médica o de enfermería, sin necesidad de capacitación avanzada para su aplicación.

Validación en múltiples estudios

La escala ha sido validada en diversas poblaciones y enfermedades, incluyendo pacientes con trastornos psiquiátricos, enfermedades cardiovasculares y diabetes (6). Esta validación ha demostrado su fiabilidad y consistencia en la medición de la adherencia al tratamiento.

Identificación de patrones de adherencia

Permite detectar factores que influyen en el cumplimiento terapéutico, como el olvido de la medicación, la percepción de mejoría o la presencia de efectos secundarios. Esta información es valiosa para los profesionales de salud, ya que facilita la personalización de intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia (7).

Bajo costo y accesibilidad

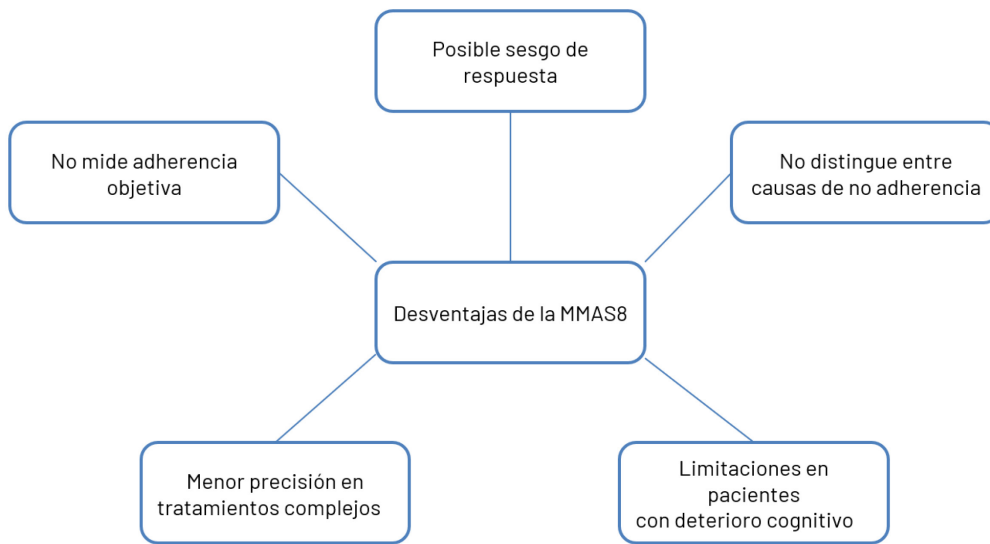
A diferencia de otros métodos como la monitorización electrónica o la medición de niveles plasmáticos del medicamento, la MMAS-8 no requiere recursos tecnológicos avanzados, lo que la convierte en una opción accesible para su aplicación en entornos de atención primaria y comunitaria (8).

Aplicabilidad en diversos contextos clínicos

La escala puede ser utilizada en hospitales, clínicas y programas de atención domiciliaria, lo que permite su integración en diferentes modelos de atención en salud mental (9).

2.3.2 Desventajas de la MMAS-8

Figura 2. Desventajas de la MMAS-8



Fuente: Tomado de Laranjeira C, et.al (10).

Posible sesgo de respuesta

Al tratarse de un cuestionario autoadministrado o administrado por un profesional de salud, los pacientes pueden modificar sus respuestas para dar una impresión favorable de su comportamiento, lo que genera sesgos en los resultados obtenidos (10).

No mide adherencia objetiva

La MMAS-8 evalúa la adherencia en función de la percepción del paciente, pero no proporciona una medición objetiva del cumplimiento terapéutico, como lo haría un registro farmacéutico o la medición de concentraciones plasmáticas del medicamento (11).

No distingue entre causas de no adherencia

Aunque la escala identifica a los pacientes con baja adherencia, no proporciona información detallada sobre las razones específicas de la falta de cumplimiento, lo que puede requerir la combinación con otras herramientas, como entrevistas estructuradas o registros médicos (6).

Limitaciones en pacientes con deterioro cognitivo

En pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar avanzado o deterioro cognitivo, la confiabilidad de las respuestas puede verse afectada, ya que pueden presentar dificultades para recordar con precisión su adherencia al tratamiento (12).

Menor precisión en tratamientos complejos

En casos donde los pacientes deben tomar múltiples medicamentos con esquemas de administración diferenciados, la MMAS-8 puede no captar adecuadamente la adherencia a cada uno de los fármacos, limitando su utilidad en politerapias (5).

Tabla 3. Ventajas y Desventajas de la MMAS-8

Aspecto	Descripción
Ventajas	* Fácil de aplicar y rápida en su administración.
	* Validada en múltiples estudios y poblaciones.
	* Permite identificar patrones de adherencia y factores asociados.
	* Bajo costo y accesibilidad para su implementación.
	* Puede utilizarse en diversos contextos clínicos, incluyendo atención primaria y comunitaria.
Desventajas	* Puede estar sujeta a sesgos de respuesta por parte del paciente.
	* No mide adherencia objetiva ni distingue causas de no adherencia.
	* Puede ser menos confiable en pacientes con deterioro cognitivo o trastornos psiquiátricos severos.

- | | |
|--|---|
| | * No es completamente precisa en tratamientos con múltiples fármacos. |
|--|---|

Nota: Tomado de Osterberg L, Blaschke T (5).

2.4 Métodos para medir la adherencia a la medicación

Se han descrito y están en uso varios métodos para medir la adherencia a la medicación. Estos métodos se pueden dividir en dos categorías principales: directos e indirectos.

Métodos directos: Incluyen la terapia directamente observada, la medición del nivel de un fármaco o su metabolito en sangre u orina, y la detección o medición en la sangre de un marcador biológico añadido a la formulación del fármaco. Los métodos directos se consideran entre los más precisos para medir la adherencia, pero pueden ser costosos. Además, las variaciones en el metabolismo y la "adherencia de bata blanca" (donde los pacientes toman su medicación justo antes de una cita médica) pueden dar una impresión falsa de la adherencia (9).

Métodos indirectos: Incluyen cuestionarios para pacientes, autoinformes de pacientes, conteo de píldoras, tasas de repetición de recetas, evaluación de la respuesta clínica del paciente, monitores electrónicos de medicación, medición de marcadores fisiológicos y diarios de pacientes. Cada método tiene sus propias ventajas y desventajas, y ningún método se considera el estándar de oro. La forma más sencilla de medir la adherencia es a través del autoinforme del paciente (9).

A continuación, se revisa la observación y las entrevistas clínicas como métodos para medir la adherencia a la medicación.

2.4.1 Observación Clínica y Entrevistas Clínicas

La observación clínica y las entrevistas son técnicas fundamentales en la evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos mentales. La observación clínica permite al personal de enfermería identificar signos y comportamientos indicativos de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, mientras que las entrevistas facilitan la recopilación de información subjetiva directamente del paciente (12).

2.4.1.1 Observación Clínica

La observación clínica implica el monitoreo sistemático de la conducta del paciente para detectar signos que sugieran adherencia o falta de ella. Se pueden evaluar aspectos como el estado general del paciente, la presencia de síntomas de descompensación, la actitud hacia la medicación y la interacción con el personal de salud. La observación clínica es una metodología clave en la evaluación de la adherencia, ya que permite a los profesionales de enfermería detectar signos de incumplimiento mediante la observación del comportamiento del paciente y su respuesta a la medicación (9).

Algunos procedimientos clave incluyen:

1. **Registro continuo:** Documentación sistemática de cambios en el comportamiento y estado de salud del paciente.

2. **Monitoreo de efectos adversos:** Identificación de síntomas que puedan estar relacionados con el tratamiento farmacológico.
3. **Evaluación de patrones de comportamiento:** Análisis de señales como el nivel de compromiso con el régimen de medicación y la asistencia a citas médicas.

2.4.1.2 Entrevistas Clínicas

Las entrevistas son los métodos más simples para evaluar la adherencia al tratamiento que implican preguntar directamente al paciente sobre su cumplimiento con la medicación. Esto puede incluir indagar sobre el porcentaje de dosis que ha olvidado tomar en un período específico o la frecuencia con la que no sigue las indicaciones prescritas. También se puede consultar al paciente acerca de su conocimiento sobre el tratamiento, incluyendo el nombre del medicamento, el esquema de dosificación y su propósito.

En este contexto, se utilizan cuestionarios para medir la adherencia autoinformada por parte del paciente. Estos instrumentos han sido validados en comparación con otras medidas, como el conteo de comprimidos o el sistema MEMS®, y están disponibles en diversas versiones para diferentes poblaciones y en varios idiomas. La información que cada escala o cuestionario proporciona puede variar, abarcando aspectos como el comportamiento del paciente en relación con la toma de medicamentos, las barreras y factores que influyen en una adecuada adherencia terapéutica, así como las creencias relacionadas con esta (14).

Además, estos cuestionarios pueden evaluar la adherencia en diferentes etapas: al inicio, durante la implementación o al momento de la discontinuación del tratamiento. Por lo tanto, es fundamental seleccionar el cuestionario adecuado según lo que se desee analizar y el grupo de pacientes al que se aplique (5).

Las entrevistas clínicas para evaluar la adherencia al tratamiento tienen limitaciones, ya que los pacientes podrían no ser completamente honestos, olvidar detalles sobre cómo toman su medicación, o creer erróneamente que están siguiendo el tratamiento correctamente, lo que lleva a una falta de adherencia no intencional (5).

Las entrevistas clínicas pueden ser estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas. Su objetivo es obtener información sobre la experiencia del paciente con la medicación, sus creencias sobre el tratamiento y posibles barreras para la adherencia. Las estrategias incluyen:

1. **Uso de cuestionarios estandarizados**, como la MMAS-8, para obtener datos objetivos sobre la adherencia.
2. **Exploración de percepciones y creencias**, lo que permite detectar miedos o mitos sobre la medicación psiquiátrica.
3. **Estrategias motivacionales**, enfocadas en fomentar la adherencia mediante técnicas como la entrevista motivacional (5).

Tabla 4. Tipos de entrevistas

Tipo de Entrevista	Características
Estructurada	Preguntas definidas previamente, permite comparaciones estandarizadas
Semiestructurada	Mezcla de preguntas estructuradas y abiertas, permite mayor flexibilidad
Abierta	Se basa en el diálogo libre, facilitando una comprensión profunda del paciente

Fuente: Tomado de Osterberg L, Blaschke T (5).

Las dos técnicas pueden ser utilizadas de manera complementaria para mejorar la evaluación de la adherencia. La observación clínica es útil en pacientes con deterioro cognitivo o problemas de comunicación, mientras que las entrevistas permiten explorar aspectos emocionales y motivacionales que afectan el cumplimiento del tratamiento (5). La combinación de estas herramientas contribuye a un enfoque integral en el seguimiento del paciente psiquiátrico. Su correcta aplicación permite a los profesionales de enfermería identificar barreras, diseñar estrategias de intervención y mejorar la continuidad del tratamiento, lo que resulta en mejores desenlaces clínicos y calidad de vida para los pacientes (7).

Tabla 5. Comparación entre Observación Clínica y Entrevistas

Técnica	Ventajas	Desventajas
Observación Clínica	Permite detectar signos objetivos de incumplimiento.	Puede estar sujeta a interpretaciones subjetivas.
	No depende de la respuesta del paciente.	Requiere entrenamiento especializado.
Entrevista Clínica	Proporciona información subjetiva sobre percepciones y barreras.	Puede estar influenciada por la falta de sinceridad del paciente.
	Facilita la relación terapéutica y el seguimiento.	Es más dependiente de la habilidad del entrevistador.

Fuente: Tomado de Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA (7).

2.5 Enfoque de la Enfermería en la Adherencia a la Medicación en Trastornos Mentales

La adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos mentales es un aspecto crucial en la efectividad de la terapia y la prevención de recaídas. Sin embargo, múltiples estudios han señalado que la falta de

adherencia sigue siendo un desafío significativo en la atención de salud mental (1). La enfermería desempeña un papel clave en la promoción del cumplimiento terapéutico, mediante estrategias de educación, monitoreo y apoyo al paciente.

El personal de enfermería es responsable de garantizar que los pacientes comprendan la importancia de su tratamiento y sigan adecuadamente su régimen farmacológico. Según Pérez, (15) "la educación terapéutica proporcionada por los enfermeros mejora significativamente la adherencia en pacientes con trastornos psiquiátricos". Esta labor implica una comunicación efectiva y el desarrollo de estrategias adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

La relación terapéutica que los enfermeros establecen con los pacientes es fundamental para generar confianza y motivación. Un estudio realizado por García y López, (16) indicó que "los pacientes que reciben un acompañamiento continuo por parte del personal de enfermería presentan menores tasas de abandono del tratamiento". Esto resalta la necesidad de intervenciones personalizadas y sostenibles a lo largo del tiempo.

Existen diversas estrategias que los enfermeros pueden implementar para mejorar la adherencia a la medicación en trastornos mentales:

Educación del paciente y la familia: Explicar de manera clara y sencilla la importancia del tratamiento, los efectos secundarios esperados y las consecuencias de la interrupción del mismo (17).

Uso de recordatorios y refuerzos positivos: Aplicaciones móviles, alarmas y seguimiento telefónico han demostrado ser efectivos en el cumplimiento terapéutico (18).

Supervisión de la toma de medicación: En algunos casos, especialmente en pacientes con deterioro cognitivo, es crucial garantizar que la medicación se administra correctamente (19).

Apoyo emocional y motivacional: El refuerzo positivo y la validación de los esfuerzos del paciente pueden marcar una diferencia significativa en su adherencia (19).

El cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico no solo reduce la incidencia de recaídas y hospitalizaciones, sino que también mejora la calidad de vida de los pacientes. Según un informe de la OMS, (20) "el fortalecimiento del rol de la enfermería en la adherencia al tratamiento puede reducir las tasas de reingreso hospitalario en un 40%". Este dato subraya la importancia de la enfermería como un pilar en la atención de los pacientes con trastornos mentales.

