Adherencia a la medicación farmacológica en

Pacientes psiquiátricos

Un enfoque desde la enfermería



REDLIC
Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea

Adherencia a la medicación farmacológica en

Pacientes psiquiátricos



Un enfoque desde la enfermería

Indexaciones

Bases de datos

Licencia



Título: Adherencia a la medicación farmacológica en pacientes psiquiátricos. Un enfoque desde la enfermería
Primera Edición: Febrero 2026
e - ISBN: 978-9942-659-40-8
Link:
https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/77

Produccion 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.77

Autores

Robert Iván Álvarez Ochoa
Universidad Católica de Cuenca
rialvarezo@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-2431-179X
Cuenca, Ecuador

Carmen Victoria Molina Calle
Universidad Católica de Cuenca
carmen.molina@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0001-6416-7967
San Pablo de la Troncal, Ecuador

Erika Michelle Carchi Flores
Universidad Católica de Cuenca
erika.carchi@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0002-3611-7409
San Pablo de la Troncal, Ecuador

Luis Marcelo Naula Lliguicota
Universidad Católica de Cuenca
marcelo.naula@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0009-5069-6927
San Pablo de la Troncal, Ecuador

María de los Ángeles Estrella González
Universidad Católica de Cuenca
maestrellag@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0000-0806-113X
Azogues, Ecuador

Verónica Dalila Cantos Heredia
Universidad Católica de Cuenca
veronica.cantos@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0009-0003-3356-7003
San Pablo de la Troncal, Ecuador.

Xavier Rodrigo Yambay Bautista
Universidad Católica de Cuenca
xyambayb@ucacue.edu.ec
https://orcid.org/0000-0003-3246-6676
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., Molina-Calle, C. V., Carchi-Flores, E. M., Naula-Lliguicota, L. M., Estrella-González, M. Á., Cantos-Heredia, V. D., & Yambay-Bautista, X. R. (2026). Adherencia a la medicación en el tratamiento de trastornos mentales. Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. Disponible en: https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/77

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).

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

14

Capítulo I: Importancia a la adherencia a la medicación en el tratamiento de trastornos mentales

Impacto en la recuperación y calidad de vida del paciente
Consecuencias de la no adherencia
Tipos de no adherencia al tratamiento
Consecuencias clínicas
Consecuencias sociales
Consecuencias económicas
Consecuencias a largo plazo
Conclusiones
Referencias Bibliográficas

44

Capítulo II: Rol de la enfermería en la salud mental

Perspectiva histórica y actual del cuidado psiquiátrico
Competencias clave de la enfermería en el manejo de pacientes con enfermedades mentales
Referencias Bibliográficas

70

Capítulo III: El impacto del estigma en la adherencia a la medicación. .

Cómo las percepciones influyen en el cumplimiento
Estigma social
Autoestigma y disminución de la autoestima
Estigma sobre la desconfianza en los tratamientos
Estigma sobre las barreras estructurales y acceso al tratamiento
Estrategias para abordar el estigma desde la práctica de enfermería
Estrategias sobre cómo gestionar el estigma asociado a los trastornos mentales en todas las esferas de influencia
Referencias Bibliográficas

100

Capítulo IV: Autocuidado para enfermería en la gestión de la adherencia a la medicación

La adherencia a la medicación y su importancia en enfermería
Ética en la gestión de la adherencia a la medicación
Principios Bioéticos relevantes para la enfermería en el ámbito de la adherencia a la medicación.
Importancia de la formación continua y el desarrollo profesional para enfermería en la mejora de las prácticas relacionadas con la adherencia a la medicación
Autocuidado en enfermería: su papel en la gestión de la adherencia a la medicación
Rol de la enfermería en la gestión de la adherencia a la medicación
Dilemas éticos
Referencias Bibliográficas

132 **Capítulo V: Educación terapéutica en enfermería para fomentar la adherencia**

Introducción
Diseño de programas educativos para pacientes y cuidadores.
Desarrollo de habilidades de autocuidado en pacientes
Conclusión
Referencias Bibliográficas

159 **Capítulo VI: Ética y confidencialidad en el abordaje de pacientes psiquiátricos**

Principios Éticos en la atención del paciente psiquiátrico
Confidencialidad y secreto profesional en la atención del paciente psiquiátrico
Consentimiento informado en el abordaje de pacientes psiquiátricos
Ética en la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos
Referencias Bibliográficas

PRÓLOGO

La adherencia a la medicación farmacológica es un componente crucial en el tratamiento de los trastornos mentales, y su adecuada gestión puede marcar la diferencia entre la mejoría sostenida o la recaída de los pacientes. Sin embargo, este desafío persiste como uno de los aspectos más complejos y fundamentales en la práctica clínica en salud mental. Este libro, titulado Adherencia a la Medicación Farmacológica en Pacientes Psiquiátricos: Un Enfoque desde la Enfermería, nace con el objetivo de proporcionar una reflexión profunda sobre este tema desde la perspectiva de la enfermería, profesional clave en la atención de las personas con trastornos mentales.

En el primer capítulo, "La Importancia de la Adherencia a la Medicación en el Tratamiento de Trastornos Mentales", abordamos las razones que fundamentan por qué la adherencia a la medicación es esencial para el tratamiento exitoso de estos trastornos. Analizamos las consecuencias de la no adherencia, que puede llevar a recaídas, hospitalizaciones recurrentes y un deterioro significativo de la calidad de vida del paciente. Esta sección sienta las bases para comprender cómo la medicación, cuando se toma de manera correcta y constante, es uno de los pilares más sólidos en el manejo de la salud mental.