El rol de la enfermería en la adherencia a la medicación en trastornos mentales es esencial para optimizar los resultados del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. A través de estrategias de educación, monitoreo y apoyo, los enfermeros pueden influir significativamente en el cumplimiento terapéutico y en la reducción de complicaciones asociadas a la falta de adherencia.

2.6 Conclusiones

La adherencia a la medicación en pacientes con trastornos mentales representa un elemento esencial para asegurar la eficacia del tratamiento y prevenir recaídas. Desde la práctica de enfermería, se implementan diversas estrategias para evaluar y fortalecer dicha adherencia, tales como el uso de escalas estandarizadas, la observación clínica y las entrevistas personalizadas. Estas herramientas permiten identificar los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento, facilitando el diseño de intervenciones adaptadas a las características y necesidades de cada paciente.

La observación clínica cumple un rol fundamental al permitir la detección de señales indirectas de incumplimiento, como el empeoramiento de los síntomas o la desorganización en el manejo de los medicamentos. Esta técnica ofrece información valiosa que complementa otras herramientas de evaluación.

Las entrevistas clínicas, por su parte, permiten una exploración más profunda de los aspectos personales y contextuales que pueden facilitar o dificultar la adherencia, tales como creencias individuales, experiencias con los efectos secundarios o el nivel de apoyo familiar.

La combinación de estas metodologías proporciona a los profesionales de enfermería una comprensión más completa del comportamiento terapéutico del paciente, lo que contribuye a una atención más eficaz, centrada en la persona y orientada a mejorar los resultados en salud mental.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
2. Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. Geneva, World Health Organization, 2001. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/66984>
3. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *JAMA*. 2002;288(22):2880-3. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195606>
4. Hartley S., Raphael J., Lovell K., Berry K. Relaciones efectivas entre enfermeras y pacientes en la atención de salud mental: Una revisión sistemática de intervenciones para mejorar la alianza terapéutica. *Int. J. Nurs. Stud.* 2020;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490
5. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr050100>
6. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.
7. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10785582/>
8. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental

- illness: Recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract.* 2010;16(5):306-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20859108/>
9. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Med J.* 2011;26(3):155-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22043406/>
 10. Laranjeira C, Carvalho D, Valentim O, Moutinho L, Morgado T, Tomás C, Gomes J, Querido A. Therapeutic adherence of people with mental disorders: an evolutionary concept analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):3869. doi:10.3390/ijerph20053869
 11. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, et al. Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2013;3(4):200-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24167693/>
 12. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(Suppl 4):1-46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19686636/>
 13. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(2):245-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200012
 14. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018;59(3):163-172. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163

15. Pérez C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Revista de Enfermería y Salud Mental* [Internet]. 2015 May 1;(1):16-22. Disponible en: <https://enfermeriaysaludmental.com/revista-de-enfermeria-y-salud-mental.php?r=1>
16. García J, López M. Factores influyentes en la adherencia a la medicación en psiquiatría: una revisión. *J Clin Psychiatry*. 2019;81(3):e00123.
17. Smith B, Jones C. Medication adherence in mental health: A nursing perspective. *J Psychiatr Nurs*. 2021;29(4):210-220.
18. Brown K, Taylor D. Mobile health interventions to improve adherence in psychiatric patients: A systematic review. *Telemed J*. 2022;28(5):300-310.
19. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD012419. doi:10.1002/14651858.CD012419.pub2. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012419.pub2>
20. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud mental y adherencia a la medicación. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

CAPÍTULO VI

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

A LA MEDICACIÓN



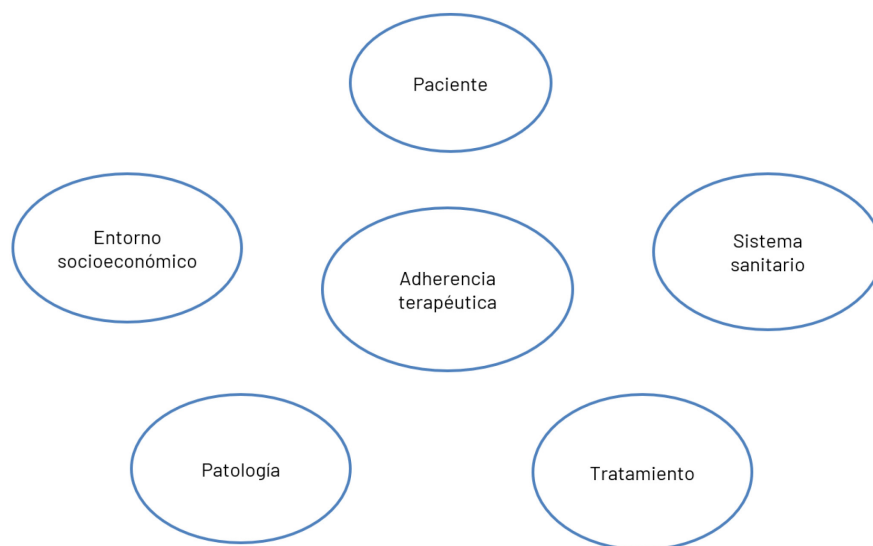
1. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

1.1 Adherencia: generalidades

La adherencia a los medicamentos prescritos de manera correcta es fundamental para conseguir una farmacoterapia efectiva. La poca adherencia al tratamiento farmacológico se ha convertido en un grave problema de salud pública y afecta los resultados que se esperan obtener con la aplicación de un determinado tratamiento (1).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la escasa adherencia al tratamiento farmacológico se ha convertido en un tema esencial para la salud pública, sobre todo en aquellos pacientes que padecen enfermedades no transmisibles o crónicas, por las graves consecuencias que pueden ocasionar sobre la salud, la economía de las personas y los sistemas de salud (2).

Figura 1. Factores de la adherencia



Nota. Factores que intervienen en la adherencia terapéutica.

Fuente: Tomado de Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Disponible en: <https://goo.su/zljs2>

1.2 Falta de adherencia

La adherencia es una estrategia que reduce la morbilidad, mortalidad y disminuye los costos en la atención sanitaria. No obstante, para muchos pacientes es muy complejo seguir adecuadamente las indicaciones del médico, por consiguiente, esto se traduce en una falta de adherencia (3).

La adherencia adecuada alcanza eficacia y efectividad en los tratamientos, y la falta de adherencia hace que se necesiten dosis más altas, uso de fármacos cada vez más agresivos, pruebas diagnósticas adicionales,

incrementan los ingresos y estancia hospitalaria, mayor duración de la enfermedad; en general, se traduce en un aumento de costos para los sistemas de salud (4).

La falta de adherencia a los tratamientos y recomendaciones sanitarias es un problema sanitario. La evidencia científica realizada en su mayoría en pacientes crónicos menciona que en los países desarrollados existe una media del 50% de incumplimiento en los tratamientos de los pacientes con Enfermedades no Transmisibles, aunque las cifras varían según la enfermedad y el tratamiento. La literatura científica disponible hace referencia a niveles muy bajos de adherencia en lo que respecta al tratamiento farmacológico, sin embargo, se cree que la adherencia relacionada con cambios en el estilo de vida es mucho mayor (5).

Las estadísticas mundiales sobre adherencia terapéuticas siempre han mostrado datos inferiores al 60%, sobre todo en las enfermedades no transmisibles. Se reportó que en Hipertensión Arterial el porcentaje de adherencia en Gambia fue de 27%, en China 51%, Estados Unidos 51% y en Cuba 51%. En otras enfermedades también se encontraron cifras muy bajas, por ejemplo, en el caso del Asma Bronquial, en Australia solo el 40% de pacientes son adherentes, en VIH solo entre el 37 y el 83% son adherentes; la adherencia también depende del medicamento y las características de los pacientes, por ejemplo, en depresión el porcentaje de adherencia está entre el 40-70% (5).

1.3 Factores que inciden en la falta de adherencia

La falta de adherencia tiene múltiples causas que se relacionan entre sí. Las más importantes incluyen la falta de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento prescrito, los efectos adversos del tratamiento, la complejidad del tratamiento, la presencia o ausencia de síntomas, la relación entre profesionales sanitarios y con el paciente, la presencia de otras enfermedades. De manera general se definen cinco categorías de factores que inciden en la falta de adherencia: relacionados con el paciente, con la terapia, con el personal de salud y el tratamiento, además, es muy importante el estado de la enfermedad y factores socioeconómicos (6). En el capítulo 2 se describen estos factores con mayor detalle.

1.3.1 Factores relacionados con el paciente

Se presentan los factores demográficos como la edad, género, nivel de educación, conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento, actitud hacia la enfermedad y el tratamiento, problemas psicológicos.

1.3.2 Factores relacionados con la terapia.

Aquí incluye la complejidad del tratamiento, los efectos adversos de los fármacos, la percepción sobre la efectividad de los fármacos, aceptación del paciente sobre la duración del tratamiento. La complejidad del tratamiento entendida como el número de dosis y la cantidad de fármacos por toma, otras restricciones como en la alimentación, la vía de administración son factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento

1.3.3 Factores relacionados con el personal y el sistema de salud.

Entre estos factores tenemos: obstáculos relacionados con la asistencia sanitaria, escasa información que reciben los pacientes sobre su enfermedad y tratamiento, limitada comunicación entre los miembros del equipo de salud y el paciente, y poca comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente y la falta de seguimiento al paciente.

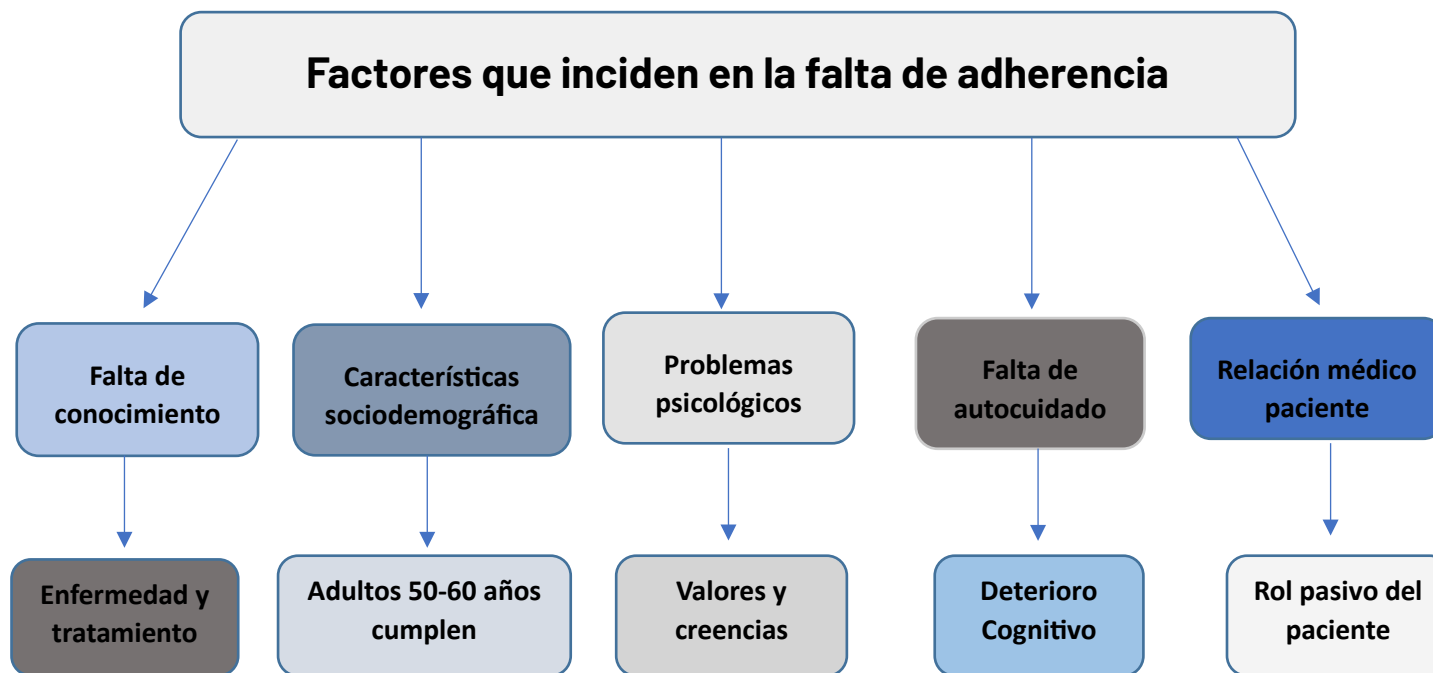
1.3.4 Factores relacionados con el estado de la enfermedad

Aquí se incluye la presencia o ausencia de síntomas, gravedad de la enfermedad, duración de la enfermedad y mejoría clínica.

1.3.5 Factores socioeconómicos

Dentro de estos factores están el apoyo familiar, el estigma social de la enfermedad, la cobertura sanitaria, los costos que ocasiona la enfermedad y la situación laboral del paciente (7).

Figura 2. Factores de no adherencia



Nota: Factores predictores de no adherencia.

Fuente: Tomado de Rodríguez M, Castillo F. Enfermeras y adherencia farmacológica: discurso y conducta.

Disponible en: <https://shre.ink/bHUR>

Uno de los principales factores para la no adherencia es el desconocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, los beneficios de hacerlo y los riesgos de no cumplir el tratamiento; los pacientes desconocen los efectos adversos de los fármacos, aspectos que influyen de manera negativa en la adherencia. La presencia de comorbilidades, la carga de tratamientos, la falta de coordinación entre médicos y pacientes conduce a polifarmacia y los fármacos se duplican (8,9).

Por otra parte, las características, sociales y demográficas de los pacientes también influye en el cumplimiento del tratamiento. Los estudios indican que los pacientes adultos (50-60 años) cumplen mejor los esquemas terapéuticos, estos pacientes están más motivados y cuidan mejor su salud (10, 11).

En cuanto a los aspectos psicológicos pesan mucho las creencias y valores de las personas sobre la enfermedad y los medicamentos prescritos, esto puede interferir en la adherencia; durante la entrevista clínica estos aspectos a menudo no se interrogan al paciente (12).

1.4 Consecuencias clínicas y económicas de la no adherencia

En los pacientes que no cumplen de manera correcta su esquema terapéutico se observa un impacto importante como es el incremento de la morbilidad y mortalidad, de igual forma las consecuencias se manifiestan también en la economía de la familia y el sistema de salud. El impacto será mayor o menor dependiendo del tipo de fármacos a utilizar y la patología del paciente (13, 14).

En este sentido en cuanto a las consecuencias clínicas partiremos de ejemplos concretos; en Estados Unidos la falta de adherencia al uso de los anticonceptivos orales cada año causan alrededor de 700000 embarazos no deseados. En el caso de las patologías de origen infeccioso, como en el tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori* uno de los principales factores para la erradicación de la bacteria es justamente el cumplimiento del tratamiento. Los estudios han demostrado que la tasa de éxito en el tratamiento es de 96%, cuando los pacientes cumplen con un mínimo del 60% en la toma de la medicación y cuando porcentaje de tomas era inferior al 60%, la tasa disminuye hasta un 69% (15-17).

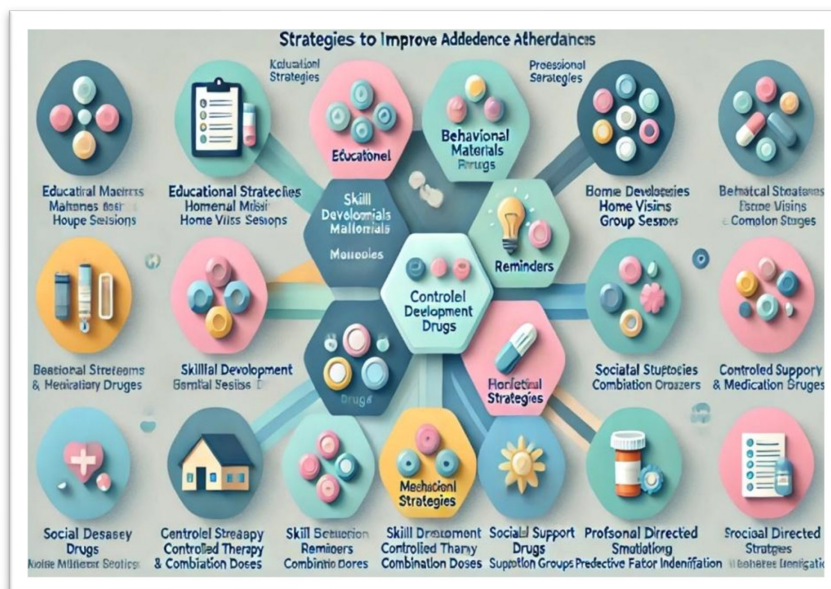
Se ha evidenciado también una asociación directa entre la falta de adherencia y la presencia de complicaciones en la salud del paciente; conseguir niveles aceptables de adherencia hacen evidente los beneficios reales que tienen los medicamentos. Las consecuencias clínicas de la falta de adherencia están relacionadas con la causa del incumplimiento o tipo de incumplimiento, la enfermedad o enfermedades que presenta el paciente y las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas del medicamento (18).

El incumplimiento del tratamiento farmacológico representa un incremento de los costes; y repercute de manera significativa en la economía familiar y del sistema de salud; se desencadena una serie de procesos que finalmente implica un aumento de los costos; se presentan más hospitalizaciones, cambios en las prescripciones, incremento o disminución de dosis, pruebas diagnósticas invasivas entre otros aspectos (19). Algunos países han hecho estudios sobre el incremento de costes y como ejemplo se cita un estudio realizado en los Estados Unidos donde se reporta un aumento

de costos de alrededor de 100 billones de dólares por el uso incorrecto de la medicación; de estos valores 25 billones corresponden a ingresos hospitalarios, 70 billones a disminución de la productividad y muerte prematura (20).

1.5 Intervenciones para mejorar la adherencia farmacológica

Figura 3. Estrategias incrementar la adherencia



Nota: se sintetizan las estrategias para mejorar la adherencia farmacológica.

Fuente: Dilla et. al. Estrategias para mejorar la adherencia farmacológica. 2024. [citado mayo 2025] doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031.

Las intervenciones o estrategias para mejorar la adherencia van a pretender la similitud entre las indicaciones dadas por el profesional de salud respecto a cómo debe tomar el paciente sus medicamentos (8).

Por consiguiente, los objetivos de las estrategias se van a centrar en las diversas causas que dificultan el cumplimiento del tratamiento farmacológico, entonces el desarrollo de estrategias es complejo y van a depender del tipo de tratamiento y de la enfermedad que presente el paciente (9).

Es importante destacar que en la actualidad las nuevas tecnologías de la comunicación y la información pueden ser muy útiles para brindar apoyo al paciente y mejorar la adherencia al tratamiento. Cabe mencionar que existen factores relacionados con el paciente que se debería considerar a la hora de seleccionar las estrategias adecuadas. Estos factores son los siguientes: Edad, medicamentos utilizados (polimedicación), dependencia, problemas cognitivos, problemas de memoria que ocasionan olvidos de la toma de la medicación, motivación para cumplir el tratamiento, presencia de cuidador o familiar responsable y otros problemas físicos (8).

Sin embargo, hasta la fecha la evidencia científica indica que ninguna estrategia ha sido capaz por sí misma de mejorar la adherencia farmacéutica en todos los pacientes, patologías y contextos. La literatura científica que busca la efectividad de diferentes estrategias presenta mucha variabilidad entre ellos, porque depende del tipo de pacientes, las estrategias, y la metodología utilizada para medir el grado de adherencia al tratamiento. De igual forma la mayor parte de estudios realizados para medir adherencia se centran en enfermedades crónicas (10).

1.5.1 Estrategias o intervenciones técnicas

Figura 4. Sistema de simplificación de tratamiento



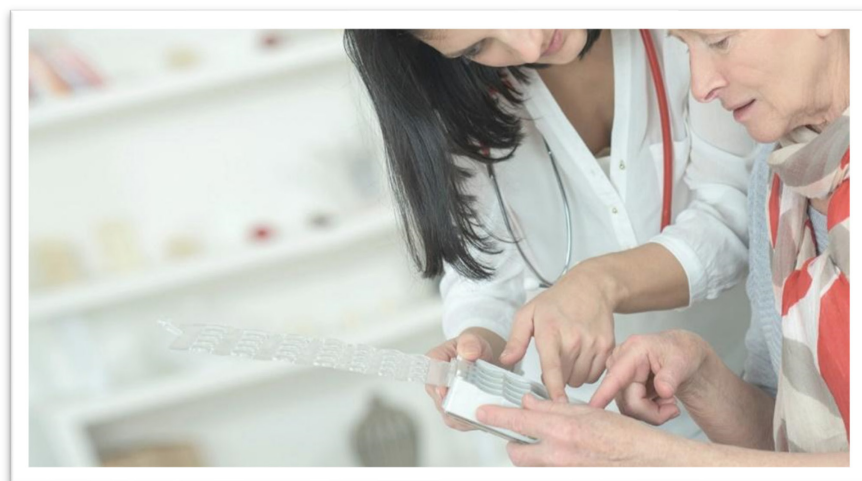
Nota. Simplificación de tratamiento mediante el uso de pastilleros, el dispositivo desechable indica con flechas cómo utilizar los fármacos.

Fuente: Tomado de Guía para la mejora de la adherencia terapéutica (SEFAC). Disponible en: <https://www.sefac.org/notas-de-prensa/guia-para-la-mejora-de-la-adherencia-terapeutica>

Simplificar el tratamiento se convierte en una estrategia clave para mejorar adherencia pues, existe relación inversamente proporcional entre la complejidad del tratamiento y la adherencia; por ejemplo, reducir el número de tomas diarias mediante las fórmulas de liberación prolongada, cambios de formulación o uso de fórmulas sólidas a líquidas en pacientes con trastornos de la deglución o fármacos coformulados en un solo comprimido (11, 12).

Los *EMD* (electronic medication packaging devices) envases inteligentes tienen un sistema de alarma que indican la hora de administrar el fármaco, además mantiene un indicador que muestra la hora que el envase fue abierto por última vez. No obstante, el empleo de los EMD es difícil en la práctica clínica diaria, su uso restringe más la realización de ensayos clínicos. Las técnicas más recientes constituyen las aplicaciones sanitarias en teléfonos y tabletas con la llamada *mobile health*, muy útil en salud pública. Ahora bien, estas aplicaciones ayudan mucho en la práctica de la adherencia, sin embargo, se han reportado algunas barreras que no permiten aplicar estas estrategias como por ejemplo la edad del paciente, por esta razón esta intervención es más aceptada por la población adolescente (13).

Figura 5. Intervenciones técnicas para mejorar la adherencia



Nota. Sistema recordatorio a través de un dispositivo electrónico.

Fuente: Tomado de Almirall. Beneficios de los dispositivos electrónicos.

Disponible en: <https://n9.cl/ctloa>

Dentro de las ventajas de esta estrategia está el empoderamiento de los pacientes para mejorar su estado de salud mediante el uso de la tecnología, esto mejora la comunicación entre el paciente y sus proveedores de salud, las intervenciones se realizan en función de las necesidades de cada paciente (14).

El uso de pastilleros es otra de las intervenciones técnicas, son sistemas personalizados de dosificación. Los pastilleros son insumos dispensadores de medicamentos muy baratos en comparación con otros dispositivos electrónicos. Los sistemas personalizados de dosificación, a más de ser económicos son fáciles de manejar para el paciente, por tanto, se han convertido en sistemas muy utilizados. Son elementos desechables en ellos, el profesional farmacéutico prepara todos los medicamentos sólidos de acuerdo a la prescripción médica, se pone un identificador de colores y pictogramas en relación con el día y la toma, conjuntamente con algunas indicaciones sobre cómo tomar el medicamento (en ayunas, con las comidas, con agua, con leche, con muchos líquidos entre otros). Como otras técnicas o procedimientos para mejorar la adherencia están también el uso de otras tecnologías que sirven para medir el estado clínico del paciente, que fomentan el autocuidado y de forma indirecta mejoran el autocuidado como ejemplo se cita el glucómetro para el control de la glucosa, el tensiómetro, pulsioxímetro entre otros (15).

Figura 6. Intervenciones técnicas para mejorar la adherencia



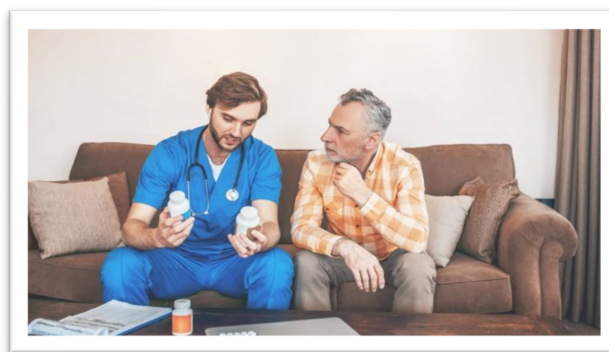
Nota. Pastillero como intervención técnica para mejorar la adherencia.

Fuente: Tomado de Farma. Beneficios del pastillero. Disponible en:

<https://goo.su/FcURYNT>

1.5.2 Estrategias o intervenciones educativas

Figura 7. Intervención educativa



Nota: personal de salud educando al paciente para incrementar la adherencia terapéutica y mejorar la calidad de vida.

Fuente: Tomado de IMA Health. Tu tratamiento bajo control. Disponible en:

<http://surl.li/gidtyd>

En salud, la educación se utiliza como medio para prevenir la enfermedad y promover la vida. La educación es una herramienta que sirve para mejorar la calidad de vida en aquellas personas que presentan padecimientos de salud crónicos, las personas con este tipo de patologías visitan de manera constante los establecimientos de salud; por consiguiente, es tarea del personal sanitario optimizar el tiempo y brindar educación en función de conseguir una mejor adherencia al tratamiento de estas enfermedades (16).

- * La información médica durante la consulta es un punto clave para conseguir adherencia, consiste en proporcionar toda la información necesaria que permita al paciente una correcta adherencia al tratamiento (16).
- * La dispensación informada: es la responsabilidad que tiene el farmacéutico de brindar la información exacta y correcta sobre los medicamentos que están siendo dispensados. La información debe ser en forma oral y escrita, para reforzar la adherencia y evitar el incumplimiento involuntario del tratamiento por falta de información. Una dispensación correcta proporciona al paciente la información adecuada sobre los fármacos y puede evitar el incumplimiento involuntario del tratamiento, además, promueve la utilización de los medicamentos para mejorar el estado de salud del paciente (16).
- * Es importante que el farmacéutico proporcione al paciente la siguiente información: cómo utilizar los medicamentos, los objetivos del tratamiento, cuando y durante cuánto tiempo, los efectos adversos y generar en el paciente una actitud proactiva y responsable en el cuidado de su propia salud.

- * La educación sanitaria ya sea individual o colectiva dirigida a los pacientes se ha convertido en una estrategia fundamental para mejorar la adherencia terapéutica. Es indispensable la coordinación, colaboración y trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios, por tanto, la educación sanitaria constituye una responsabilidad compartida entre los profesionales y el paciente para buscar un uso racional de los medicamentos, con eficacia, que permita conseguir un correcto cumplimiento de los tratamientos farmacológicos (16).
- * La información que se imparta deberá considerar las características del paciente, se debe utilizar un lenguaje claro y sencillo fácil de entender. Es importante que el paciente conozca su patología. Por lo que dentro del contenido a educar se deben enfocar conocimientos básicos de la enfermedad, y los riesgos o complicaciones que pueden presentarse por la falta de cumplimiento en el tratamiento, así como los beneficios que se obtienen cuando el paciente se adhiere al tratamiento
- * Mediante la educación el personal de salud busca crear conciencia o motivar al paciente que busque conductas adecuadas que involucren al enfermo en su régimen terapéutico
- * En cuanto a los pacientes que presentan enfermedades no transmisibles, se debe mantener una educación sanitaria continua, para evitar que el paciente abandone el tratamiento o no lo cumpla de manera correcta.
- * Se debe utilizar diferente metodología para brindar información, importante llegar a las personas con material audiovisual como: carteles dispuestos en lugares estratégicos del establecimiento de

salud que contengan información sobre adherencia a la medicación, dípticos, trípticos con información sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico, etiquetas adhesivas con material educativo sobre precauciones, efectos adversos, preparación y conservación de los fármacos (8).

- * La información deberá ser divulgada en revistas de salud
- * Se debe proporcionar al paciente educación individual motivadora
- * Charlas educativas sobre el cumplimiento del tratamiento considerando las características de la población a la que va dirigida
- * Información que debe ser difundida en los medios de comunicación por el personal de salud.
- * En el caso de los pacientes crónicos es importante que conozcan algunos procedimientos que sirven para controlar el proceso patológico como: tomarse la presión arterial, la temperatura, la glucosa, esto puede tener un impacto favorable sobre el control de la enfermedad y la adherencia al tratamiento (8)
- * De igual forma en los pacientes crónicos se han generado programas denominados “paciente experto” esto permite promover el autocuidado y mejorar la adherencia terapéutica. La implementación de estos programas pretende cambiar la forma tradicional de educar a los pacientes, a través del personal de salud; se intenta crear en el paciente una conciencia de autocuidado, que de manera autónoma busca información; el paciente experto va a ser quién trasmite los conocimientos y comparte experiencias durante reuniones con otras personas que presentan la misma patología. En estas sesiones el papel

del personal de salud es de observadores y su intervención es solo en el caso necesario (17).

1.5.3 Intervenciones relacionadas con la conducta o comportamiento del paciente.

Son aquellas estrategias que influyen en la conducta y comportamiento de los pacientes, por lo regular este tipo de estrategias consiste en influir en los pacientes y empoderarlos para cambiar su comportamiento, que participen en su autocuidado y resolución de problemas derivados de la enfermedad (15).

El reto que debe enfrentar el personal de salud consiste en buscar las estrategias adecuadas para cambiar el comportamiento de los pacientes y mejorar la adherencia. La entrevista clínica como una de las principales estrategias debe basarse en la motivación, que permita cambios en su percepción del enfermo respecto a su tratamiento. La comunicación bidireccional permite compartir información de mejor manera, con la entrevista indagaremos en el paciente el grado de adherencia y las posibles barreras que se presentan; una entrevista clínica motivacional, mejora la relación médico paciente facilitando una actitud colaborativa y no autoritaria (15).

Por otra parte, se consideran estrategias o intervenciones conductuales o de comportamiento los sistemas personalizados de dosificación (SPD), es un método post dispensación que mejora o facilita la toma correcta de los medicamentos, esta estrategia se recomienda para las personas adultas mayores que presenten problemas cognitivos y que no tengan familiares o cuidadores habituales (8).

El sistema recordatorio de horario se refiere a recordar al paciente el día que le toca tomar la medicación y se basan en: llamadas telefónicas, alarmas recordatorias que se realizan por sistemas automáticos, familiares o personal sanitario, mensajes SMS a teléfono móvil, mensajes a correo electrónico entre otros (8).

El Método de recuerdo de la pauta y de instrucciones básicas: ya descrito anteriormente, es una ficha o tarjeta donde se describe el tratamiento con etiquetas adhesivas, pictogramas de la administración y en la caja consejos de uso, blíster con fecha y hora, se utiliza las fichas calendario donde se anota el cumplimiento de que se ha tomado la medicación apps para móviles ("Medisafe", "Recuerdamed" o "My Therapy" entre otras) o tablets (8).

En el caso de que el enfermo no sepa leer, utilizar estrategias audiovisuales, o visitas domiciliarias, sesiones educativas, individuales o grupales. Es necesario solventar todas las dudas del paciente y desmentir creencias y prejuicios, así mismo es importante brindar la mayor información posible en términos sencillos sobre la patología y los efectos adversos del tratamiento, importante considerar y enfocarse en las posibles barreras que no permitan la adherencia (18).

1.5.4 Intervenciones de apoyo familiar o social

La pauta de tratamiento debe ser integral, así la familia podrá aconsejar y apoyar al paciente a lo largo del tratamiento, con el propósito de incrementar la adherencia utilizando aspectos sociales ayuda económica para el pago de los medicamentos, prescripción de los fármacos, programas de ayuda

domiciliario, siendo muy importante la integración de la familia y el entorno para controlar la enfermedad y cumplir el tratamiento prescrito (19).

Algunas investigaciones realizadas han evaluado la utilidad de esta estrategia en la adherencia. Así, un metaanálisis realizado en 2022 consideró tres ensayos clínicos de bajo sesgo que contempla estrategias de apoyo para aumentar el porcentaje de adherencia. Uno de ellos, se realizó con 146 adolescentes diabéticos mal controlados, la intervención consistía en reuniones de capacitación de los profesionales de salud con las familias. El ensayo se llevó a cabo entre 5 y 6 meses, se inició con dos sesiones de educación por semana y luego se fue espaciando las sesiones de educación. El grupo control solo recibió educación por vía telefónica durante 4,9 meses. Finalmente, los participantes que estaban dentro del grupo de intervención tuvieron un mejor control de la glucemia (se valoró con glucemia glicosilada) y hubo una mejor adherencia a la medicación (20).

De igual manera en 2017 se realizó un estudio para medir las intervenciones conductuales y educativas con respecto a mejorar adherencia en terapia inmunosupresora en pacientes con trasplante renal; se demostró que un sistema recordatorio no es suficiente para mejorar la adherencia en los pacientes con trasplante renal (21, 22).

Un estudio en pacientes con esquizofrenia encontró que la estrategia de apoyo familiar no fue tan efectiva. Durante la intervención, los familiares de los pacientes supervisaban la administración de los medicamentos por el paciente como complemento de la atención diaria. Al cuidador encargado de vigilar la administración de los fármacos se le educaba sobre: conceptos básicos de la patología, almacenamiento de los fármacos, eficacia e

importancia del tratamiento, conceptos falsos sobre el tratamiento, habilidades del paciente para administrarse el tratamiento, como obtener el tratamiento desde los centros de atención de salud. Se concluye que el porcentaje de pacientes con adherencia correcta medida por un autoinforme y fundamentada en el recuento de los medicamentos fue mayor a los 3 y 12 meses en el grupo de intervención, pero no a los 6 (23,24).

En los pacientes de VIH- SIDA se ha realizado algunas intervenciones de adherencia de tipo social. El método utilizado es el apoyo entre pares. Se debe buscar otro paciente compañero que tuviera la misma enfermedad (VIH), con alta adherencia a las terapias, que visite de manera regular a su médico tratante, tener habilidades sociales, entre otras capacidades, con el propósito de ayudar a su par. Durante 3 meses seguidos se programaron reuniones de grupo 2 veces por semana. El paciente adherente debe abordar con el otro paciente las barreras que impiden la adherencia y buscar soluciones, el grupo de control recibía atención normal. Se mejoró la adherencia a corto plazo con las intervenciones realizadas, sin embargo, estos resultados no se mantuvieron en el tiempo y las variables clínicas no tuvieron ningún efecto a largo plazo. En conclusión, las estrategias aplicadas no son suficientes para lograr en el paciente una persistencia en el tiempo (25).

1.5.5 Terapias directamente observadas

Consiste en observar dos o tres veces por semana como una persona se administra su medicamento. Es de mucha utilidad en aquellos pacientes que anteriormente tuvieron problemas de adherencia, como es el caso de pacientes con enfermedades mentales, pacientes con consumo de

sustancias psicoactivas como alcohol y otras drogas, se ha visto que estos pacientes son incapaces de cumplir con el régimen terapéutico (8).

En los países de bajos ingresos se utilizan este tipo de estrategias para evaluar la adherencia al tratamiento de las enfermedades infecciosas. En Pakistán en el año 2001 se evaluaron 25 pacientes, buscando las tasas de curación en tres grupos de pacientes: grupo uno: los trabajadores de la salud realizaron una observación directa por tres meses durante los 6 días de la semana; los pacientes del grupo 2 fueron observados por los familiares, y para el grupo tres se utilizó la terapia autoadministrada sin observación directa. Se observó que los tres grupos obtuvieron porcentajes similares de curación, por lo que se concluye que la terapia directamente observada tiene ventajas económicas por el tiempo de curación (26).

En este sentido, en 2018 se realizó un estudio para buscar los factores de riesgo que inciden en la escasa adherencia farmacéutica en los pacientes con adicciones. Se define como abuso de sustancias, el consumo repetido de alcohol u otras drogas, que pueden provocar alteraciones en la salud física y funcional e impiden cumplir las responsabilidades en el trabajo, escuela y hogar, esto puede provocar dudas en el personal de salud sobre sí prescribir o no un determinado medicamento que demande una alta adherencia (27).

Así mismo, en 2020 se seleccionaron cuatro estudios que evaluaban el tratamiento directamente observado en pacientes con terapia antirretroviral mezclado con el consumo de cocaína, heroína u opioides. La duración de la terapia y las medidas de adherencia no fueron iguales, se utilizaron envases electrónicos de recuento de medicación. Varios ensayos encontraron

mayores tasas de adherencia en el grupo de pacientes con terapia directamente observada (28-31).

1.5.6 Intervenciones Psicológicas

La entrevista motivacional, y las estrategias cognitivo-conductuales se utilizan como intervenciones psicológicas que fomentan e incrementan el nivel de conciencia del paciente y la decisión del cambio de conducta. Existe una motivación externa que influye en el paciente en el ámbito de la adherencia a la medicación, pero existe una motivación interna que es el centro de este tipo de intervención (32).

De este modo la estrategia motivacional pretende que el paciente por sí mismo tome conciencia y valore las ventajas y riesgos de tomar uno u otro tratamiento, se trata de que haga un compromiso consigo mismo. Por otro lado, la estrategia cognitivo-conductual busca ayudar al paciente y modificar su forma de actuar, pensar y concentrarse en sus problemas y necesidades para mejorar su estado de salud (33).

Un estudio realizado por weber en el año 2004 sobre si una intervención cognitiva conductual es efectiva con respecto a la adherencia farmacológica. El autor seleccionó 60 pacientes con VIH que recibían una mezcla de al menos tres medicamentos y una carga viral de menos de 50 ejemplares/ml. Los enfermos inicialmente reciben información de un psicoterapeuta y realizan un calendario de visitas al año, el otro grupo recibe atención normal. Se concluye que el 95% de pacientes del grupo de intervención tuvo mayor adherencia (34).

1.5.7 Intervenciones Combinadas

En la actualidad se habla del uso de un solo modelo de intervención que englobe el problema, sin embargo, es importante mencionar que existe la posibilidad de utilizar al mismo tiempo varios tipos de intervenciones, y ello se conoce como intervenciones combinadas (19).

Con respecto a ello la revisión sistemática realizada en 2027, para conocer y evaluar las estrategias destinadas a promover la adherencia a la terapia inmunosupresora, los artículos seleccionados para el estudio fueron 12. Se seleccionaron estudios con intervenciones mixtas educativas y conductuales que lograron mejorar la adherencia. A los pacientes seleccionados se les entregaban folletos educativos combinados con videos para orientar y retroalimentar sobre la conducta del paciente. Todas las intervenciones fueron positivas para aumentar la adherencia (21).

Estudios demostraron que la combinación de componentes educativos y conductuales con información sobre adherencia mostraron mayores efectos que aquellos que tenían un solo componente. Esto determinó que las intervenciones multimodales son muy efectivas, pero requiere el trabajo de un trabajo multidisciplinar, por consiguiente, no puede ser aplicado de manera ambulatoria o en centros de salud pequeños y con alto riesgo de sesgo (21).

Las intervenciones combinadas, entrevista motivacional y terapia conductiva-conductual fueron estudiadas en una revisión sistemática, en la cual se incluyen 6 ensayos aleatorios rigurosos, con la intervención de

enfermeras y terapeutas. Los resultados demostraron mejoras en la adherencia en los fármacos (35).

1.6 Rol del profesional de la salud en la promoción de la adherencia

Figura 8. Promoción de la adherencia al tratamiento



Nota. Personal de salud responsable de la promoción de la adherencia.

Fuente: Grupo Asistencia Coruña 2018 [[citado mayo 2025] disponible en <http://surl.li/djbiwq>

El personal de salud debe ser responsable de varios aspectos; siendo la educación uno de los puntos clave de tal forma el asuma y sea consciente de su enfermedad. Por lo tanto, el personal de salud debe aportar información sobre la enfermedad y el tratamiento que recibe y convencerlo de su cumplimiento estricto. Es importante también aprender a manejar los fármacos, el equipo de salud debe entrenar al paciente, para disminuir la complejidad y sea muy fácil en el momento de que se administre por sí solo. Finalmente, los expertos deben enseñarles a manejar los efectos adversos

que seguramente aparecen durante el tratamiento, así mismo es establecer una relación de confianza entre los dos, es importante motivarlo, apoyarlo y proporcionarle algunos recursos (36).

La última intervención está dirigida a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos). Entendido esto, el último tipo de intervención que existe va dirigido a los profesionales sanitarios que intervienen en el proceso: médicos, enfermeros y farmacéuticos (19). Por consiguiente, es importante formar al personal sanitario en prácticas de adherencia para mejorar e incrementar la adherencia del paciente a través de proyectos educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales. El control y seguimiento por parte de estos profesionales favorece el cumplimiento del régimen terapéutico (8).

Como se mencionó anteriormente el personal sanitario debe conseguir en el paciente un correcto uso y apego a los fármacos mediante campañas de promoción de la salud y enseñanza primero al personal sanitario y luego transmitir ese conocimiento al paciente para mejorar su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Es importante la actualización permanente del personal de salud para que el tratamiento sea óptimo y seguro, así mismo debe haber un seguimiento y control permanente para favorecer la adherencia. En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, la investigación ha demostrado que se requieren varias intervenciones al paciente; de hecho, requiere un equipo multidisciplinario que incluye el médico, psicólogo, de enfermería, nutricionistas entre otros; estas intervenciones crean una conciencia de autocuidado y educación terapéutica.

En las enfermedades no transmisibles, existen factores de riesgo, prevenibles y modificables, es necesario que los pacientes estén conscientes del impacto de dichos factores sobre su enfermedad, y tratar de incorporar buenos hábitos en su estilo de vida, los posibles efectos adversos de los fármacos aumentan el riesgo de no adherencia, no obstante, estos pacientes han demostrado mayor apego al tratamiento (18).

La adherencia es parte del comportamiento humano que tiene que ver con la salud y la responsabilidad del paciente para el cuidado de su propia salud. Es fundamental mencionar que es el propio paciente quién decide tomar o no sus medicamentos, sin embargo, el papel del personal de salud es fundamental al hacerse responsable de cambiar la percepción del paciente sobre adherencia terapéutica.

El incumplimiento terapéutico tiene un origen multifactorial y las acciones del personal de salud están orientadas a personas concretas. No existen estrategias individuales eficaces para todos los pacientes y todas las patologías. Se ha demostrado que las estrategias con mayor eficacia son aquellas prácticas que combinan dos o más intervenciones, es importante individualizar y analizar los factores presentes en cada uno de los pacientes (20).

Conclusiones

Tras evaluar un tema tan complejo como lo es la adherencia farmacológica es importante mencionar algunos aspectos claves que están inmersos en el tema: complejidad, multidisciplinariedad, abordaje cognitivo, conductual, familiar y social.

La magnitud del problema nos lleva a reflexionar sobre la responsabilidad que tenemos como personal de salud para proceder desde nuestro actuar cotidiano y mejorar las cifras de adherencia a nivel mundial.

Etiquetar al paciente de incumplido no es una salida al problema, eso demuestra más bien un total desconocimiento del tema; el personal de salud tiene la responsabilidad de buscar las estrategias y herramientas necesarias para mejorar la adhesión terapéutica en el paciente. Es fundamental educar al paciente y fomentar el autocuidado, mejorar la autoeficacia, y brindarle los recursos necesarios al paciente, de tal forma que se convierta en el protagonista del cuidado de su salud.

Cuando hablamos de adherencia debemos de considerar que ello no solo implica el manejo de fármacos, dentro de ella también está la alimentación, el ejercicio, higiene; aspectos que se relacionan con un estilo de vida para conservar un buen estado de salud

Finalmente, la clave para conseguir una mejor adherencia terapéutica consiste en fomentar la participación activa de los pacientes en sus cuidados, brindándoles información clara y precisa, comprensible y necesaria para la

toma de decisiones correcta, en otras palabras, que el paciente se haga responsable de su propia salud.

Referencias bibliográficas

1. García S. Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. Rev. OFIL·ILAPHAR. 2020; 30(2): 115-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200115&lng=es. <https://dx.doi.org/s1131-94292020000200010>.
2. Martínez G, Martínez L, Lopera J, Vargas N. La importancia de la adherencia terapéutica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2016; 14(2):107-116. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003&lng=es
3. Conn VS, Ruppert TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. Preventive medicine. 2017; 99: 269-276. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28315760/> doi: 10.1016/j.ypmed.2017.03.008
4. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. 1ª ed. Badalona: Boehringer Ingelheim; 2017.
5. Pisano M, González A. Modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. 2014. Rev Enfermería Clínica; 24(1): 59-66. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-habitos-adherencia-terapeutica-S1130862113001757>
6. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2003. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

7. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Front Pharmacol* [Internet]. 2013;4(91). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722478/>
8. Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A, Pérez E, Martínez F, Dader M. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular. *Aten Prim.* 2011; 43(5): 245-253. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024978/>
9. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2004; 28(5): 113-120. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1066282>
10. González-Bueno J, Vega-Coca MD, Rodríguez-Pérez A, Toscano-Guzmán MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Atención Primaria.* 2016;48(2):121-30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877818/> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877818/>
11. Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin Ther.* 2002;24(2):302-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11911560/> doi: 10.1016/s0149-2918(02)85026-3.
12. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, Lee S, Roberts MS, Kaur R, et al. Dosing Frequency and Medication Adherence in Chronic Disease. *J Manag Care Pharm.* 2012;18(7):527-39. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22971206/> doi: 10.18553/jmcp.2012.18.7.527

13. Shellmer DA, Dew MA, Mazariegos G, DeVito Dabbs A. Development and field testing of Teen Pocket PATH (r), a mobile health application to improve medication adherence in adolescent solid organ recipients. *Pediatr Transplant.* 2016;20(1):130-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26916967/> DOI: [10.1111/petr.12639](https://doi.org/10.1111/petr.12639)
14. Sarzynski E, Decker B, Thul A, Weismantel D, Melaragni R, Cholakakis E, et al. Beta Testing a Novel Smartphone Application to Improve Medication Adherence. *Telemed J E Heal.* 2017;23(4):339-348. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27564971/> DOI: [10.1089/tmj.2016.0100](https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0100)
15. Pagès N, Valverde M. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm.* 2018; 59(4): 251-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es. <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>.
16. Guerra V, Díaz A, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes con terapia dialítica. 2010;26(2):52-62. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf07210.pdf>
17. González A. Programa Pacient Expert Catalunya(r): una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura [Internet]. 2015. Available from: http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/participacio/pacient_expert/ <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3288?show=full&locale-attribute=es>
18. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O, Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles.* 2018; 16(3): 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=eS

19. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria. 2009; 41(6): 342-348.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022018/>
20. Ellis DA, Naar-King S, Chen X, Moltz K, Cunningham PB, Idalski-Carcone A. Multisystemic therapy compared to telephone support for youth with poorly controlled diabetes: findings from a randomized controlled trial. Annals of Behavioral Medicine. 2012; 44(2): 207-215.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22644587/>
21. Mathes T, Großpietsch K, Neugebauer E, Pieper D. Interventions to increase adherence in patients taking immunosuppressive drugs after kidney transplantation: a systematic review of controlled trials. Syst Rev. 2017; 6(1): 236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29187249/>
DOI: [10.1186/s13643-017-0633-1](https://doi.org/10.1186/s13643-017-0633-1)
22. Henriksson J, Tydén G, Höijer J, Wadström J. A Prospective Randomized Trial on the Effect of Using an Electronic Monitoring Drug Dispensing Device to Improve Adherence and Compliance. Transplantation. 2016; 100(1):203-209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26588006/>
DOI: [10.1097/TP.0000000000000971](https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000971)
23. Farooq S, Nazar Z, Irfan M, Akhter J, Gul E, Irfan U, et al. Schizophrenia medication adherence in a resource-poor setting: randomised controlled trial of supervised treatment in out-patients for schizophrenia (STOPS). British Journal of Psychiatry. 2011; 199(6): 467-72.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22130748/>
DOI: [10.1192/bjp.bp.110.085340](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085340)
24. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane

- Database of Systematic Reviews. 2014. Issue 11. Art nº: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25412402/>
25. Simoni JM, Huh D, Frick PA, Pearson CR, Andrasik MP, Dunbar PJ, et al. Peer support and pager messaging to promote antiretroviral modifying therapy in Seattle: a randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2009; 52(4): 465-73.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19911481/>
 26. Walley JD, Khan MA, Newell JN, Khan MH. Effectiveness of the direct observation component of DOTS for tuberculosis: a randomised controlled trial in Pakistan. *Lancet*. 2001; 357(9257): 664-669.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11247549/>
 27. Clements KM, Hyder T, Tesell MA, Greenwood BC, Angelini MC. A systematic review of community-based interventions to improve oral chronic disease medication regimen adherence among individuals with substance use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2018; 188: 141-152.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29775958/>
 DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2018.03.039](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.039)
 28. Altice FL, Maru DS, Bruce RD, Springer SA, Friedland GH. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2007; 45(6): 770-778.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17712763/> DOI: [10.1086/521166](https://doi.org/10.1086/521166)
 29. Lucas GM, Mullen BA, Galai N, Moore RD, Cook K, McCaul ME, et al. Directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected individuals in opioid treatment programs: results from a randomized clinical trial. *PLoS One*.

- 2013; 8(7). Disponible en: [doi: 10.1371/journal.pone.0068286].
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23874575/>
30. Nahvi S, Litwin AH, Heo M, Berg KM, Li X, Arnsten JH. Directly observed antiretroviral therapy eliminates adverse effects of active drug use on adherence. *Drug Alcohol Depend.* 2012; 120(1-3): 174-180.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21885212/>
 DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2011.07.025](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.07.025)
31. Sorensen JL, Haug NA, Larios S, Gruber VA, Tulskey J, Powelson E et al. Directly administered antiretroviral therapy: pilot study of a structural intervention in methadone maintenance. *J. Subst. Abuse Treat.* 2012; 43(4): 418- 423 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23007110/>
 DOI: [10.1016/j.jsat.2012.08.014](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.014)
32. Muñoz-Flórez A, Cortés O. Impacto de la entrevista motivacional en la adherencia de pacientes diabéticos inactivos a la actividad física: estudio piloto de un ensayo clínico EMOACTIF-DM. *Revista Colombiana de Psicología.* 2017; 26(2): 263-281.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80454275006>
33. Pedrero-Pérez EJ. Entrevista motivacional en el tratamiento de las adicciones. En: Pedrero-Pérez EJ, coordinador. *Neurociencia y Adicción.* 1ªed. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías SET; 2011. P.233-240.
https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Pedrero-Perez/publication/263393354_Neurociencia_y_Adiccion/links/0046353abd1aed915a000000/Neurociencia-y-Adiccion.pdf
34. Weber R, Christen L, Christen S, Tschopp S, Znoj H, Schneider C, et al. Swiss HIV Cohort Study. Effect of individual cognitive behaviour intervention on adherence to antiretroviral therapy: prospective

- randomized trial. Antiviral Therapy .2004; 9(1):85-95.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15040540/>
35. Spoelstra SL, Schueller M, Hilton M, Ridenour K. Interventions combining motivational interviewing and cognitive behaviour to promote medication adherence: a literature review. Journal of Clinical Nursing. 2015; 24(9-10): 1163-1173.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25420723/> DOI: [10.1111/jocn.12738](https://doi.org/10.1111/jocn.12738)
36. Ara JR. Adherencia en las enfermedades crónicas. 1ª ped. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. 2009 [en línea]. [Consultado en febrero 2019]. Disponible en: <https://www.sefh.es/54congresoInfo/documentos/ponencias/1030.pdf>

CAPÍTULO VII

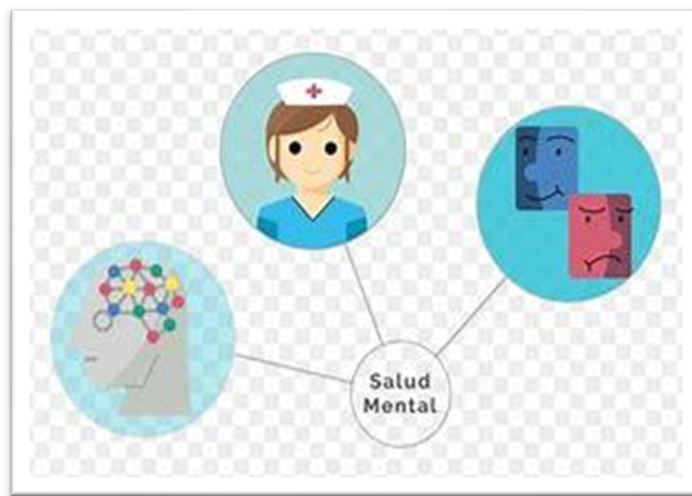
EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA

AL TRATAMIENTO EN
TRASTORNOS MENTALES



Los profesionales de salud, entre ellos los enfermeros (as) son los responsables directos del cuidado a los pacientes con trastornos mentales, que tienen características diferentes a los demás usuarios, y, por tanto, debemos estar preparados para ofrecerles una atención de calidad. Establecer una interrelación terapéutica entre el enfermero(a) es una herramienta esencial que no debe prescindirse, sobre todo cuando se trata de pacientes con trastornos mentales, mediante sus conocimientos, habilidades y actitudes en el cuidado de usuarios con estas patologías, para una mayor aproximación, que permitirá ayudar a los pacientes a resolver sus necesidades. Además, es importante enfocarse en una educación para la salud a los diversos grupos sociales con la finalidad de prevenir el proceso de estigmatización (1).

Imagen 1. Rol de enfermería en la adherencia en trastornos mentales



Nota: La enfermera y su rol en la salud mental

Fuente: Imagen generada por IA 2025.

La/el enfermera/o que afronta una situación de cuidado de un individuo con trastornos psíquicos, al establecer la interrelación enfermera(o)-usuario aplica un modelo de conocimiento estético para brindar dignidad y humanización a la intervención de enfermería (2).

En este contexto, es importante indicar la teoría psicodinámica de Peplau, que fundamenta el cuidado en la interrelación enfermera(o)-usuario, para ofrecer una atención más humanizada y personalizada, con el objetivo de responder a las necesidades del paciente. Al establecer esta relación se beneficia al paciente que presenta sufrimiento, permitiéndole comprender su experiencia, examinar e identificar las emociones que se encuentran detrás de esta, y cambiar los sentimientos negativos inherentes en emociones positivas que le llevan a un empoderamiento y permiten expresar adecuadamente sus necesidades (2).

Esta interrelación se desenvuelve en 4 etapas.

Orientación: Se observa la interacción enfermera(o)-usuario, donde este último experimenta una necesidad y acude por atención profesional. La enfermera (o) brinda apoyo para identificar, analizar y comprender sus problemas o necesidades y guía a la reflexión de su condición de salud mental (3).

Identificación: En esta etapa el paciente identifica al profesional de enfermería, quien le da atención y se instaura una interrelación enfermera(o)-usuario; el profesional tiene como finalidad cambiar en el paciente la experiencia negativa para convertirla en algo positivo que permita al individuo solventar sus necesidades individuales. Se observa cuando el profesional de

enfermería incentiva al paciente a expresar su historia y necesidades en relación con su estado emocional (3).

Aprovechamiento: La persona intenta beneficiarse al máximo de toda la ayuda, aprovechando los beneficios de esta relación, brinda y se fortalece la confianza y seguridad entre la enfermera (o) paciente. Se inicia la búsqueda estrategias y la implementación del autocuidado del estado emocional (3).

Resolución: ocurre un cambio de los objetivos planteados en el comienzo del proceso de interrelación, permitiendo poco a poco al usuario alcanzar el empoderamiento y autonomía. El individuo está en la capacidad de reconocer sus fortalezas y opciones de resiliencia y solución de problemas que eviten nuevas recaídas (3).

Imagen 2. Interrelación enfermera paciente



Fuente: Tomado de Elers Y, María Del Pilar M; Lamadrid G. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Disponible en: <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>

Los profesionales de enfermería están formados para intervenir, decidir, determinar y enfrentar retos en la enfermería psiquiátrica. El cuidado que se brinda al paciente con trastornos mentales se enfoca en las características de los usuarios cuidados. Además, son educadores ante la prevención, brindan los cuidados correspondientes de manera correcta y con calidad durante la estadía de los pacientes en una institución de salud, y forman parte de un equipo multidisciplinario para la recuperación del paciente y la reintegración a la sociedad mediante la rehabilitación (4).

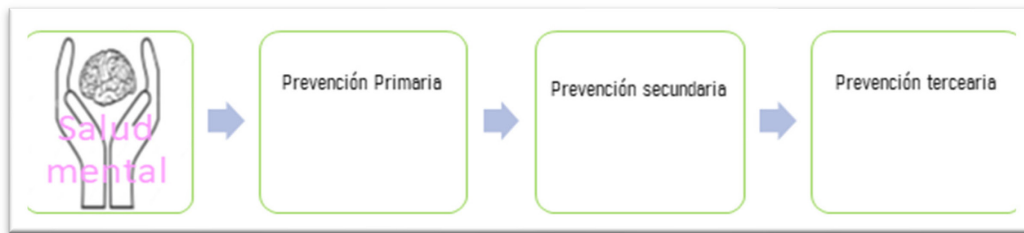
Los niveles de prevención en salud mental son:

La prevención primaria consiste en evitar que la persona sana sea afectada por un trastorno mental, mediante información clara hacia la comunidad y los grupos más vulnerables de padecer algún tipo de trastorno (4).

La prevención secundaria, las personas en esta fase incluye a individuos que están afectadas por un trastorno, se identifica y se brinda un tratamiento oportuno para prevenir los efectos negativos del trastorno (4).

La prevención terciaria, va dirigido a las personas que tienen una afectación grave a consecuencia de la afectación mental. La finalidad es ayudar en la recuperación para prevenir una discapacidad (4).

Imagen 3. Niveles de prevención en salud mental.



Fuente: Tomado de Chávez B, et al. Prevención Psiquiátrica: un pilar en la salud mental Disponible en:

<https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/8166/2666-11333-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Es importante indicar el rol de enfermería en salud mental comunitaria utiliza como marco de referencia intervenciones para ayudar a los pacientes con trastornos mentales a conseguir habilidades para la vida, el trabajo productividad y tratamiento respaldado por la terapia cognitivo conductual mediante la reestructuración cognitiva y adiestramiento de habilidades de repetición como objetivo reducir la discapacidad y promover la rehabilitación, al empoderar a las personas para terapias ocupacionales y el tratamiento para mejorar su independencia (5).

También se describe el modelo de terapia de aceptación y compromiso (ACT) que surgieron entre los años 80 y 90 en Estados Unidos y forman parte de los modelos terapéuticos conductuales y cognitivos, donde los profesionales de enfermería utilizan sobre todo el diálogo como contexto funcional y buscan la aceptación y la actitud no enjuiciadora como manera de encontrar el bienestar, con un equipo multidisciplinar, considerando la

necesidad de garantizar servicios adaptados en función de las necesidades individuales (6).

El profesional enfermero que brinda cuidados a nivel domiciliario debe actualizarse con información en base a evidencia científica, que permita mejorar las habilidades para manejar adecuadamente los recursos, mediante un plan individualizado que incluya la relación farmacológica con sus usuarios, condición de salud, sus percepciones y convicciones en relación con los fármacos, además, de llevar un plan de nutrición y ejercicio (7). De igual manera, es importante la planificación de actividades adecuadas con la familia y comunidad, evitando su aislamiento y estigmatización, mediante el apoyo y escucha activa de forma constante (7).

Las intervenciones a nivel de domicilio que permiten un control terapéutico incluyen el conteo de medicamentos, preparación para cumplir del régimen terapéutico. Para ello, también puede ayudar el establecimiento de herramientas de control terapéutico, como el conteo de medicamentos, la preparación del tratamiento farmacológico en cajas o mediante mono dosis que pueden ser diarias o semanales y elaboración de notas recordatorias de forma visual o audibles (7).

La función principal que cumplen los enfermeros/as en la comunicación y la adherencia del régimen terapéutico, este enfoque destaca la importancia de la atención integral y la adherencia al tratamiento de pacientes con trastornos mentales crónicos que son polimedicados (8).

El rol de enfermería es culminar con éxito el proceso de hospitalización, y durante el egreso es importante las intervenciones mediante un plan

individualizado en la preparación del alta, en la transición al área comunitaria, mediante la información al paciente en las habilidades para cumplir con el régimen terapéutico, así mismo establecer estrategias de seguimiento que permiten la continuidad de la atención buscando la adherencia al tratamiento, considerando el apoyo en el ámbito social y familiar, para disminuir el riesgo de recaídas y reingresos hospitalarios (9).

El profesional de enfermería cumple un rol fundamental en la promoción de la adherencia a la medicación, especialmente en el manejo de trastornos mentales. A continuación, se detalla cómo las enfermeras cumplen funciones en este ámbito, con enfoques y herramientas para evaluar la adherencia, la importancia de la relación terapéutica y las estrategias educativas y de apoyo que proporcionan (10).

1. Funciones del personal de enfermería en el manejo de la adherencia a la medicación en trastornos mentales (10).

Evaluación inicial y continua: Las enfermeras realizan una evaluación integral de cada paciente para identificar factores que puedan afectar la adherencia, como el conocimiento del paciente sobre su medicación, efectos secundarios, creencias sobre la enfermedad, barreras personales y sociales.

Intervenciones cognitivas

- * **Educación del paciente:** Educar al paciente es una actividad fundamental de las enfermeras, explicando de manera clara y comprensible los beneficios del tratamiento, posibles efectos secundarios y la forma correcta de tomar los medicamentos.

Se incluye la educación tanto individual como grupal, utilizando diversos recursos entre ellos material audiovisual, comunicación verbal, información escrita, seguimiento telefónico, correos electrónicos, consultas presenciales, visitas domiciliarias e intervenciones en la comunidad. Aunque es fundamental, proporcionar conocimientos a los pacientes con la finalidad de modificar sus hábitos de vida e informarles sobre sus tratamientos, esta estrategia por sí sola resulta insuficiente y su efectividad tiende a disminuir acorde al tiempo (11).

Se sugiere que se complemente la intervención educativa mediante la implementación de otras estrategias para potenciar su impacto en la adherencia y prolongar sus beneficios a lo largo del tiempo (11).

- * **Apoyo emocional y motivacional:** Ofrecen apoyo emocional y motivacional, ayudando a los pacientes a superar la estigmatización y el miedo asociados a los trastornos mentales y sus tratamientos.
- * **Monitoreo de la medicación:** Las enfermeras son el pilar esencial, mediante una valoración integral, supervisan el cumplimiento del régimen de medicación, proporcionando recordatorios y ajustando los horarios de administración según sea necesario para adaptarse a las rutinas diarias de los pacientes.
- * **Coordinación con otros profesionales de la salud:** Trabajan en equipo con psiquiatras, psicólogos y otros profesionales para asegurar un enfoque multidisciplinario y coherente en el tratamiento del paciente.

Gráfico 4. Intervenciones cognitivas



Fuente: Tomado de Pisano M, et al. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-habitos-adherencia-terapeutica-S1130862113001757>

Comunicación paciente-profesional

La comunicación con el usuario es una herramienta clave en nuestra intervención, es importante entenderla como un proceso dinámico que requiere estar siempre activos, prestando atención al paciente y formulando preguntas y respuestas que impulsen la conversación y fomenten una relación efectiva con el (12).

La calidad de la comunicación con el paciente es clave para la mejora de la adherencia y está se relaciona directamente a la adhesión terapéutica. Es esencial que se fortalezcan las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud para fomentar una mayor adherencia en los

pacientes. Para ello, es fundamental que se practique la escucha activa, tener en cuenta los miedos y mitos existentes, y promover la participación activa del paciente en su propio cuidado (11).

Técnicas de comunicación

1. Preguntas abiertas y cerradas

Las preguntas abiertas son un tipo de preguntas que no pueden contestar de una forma afirmativa o negativa o con un dato concreto, se puede formular un tema de manera que el paciente nos relata de forma muy amplia acerca de su enfermedad, permitiendo que el paciente exprese sus preocupaciones, temores, miedos. Las preguntas cerradas son aquellas en que las respuestas son sí o no, o un dato muy concreto, esto permite recolectar una información precisa, la desventaja de esta es que limita que la conversación progrese (12).

2. Escucha reflexiva

Es un tipo de escucha dinámica donde el paciente percibe que es entendido, siendo importante enfatizar que no es solamente estar en silencio y oír al usuario, sino que es fundamental que el profesional responda al paciente a lo que le indica y capte que es relevante la información que expresa, mejorando la interrelación con el paciente (12).

Las principales técnicas de escucha reflexiva son:

Reflejo simple o paráfrasis, se utiliza el fin de ofrecer una nueva perspectiva o una forma distinta de presentar el mismo concepto.

Clarificaciones, consiste en pedir al usuario que sea específico en el significado preciso de una frase o concepto que corresponda a términos ambiguos, esto es de utilidad y aclara aquellas frases o ideas que puedan ser clave para la adherencia (12).

Reflejo Complejo o empático Hace relación a una afirmación que determinan que los sentimientos se presenten de manera implícita en la conversación del usuario, a pesar de que no manifestó directamente, esto ayuda a que el paciente tome conciencia, de las diferentes sentimientos, percepciones, valores y creencias que determinan que presente determinadas conductas y específicamente hacia la no adherencia al régimen terapéutico (12).

Reflejo de ambos lados Se utiliza analizar si hay alguna duda del paciente respecto al cumplimiento del tratamiento, encontrando argumentos a favor y en contra que se evidencia en la conversación.

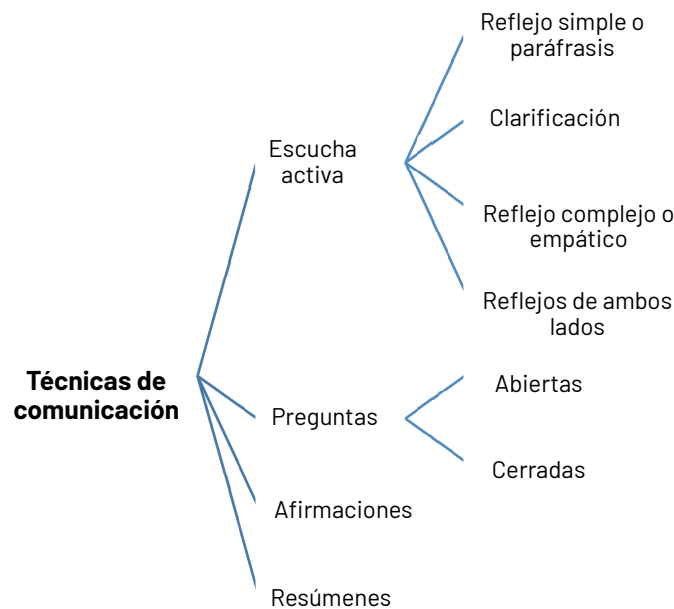
3. Afirmaciones

Son afirmaciones en relación directa con el feedback afirmativo al usuario. Este tipo de expresiones permiten la confianza del profesional y se fortalece la autoconfianza en el usuario. Estas frases afirmativas, de aprecio, de comprensión que describen el empoderamiento del paciente llevan hacia una autonomía y obtener respuestas positivas frente a las propuestas sobre todo relacionadas con el tratamiento de los psicofármacos.

4. Resúmenes

Es una síntesis que realizan los profesionales frente a la información proporcionada por el paciente, se resumen puntos clave que fueron detallándose durante la conversación y que prepara al paciente para un cambio relacionado con la aceptación del régimen terapéutico que permita optimizar su salud y condiciones de vida.

Gráfico 5. Técnicas de comunicación



Fuente: Tomado de Rodríguez E, et al. Manual para la mejora de la adherencia en salud mental. Disponible en:

https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_adherencia_saludmental/manualSMENTAL_.pdf?ts=20230305195643

Intervenciones conductuales: sobre el comportamiento y motivación del paciente

El objetivo es modificar o reforzar comportamientos para el cumplimiento y mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso. Se realizan a través de técnicas de responsabilidad, autocontrol y refuerzo conductual (11).

Intervenciones de apoyo social y familiar

Las intervenciones psicoeducativas que se encuentran dirigidas a familias y grupos familiares de individuos que padecen enfermedades crónicas han demostrado mejorar la adherencia al tratamiento. Es necesario que la familia asuma un rol activo, debido a que representa la principal red de apoyo de quien enfrenta una condición de salud delicada, en especial en enfermedades mentales. Su participación debe ser proactiva, esto requiere comprender la enfermedad y enfocarse en tres aspectos clave: conocimiento sobre la patología, cooperación en el tratamiento, y seguimiento de su evolución (13).

2. Evaluación de la adherencia: enfoques prácticos y herramientas utilizadas por enfermería

Evaluar el grado de adherencia del paciente al tratamiento es de gran importancia para determinar el grado de efectividad y seguridad de los fármacos. Por ello, los profesionales de salud deben utilizar herramientas que permitan determinar dicha adherencia, facilitando la toma de decisiones sobre las intervenciones personalizadas para cada paciente. Es importante destacar que la adherencia es una conducta que varía con el tiempo, por lo que es esencial evaluarla y reevaluarla de manera periódica (14).

La adherencia al tratamiento es un factor clave en la salud de las personas con enfermedades neurológicas. Mejorar la efectividad de las intervenciones destinadas a fortalecer las adherencias podría tener un impacto mayor en la salud de la población a comparación de cualquier avance en el tratamiento médico. Para evaluarla, se han utilizado diversos métodos, como cuestionarios estructurados, entrevistas dirigidas, monitoreo computarizado e incluso la determinación de la concentración sérica de los fármacos. En tal virtud, es posible emplear, de acuerdo a cada caso concreto, alguno de los métodos que han sido señalados y los que se mencionan (14):

Métodos directos:

Este tipo de métodos, por lo general, se basan en la cuantificación de la concentración del medicamento y metabolitos del mismo, en una muestra biológica.

- * Para la medición de la adherencia, se pueden emplear marcadores biológicos como: la razón normalizada internacional (INR), la hemoglobina glicosilada, el ion bromuro, el ácido úrico o la riboflavina.
- * Observación directa: En entornos hospitalarios, las enfermeras pueden observar directamente la toma de medicación por parte del paciente (15).

Métodos Indirectos

Se incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado. Estos

métodos tienen como ventajas la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria (14).

Entre los principales métodos se evidencian los siguientes (15).

- * Entrevistas y encuestas: Utilizan entrevistas estructuradas y cuestionarios como el Medication Adherence Rating Scale (MARS) o el Brief Adherence Rating Scale (BARS) para evaluar la adherencia de manera sistemática.
- * El profesional de enfermería utiliza también el test Morisky Green (MG), con el objetivo de determinar el grado de adherencia a la terapéutica.
- * Revisión de registros médicos: Verifican los registros de dispensación de medicamentos y los informes de los pacientes para detectar patrones de adherencia.
- * Tecnología de seguimiento: Emplean herramientas tecnológicas como pastilleros electrónicos y aplicaciones móviles que envían recordatorios y permiten monitorear el uso de la medicación.

Importancia del establecimiento de una relación terapéutica entre enfermería y pacientes para mejorar la adherencia

La relación terapéutica es crucial para mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con trastornos mentales. Esta relación entre los profesionales de enfermería y el paciente se basa en (16):

- * Confianza y respeto: Los pacientes son más propensos a seguir las recomendaciones de medicación cuando confían en las enfermeras y se sienten respetados.

- * Comunicación abierta: Una comunicación abierta y honesta permite a las enfermeras abordar las preocupaciones del paciente sobre su tratamiento y adaptar las estrategias de adherencia según las necesidades individuales.
- * La comunicación verbal y no verbal cumple un papel fundamental en las relaciones interpersonales, además influye en la práctica del cuidado de enfermería. Estos pueden verse afectados por factores personales y ambientales, los cuales pueden influir en la relación entre la enfermera y el paciente, produciendo los beneficios que se esperan. En el paciente la comunicación verbal en el desarrollo de la enfermedad puede ser difícil, por tanto, la postura, expresión facial, mirada, gestos, por lo tanto, es fundamental tomar en cuenta las expresiones corporales del paciente en todo su nivel de complejidad, a pesar de que no sea manifestado de manera verbal.
- * Empatía y comprensión: La empatía ayuda a las enfermeras a entender las dificultades que enfrentan los pacientes y a ofrecer un apoyo más personalizado y efectivo (17).

Esta comunicación humana con comprensión, trato digno, afecto, calidez y una actitud empática, se fomentan en un sentimiento mutuo de entendimiento entre dos individuos que buscan un mismo objetivo, esto promoverá actitudes humanistas, fomentará el desarrollo emocional, espiritual y permitirá encontrar un sentido en la vida (16).

- * Aplicación del proceso de atención de enfermería: esta relación se desarrolla de manera esencial para el desempeño de la práctica profesional desde la primera fase que es la valoración del caso de

manera completa e individualizado, seguido del juicio clínico que permite establecer los diagnósticos, seguido de la Planificación que nos permite formular resultados e intervenciones que responden a un proceso científico de toma de decisiones, la ejecución de los cuidados y finalmente la evaluación de los resultados/seguimiento (17).

El profesional de enfermería debe tener en cuenta las particularidades propias de cada persona el cuidado de enfermería a la persona con sufrimiento psíquico, que se reconozca como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social (18).

Una interacción adecuada enfermera-paciente disminuye la ansiedad de la persona cuidada, además los cuidados como el confort físico, la presencia, y escucha activa, mejoran cifras tensionales, los trastornos del sueño y el estrés de los pacientes, reduce la estancia hospitalaria, e incrementa la satisfacción del paciente con la atención recibida (19).

Entre los diagnósticos enfermeros frente al incumplimiento del tratamiento se encuentran los siguientes:

Tabla 1. Plan de Cuidado de Enfermería en pacientes no adherentes al tratamiento.

Diagnóstico enfermero	Resultado	Intervenciones
00276 autogestión ineficaz de la salud r/c dificultad para manejar un régimen terapéutico complejo m/p fracaso para incluir el régimen terapéutico en la vida diaria y Exacerbación de los síntomas de la enfermedad y no asistir a las citas con el proveedor de atención de salud	03129 automanejo: régimen terapéutico Indicadores 312911 toma la medicación según la prescripción 312901 describe la relación entre el régimen terapéutico y la enfermedad	5616 enseñanza: medicamentos prescritos. Actividades. * Adoptar un abordaje individualizado utilizando ayudas visuales, folletos o videos, según proceda. * Informar sobre la finalidad y efecto de los diferentes fármacos. * Educar sobre la dosis del medicamento, la vía de administración y la acción de cada fármaco. * Advertir en relación a los resultados al no ser adherentes al tratamiento.

		* Valorar la autonomía del paciente en la ingesta del fármaco.
--	--	--

Fuente: Tomado de Verdezoto C, et al(24);Chóco D, et al. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Disponible en:

<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>

Tabla 2. Plan de Cuidado de Enfermería en pacientes no adherentes al tratamiento.

Diagnóstico enfermero	Resultado	Intervenciones.
00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p Expresa deseos de mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria y Expresa deseos de mejorar el manejo de los signos y síntomas	0307 Conducta de autocuidado: medicación no parenteral	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
	Indicadores 30721 Describe la importancia de tomar la medicación.	Actividades. * Adoptar un abordaje individualizado utilizando ayudas visuales, folletos o vídeos, según proceda.

	30725 Sigue el plan de medicación.	* Comunicar sobre el objetivo de la administración del fármaco. * Informar sobre cómo debe tomar los medicamentos en relación con la dosis, frecuencia, duración del tratamiento y efectos secundarios * Educar al paciente sobre los efectos negativos al no cumplir el tratamiento. * Analizar la independencia del paciente para ingerir los fármacos por sí mismo.
--	--	---

Fuente: Tomado de Verdezoto C, et al (24); Chóco D, et al. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>

Tabla 3. Plan de Cuidado de Enfermería en pacientes no adherentes al tratamiento

Diagnóstico enfermero	Resultado	Intervenciones.
00126 conocimientos deficientes r/c inadecuada participación en la planeación del cuidado m/c Seguimiento incorrecto de las instrucciones, conducta inapropiada.	1808 conocimiento: medicación	5616 enseñanza: medicamentos prescritos
	Indicadores 180819 -Efectos terapéuticos de la medicación. 180810 -Uso correcto de la medicación prescrita.	Actividades. * Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento. * Instruir acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. * Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones. * Evaluar la capacidad de administrarse los medicamentos él mismo.

	180828 importancia de acordar la medicación con el profesional sanitario	* Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
--	---	--

Fuente: Tomado de Verdezoto C, et al(24);Chóco D, et al. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>

Tabla 4. Plan de Cuidado de Enfermería en pacientes no adherentes al tratamiento

Diagnóstico enfermero	Resultado	Intervenciones.
00262 Disposición para mejorar la alfabetización en salud m/ Expresa deseos de mejorar el apoyo social para la salud, expresa deseos de mejorar la comprensión de la información de salud para	2015 Conducta de alfabetización sobre la salud.	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

tomar decisiones sobre el cuidado de la salud		
	Indicadores 201503 Manifiesta que comprende la información escrita relevante para la salud. 201506 Manifiesta que comprende la medicación recomendada	Actividades. * Evaluar el nivel actual de conocimientos relacionados con el proceso específico de la enfermedad. * Describir el proceso de la enfermedad, * Discutir la terapia y las opciones de tratamiento. * Describir los fundamentos de las recomendaciones de manejo, terapia o tratamiento. * Instruir sobre los signos y síntomas que se deben comunicar al profesional sanitario, según proceda.

Fuente : Tomado de Verdezoto C, et al (24);Chóco D, et al. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>

Tabla 5. Plan de Cuidado de Enfermería en pacientes no adherentes al tratamiento

Diagnóstico enfermero	Resultado	Intervenciones.
00292 Conductas de mantenimiento ineficaz de la salud r/c Manifestaciones neuroconductuales m/p Conocimiento inadecuado sobre prácticas básicas de salud e Interés inadecuado en mejorar la salud	1623 Conducta de adherencia: medicación prescrita	2380 Manejo de la medicación
	162338 Comunica las barreras a la adherencia a la medicación	Actividades. * Determinar el conocimiento sobre la medicación.

	162304 Toma toda la medicación en los intervalos prescritos.	* Determinar los factores que impiden a la persona tomar los fármacos tal como se han prescrito. * Comprobar la capacidad para automedicarse y la necesidad de ayuda para la administración de medicación.
	162316 Notifica la respuesta terapéutica al profesional sanitario	* Instruir sobre la acción esperada y los efectos secundarios de la medicación. * Revisar las estrategias para manejar el régimen de medicación.

Fuente : Tomado de Verdezoto C, et al (24);Chóco D, et al. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>

Tabla 6. Plan de Cuidado de Enfermería en pacientes no adherentes al tratamiento

Diagnóstico enfermero	Resultado	Intervención
00182 Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado y expresa deseos de aumentar el autocuidado	0307 Conducta de autocuidado: medicación	5510 Educación para la salud
	30745 Utiliza la medicación según la prescripción 30731 Utiliza tecnología sanitaria móvil para apoyar la adherencia a	Actividades * Proporcionar conocimientos sobre la enfermedad específica. * Instruir sobre el manejo de la medicación (p. ej., enseñar sobre medicación, cumplimiento y efectos adversos, cuándo y cómo buscar tratamiento, responder preguntas,

	la medicación	preparar para el automanejo) * Proporcionar conocimientos relacionados con las recaídas (p. ej., identificación y manejo de los desencadenantes, consecuencias, signos y síntomas tempranos, identificación temprana de una recaída inminente) * Utilizar formación informatizada, televisión, vídeos interactivos y demás tecnologías para proporcionar la información. * Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan la salud.
--	------------------	--

Fuente : Tomado de Verdezoto C, et al (24);Chóco D, et al. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>

Estrategias de educación y apoyo proporcionadas por enfermería para promover la comprensión y el cumplimiento del régimen de medicación

Programas educativos

La educación para la salud constituye en sí misma, una de las funciones más importantes que debe realizar el profesional de enfermería, tiene como herramienta de la promoción de la salud, se involucra de una manera total, para propiciar oportunidades de aprendizaje dirigido a lograr una adherencia al tratamiento, alcanzar cambios de conducta o estilos de vida saludables (20).

Organizan sesiones educativas individuales o grupales para enseñar a los pacientes sobre su condición, el tratamiento y la importancia de la adherencia a la medicación.

- * Material educativo: Distribuyen folletos, vídeos y otros materiales educativos que refuerzan la información proporcionada durante las consultas (21).
- * Técnicas de refuerzo positivo: Utilizan técnicas de refuerzo positivo para motivar a los pacientes, como elogios y recompensas por adherirse a su régimen de medicación (21).
- * Intervenciones personalizadas: Desarrollan planes de adherencia personalizados que consideran las preferencias y circunstancias individuales de los pacientes (21). Apoyo continuo: Ofrecen un seguimiento continuo a través de citas regulares o visitas domiciliarias, llamadas telefónicas y mensajes de texto para recordar a los pacientes sus medicaciones y brindar apoyo continuo (21).

- * Estrategia de apoyo familiar o social incluir al grupo familiar como red de apoyo, para aconsejar y vigilar al paciente continuamente (21).

La psicoeducación como herramienta de cambio

La psicoeducación abarca diversas técnicas educativas cuyo propósito es ofrecer de forma estructurada información a los pacientes y sus familiares, con el fin de prevenir recaídas, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y reducir la disfuncionalidad (12).

La psicoeducación hace referencia al enfoque terapéutico mediante el cual el profesional enfermero puede ofrecer al individuo, familia y cuidadores, información y conocimientos detallados sobre la enfermedad, el tratamiento y pronóstico, sustentada en la mejor evidencia científica, actual y relevante para el manejo de la patología. Pues mientras más intolerantes, sobreprotectores, hostiles y críticos eran los familiares, más frecuentes eran las recaídas en los pacientes (22).

Esta estrategia tiene como finalidad abordar situaciones habituales en la vida de las personas con trastornos mentales, que se vuelven complejas por la falta de conocimientos. De esta manera se considera una herramienta fundamental para cambiar esta situación, que involucra varios procesos cognitivos, biológicos y sociales que son propios de cada individuo para garantizar el empoderamiento que va a incidir en el mejoramiento de la calidad de vida y nuevas oportunidades (23).

Estructura del programa psicoeducativo

El programa psicoeducativo está integrado por 3 etapas:

1. Etapa educativa:

Desde el enfoque del cuidado a la salud se brinda una explicación a la familia, cuidador y paciente en relación con la enfermedad, los signos de alarma que pueden presentarse, síntomas y la adherencia a la terapéutica prescrita, toda esta información permite formular juicios que les permite el empoderamiento en la toma de decisiones en relación con su salud (23)

2. Fase de jerarquización de problemas, déficits o necesidades

- * Esta fase consiste en priorizar de manera ordenada, las necesidades, problemas o circunstancias que son aquellas relacionadas con la falta de algo que consideran necesario y que es fundamental para realizar una actividad. Consta de los siguientes pasos (23):
- * Identificar la problemática o necesidad por el paciente, familia, cuidador o terapeuta.
- * Determinar los objetivos y planificar las actividades.
- * Escenificación o representación del problema,
- * Fortalecimiento y retroalimentación

3. Fase práctica de las habilidades aprendidas en la vida cotidiana

La práctica de las destrezas aprendidas debe aplicar en la vida cotidiana del paciente, en su ambiente habitual de una forma progresiva, para luego poder integrarse a un escenario real. La psicoeducación no es simplemente

informar, tienen un alcance hacia cambiar comportamiento, actitudes del paciente, familia o cuidador, esto permitirá mejorar la adaptación a la patología mental dirigidos a modificar sus condiciones de vida, sus conocimientos sobre la patología, y la adherencia farmacológica y manejo frente a recaídas (23).

Dentro de la enfermería psiquiátrica, la terapia cognitiva conductual (TCC) se integra como una herramienta clave para tratar problemas emocionales y conductuales en los usuarios. Se describe la importancia de la integración de la TCC en los planes de cuidados de enfermería, permite un enfoque holístico y centrado en el usuario, se centran en tratar los síntomas agudos de los trastornos mentales, además buscan abordar los aspectos subyacentes (24).

La aplicación de la TCC en la atención de enfermería implica la adaptación de técnicas terapéuticas a los cuidados diarios, estos permiten brindar ayuda a los usuarios mediante la identificación y modificación de las ideas distorsionadas, disminuyendo síntomas relacionados con trastornos como la ansiedad y depresión (24).

La coordinación entre los profesionales de enfermería, psicólogos y psiquiatras lleva a una aplicación más lógica de TCC y mejora la calidad del cuidado, esta integración permite una efectividad en el tratamiento global del paciente (24).

La aplicación del plan de cuidados de enfermería enfocado a la adherencia al tratamiento debe ser correctamente construido, misma que debe ser individualizado para cada usuario en relación con su contexto familiar y debe

incluir la rehabilitación y la reintegración del paciente a la sociedad, y trabajar de forma interdisciplinar con otros profesionales (25).

En resumen, las enfermeras juegan un papel vital en la promoción de la adherencia al tratamiento en individuos con trastornos mentales. Su enfoque integral, que incluye evaluación, educación, apoyo emocional y uso de herramientas tecnológicas, es fundamental para optimizar los resultados del tratamiento y la condición de vida de cada paciente.

Referencias bibliográficas

1. Sanz J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental* [Internet]. 2019 Jul 23 [cited 2025 Mar 8];(7). Available from: <https://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/36>
2. Hernández L, Cogollo Z. Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2020 Jan 22 [cited 2025 Mar 8];38(1):95–101. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/80710>
3. Elers Y, María Del Pilar M, Lamadrid G. Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales Nurse-patient relationship. An approach from the interpersonal relationships theories. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 8];32(4). Available from: <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu>
4. Chávez B, Martínez Y, Contreras M, Rede M, Muñoz J. Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental. *CULCyT* [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 8];15(65):75–84. Available from: <https://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/8166/2666-11333-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Keliat BA, Riasmini NM, Daulima NHC, Erawati E. Aplicación del modelo comunitario de enfermería de salud mental entre las personas con esquizofrenia. *Enfermería Clínica* (English Edition). 2022 Mar 1;32(2):131–8.
6. Sevillano A, Ruano C. Assertive community treatment as a method of care in mental health. Role of the specialist nurse. *Enfermería Clínica* (English Edition). 2019 Nov;29(6):387–9.

7. Henao A, Aguilar L, Rivera N. CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: REVISIÓN NARRATIVA. Horiz Enferm [Internet]. 2023 Oct 31 [cited 2025 Mar 8];34(1):123–38. Available from: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/56617>
8. Luiz A, Sandoval C, Pozo B, Vera LM, García N, Sanmartín K, et al. El rol de la Comunicación Enfermera-Paciente en la Adherencia a los Regímenes de Tratamiento. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024 Nov 26 [cited 2025 Mar 8];8(5):10358–73. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14414/20608>
9. Devia J, Rivera N. Cuidados de enfermería del plan de transición de la unidad de salud mental al hogar: Scoping Review (Revisión de alcance). MedUNAB [Internet]. 2022 Dec 20 [cited 2025 Mar 8];25(3):451–60. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/4244>
10. Izaguirre A, Menéndez L, Alonso F. Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria. Aten Primaria. 2020 Jun 1;52(6):400–9.
11. Pisano M, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enferm Clin [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2025 Mar 8];24(1):59–66. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-modificacion-habitos-adherencia-terapeutica-S1130862113001757>
12. Rodríguez E, Mora F, Rodríguez G, Ceballos I, Areas V. Manual para la mejora de la adherencia en salud mental. [Internet]. 1st ed. Vol. 1. Alicante: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2022 [cited 2025 Mar 8].

- Available from:
https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manual_adherencia_saludmental/manualSMENTAL_.pdf?ts=20230305195643
13. Martín E, Obando D, Sarmiento P. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Aten Primaria*. 2018 Nov 1;50(9):519-26.
 14. Pagès N, Valverde I. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora Medication Adherence: Modifiers and Improvement Strategies. *Ars Pharm [Internet]*. 2018 [cited 2025 Mar 8];59(4):251-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
 15. Andrade I, Tejedor E, Macías E, Muñoz C, Martínez M. Adherencia al tratamiento con inmunomoduladores inyectables en pacientes con esclerosis múltiple y trastorno cognitivo. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2022 Jul 1;56:11-7.
 16. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. 2015 [cited 2025 Mar 8];12(3):134-43. Available from: www.elsevier.es/reu
 17. Díaz S. La enfermera especialista en salud mental en la gestión del caso de una paciente con esquizofrenia grave. *Enferm Clin*. 2022 Jan 1;32(1):60-4.
 18. Galvis M. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA. *Revista CUIDARTE [Internet]*. 2015 [cited 2025 Mar 8];6(2):1108-20. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359540742012>
 19. Cussó RA, Seda JM, Gálvez AMP. The nurse-patient relationship: Historical, methodological and therapeutic identity in nursing cares. *Cultura de los Cuidados*. 2019;23(55):78-84.
 20. Izquierdo A, Mora K, Hinojosa M, Cruz J. EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA ENFERMERÍA. *JOURNAL OF SCIENCE AND RESEARCH*

- [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 8];7(2):367-90. Available from: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/2730/2355>
21. Ortega JJ, Sánchez D, Rodríguez ÓA, Ortega JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 8];16(3):226-32. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Mar 8];31(2):169-73. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195>
 23. Cuevas J, Moreno N. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. Enfermería Universitaria [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 8];14(3):207-18. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-psicoeducacion-intervencion-enfermeria-el-cuidado-S1665706317300453>
 24. Verdezoto C, Betancourt S, Quije V, Macías K. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2024 Sep 7 [cited 2025 Mar 8];10(3):1789-803. Available from: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/4008>
 25. Chóco D, Franco J, Zumba J, Shagñay G. Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. RECIAMUC [Internet]. 2023 Jan 11

[cited 2025 Mar 8];7(1):111-23. Available from:
<https://reciamuc.com/index.hp/RECIAMUC/article/view/988/1509>



Robert Iván Álvarez Ochoa

Grupo de Investigación, Salud, Ciencia, Innovación "ISCI", Universidad Católica de Cuenca. Coordinador de Investigación de Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

Bioquímico-Farmacéutico por la Universidad de Cuenca. Magíster en Nutrición Infantil por la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Magíster en Educación, Tecnología e Innovación por la Universidad Católica de Cuenca. Doctorando en Ciencias de la Educación por la Universidad Santander. Diplomado en Nutrición Infantil por el Politécnico de Colombia. Diplomado en Formación de Investigadores por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Diplomado en Gestión y Edición de Revistas Científicas por el Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador. Docente Investigador de la Universidad Católica de Cuenca (UCACUE, Ecuador). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SENESCYT, Ecuador). Miembro activo de la Red de Estudios sobre Educación REED, miembro de la Red Ecuatoriana de Investigación Científica Inclusiva Multidisciplinar REICIM y de la Red de Docentes de América Latina y el Caribe REDDOLAC. Ha participado como ponente y conferencista en eventos a nivel local, nacional e internacional. Es autor y coautor de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de libros y capítulos de libro. Es director y colaborador de varios proyectos de investigación. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con la investigación en educación superior, tecnología e innovación, formación y desarrollo del profesorado, alimentación y nutrición, ciencias médicas y de la salud.



Lilia Azucena Romero Sacoto

Docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Licenciada en Enfermería por la Universidad de Cuenca. Magíster en: Gerencia en Salud para el desarrollo local, Gerencia y Liderazgo Educativo, Gestión del Cuidado. Diplomado superior en: Gestión educativa, Cuidados Paliativos y Manejo del Dolor, y Pensamiento Crítico. Miembro de la Red Internacional de Investigación en Lactancia Materna, director de la Red Nacional de Investigación en Enfermería. Es autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de libros y capítulos de libro. Directora del proyecto de investigación "Calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad de Parkinson". Línea de investigación "Salud y bienestar por ciclos de vida" Sublínea "Enfermedades Transmisibles y no transmisibles"



Fanny Mercedes González León

Docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Licenciada en enfermería por la Universidad de Cuenca. Magíster en Gerencia en salud para el desarrollo local, por la Universidad técnica particular de Loja. Magíster en Gestión del cuidado, por la Universidad Católica de Cuenca. Doctora en Ciencias de la salud por la Universidad del Zulia, Docente de la Universidad Católica de Cuenca (UCACUE, Ecuador). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SENESCYT, Ecuador). Miembro activo de la Red internacional de investigación en Lactancia materna (RILM). Ha participado como ponente en eventos a nivel local, nacional e internacional. Es autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de libros y capítulos de libro. Es colaboradora de varios proyectos de investigación. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con la investigación en educación superior, alimentación y nutrición, ciencias médicas y de la salud.



Nancy Isabel Abad Martínez

Docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

Licenciada en Enfermería por la Universidad Estatal de Cuenca, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local por la Universidad Técnica Particular de Loja. Cursando la Maestría en Salud Pública, con mención en Atención Primaria en Salud, en la Universidad Estatal de Milagro. Docente de la Universidad Católica de Cuenca Carrera de Enfermería Campus Azogues. Miembro activo de la Red internacional de investigación en lactancia materna (RILM). Participación como ponente en eventos a nivel local, nacional e internacional. Autora y Coautora de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de libros y capítulos de libro. Colaboradora de proyectos de investigación.



Rosa María Zambrano Garcés

Docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, San Pablo de la Troncal, Ecuador

Psicólogo Clínico por la Universidad Católica de Cuenca. Magíster en Psicoanálisis con mención en Educación por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Doctorante en Psicología por la Universidad Internacional Iberoamericana. Miembro activo de la Red de Docentes de América Latina y el Caribe RedDOLAC. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE. Miembro activo del Programa Interinstitucional para el fortalecimiento de la Investigación y el Posgrado del Pacífico DELFÍN. Ha participado como ponente en eventos a nivel local, nacional e internacional. Es autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de capítulos de libro. Es colaboradora de varios proyectos de investigación. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con la investigación en educación superior, psicología clínica, enfermería y ciencias de la salud.



Carlos Bolívar Correa Narváez

Docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca Extensión La Troncal, Ecuador

Licenciado en Enfermería por la Universidad Católica de Cuenca, Magíster en Enfermería Mención Enfermería Quirúrgica por la Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca Extensión La Troncal. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE.



Andrés Alexis Ramírez Coronel

Docente de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

Licenciado en Psicología por la Universidad Católica de Cuenca. Máster en Neuropsicología, Máster en Estadística, Doctor en Psicología y Posdoctorado en Psicología. Es autor y coautor de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de libros y capítulos de libro. Es evaluador de proyectos de investigación y revisor en varias revistas arbitradas. Es autor y coautor de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de libros y capítulos de libro. Es director y colaborador de varios proyectos de investigación

Adherencia a la Medicación en Trastornos Mentales:

Claves para la práctica clínica



REDLIC
Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea



REDLIC | Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

Adherencia a la medicación en trastornos mentales: claves para la práctica clínica es un libro que ofrece una mirada profunda y práctica sobre uno de los desafíos más persistentes en la psiquiatría moderna: la adherencia a la medicación. A lo largo de sus capítulos, examina desde los fundamentos conceptuales esenciales hasta las estrategias para optimizar el cumplimiento del tratamiento.

Este texto se convierte en una herramienta indispensable para los profesionales de la salud mental, proporcionándoles los conocimientos y métodos más actuales para valorar y mejorar la adherencia en su práctica diaria. Además, aborda factores fundamentales que influyen en el proceso, como el contexto social, las características de los pacientes y la calidad de la relación terapéutica.

Con un enfoque práctico y basado en la evidencia, el libro ofrece estrategias efectivas que pueden ser aplicadas para optimizar el tratamiento farmacológico, mejorando la calidad de vida de los pacientes y favoreciendo su recuperación a largo plazo.

ISBN: 978-9942-659-39-2