En "El Rol de la Enfermería en la Salud Mental", segundo capítulo del libro, exploramos el papel multifacético que desempeñan los enfermeros en el acompañamiento y apoyo a los pacientes psiquiátricos. Este capítulo destaca la necesidad de una intervención integral que permita no solo administrar tratamientos, sino también establecer una relación de confianza que favorezca el cumplimiento terapéutico.

El “Impacto del Estigma en la Adherencia a la Medicación”, tercer capítulo, profundiza en cómo el estigma social que acompaña a los trastornos mentales influye negativamente en la disposición del paciente a seguir su tratamiento. Este fenómeno, a menudo invisibilizado, puede generar barreras psicológicas y sociales que afectan directamente la relación terapéutica y, por ende, la adherencia. Reflexionamos sobre cómo la enfermería puede jugar un rol proactivo en reducir estos estigmas y en ofrecer una atención respetuosa y empática.

El cuarto capítulo, “Consideraciones Éticas y de Autocuidado para Enfermería en la Gestión de la Adherencia a la Medicación”, se centra en los dilemas éticos que los profesionales de enfermería enfrentan al gestionar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos. Aquí se aborda el delicado balance entre la autonomía del paciente, la obligación de promover su bienestar y las limitaciones impuestas por las situaciones de salud mental. Además, se analiza la importancia del autocuidado del profesional de enfermería en este proceso, un tema a menudo olvidado pero esencial para la salud integral del equipo asistencial.

En “Educación Terapéutica en Enfermería para Fomentar la Adherencia”, el quinto capítulo, discutimos estrategias educativas que el personal de enfermería puede utilizar para promover una mayor comprensión de los pacientes sobre su tratamiento. La educación terapéutica no solo facilita el entendimiento de la medicación, sino que también empodera a los pacientes a tomar un papel activo en su tratamiento, mejorando la adherencia y promoviendo la responsabilidad en su propio cuidado.

Finalmente, en el sexto capítulo, titulado "Ética y Confidencialidad en el Abordaje de Pacientes Psiquiátricos", se reflexiona sobre la importancia de respetar la privacidad y confidencialidad de los pacientes psiquiátricos en el contexto de la adherencia a la medicación. La confianza es un elemento fundamental en cualquier relación terapéutica, y las cuestiones éticas relacionadas con la divulgación de información personal son abordadas con especial atención.

Este libro, diseñado para profesionales de la salud mental, docentes y estudiantes de enfermería y cualquier interesado en la atención psiquiátrica, ofrece un análisis exhaustivo y detallado de los elementos que intervienen en la adherencia a la medicación, proporcionando herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y fomentar un enfoque más humano y ético en su tratamiento. Invito a todos los lectores a sumergirse en este trabajo, con la esperanza de que les sea útil para enriquecer su práctica profesional y contribuir a la mejora de la salud mental de los pacientes.

Mgs. Robert Iván Álvarez Ochoa

Coordinador del Centro de Investigación de la Unidad Académica de Salud y Bienestar. Universidad Católica de Cuenca.

CAPÍTULO I

IMPORTANCIA A LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN

EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES



1. Impacto en la recuperación y calidad de vida del paciente

La no adherencia a la medicación prescrita adecuadamente para los trastornos mentales (TM) impide que los pacientes obtengan todos los beneficios de su tratamiento y tiene un impacto negativo en las personas, interfiriendo en su calidad de vida, sus familias y el sistema de atención de la salud. Por lo tanto, comprender y reducir la falta de adherencia es un desafío clave para la atención de calidad de los pacientes (1).

Bajo este contexto, la mayoría de los pacientes con TM necesitan atención y seguimiento prolongado, lo que impacta significativamente su bienestar, su capacidad productiva y la de sus familias. La enfermedad representa una carga considerable debido a su elevada frecuencia, recurrencia y nivel de discapacidad (2). Constituyendo, problemas médicos que afectan negativamente la salud cognitiva, emocional y relacional de una persona y alteran su funcionamiento diario.

Además, un TM puede afectar todos los aspectos de la vida de una persona, desde sus pensamientos, emociones, estado de ánimo y actitud, hasta ámbitos externos como la dinámica familiar y de pareja, la vida sexual, el desempeño laboral, el tiempo de ocio y la administración de recursos materiales. La mayoría de los trastornos mentales impactan de manera negativa la percepción que las personas tienen de sí mismas y perjudican su capacidad para participar en relaciones mutuamente gratificantes (3).

Desde esta perspectiva, el término recuperación y los elementos que contribuyen a su significado están sujetos a una amplia variedad de definiciones e interpretaciones en su concepción tradicional dentro del

ámbito médico, se centra en la enfermedad mental desde una perspectiva biológica, buscando aliviar sus síntomas para alcanzar la mejoría del paciente.

En contraste, la recuperación personal es un concepto más amplio y complejo que ha evolucionado en las últimas décadas, consolidándose como un enfoque clave en los servicios de salud mental actuales. Esta perspectiva entiende la recuperación como un proceso de transformación en el que la persona desarrolla nuevas actitudes, valores, emociones, roles y propósitos de vida, encontrando significado en su existencia a pesar de la enfermedad y sus limitaciones (4).

En estas circunstancias, la recuperación hace posible una vida satisfactoria y esperanzadora que pueda contribuir a la sociedad a pesar de los efectos de la enfermedad mental. Se refiere a recuperar una vida de satisfacción, plenitud y alegría, es decir, una vida que valga la pena vivir, pero al mismo tiempo no espera que los síntomas se eliminen por completo. Dentro de este ámbito, la calidad de vida (CdV) es un área emergente de investigación para las enfermedades mentales que refleja el reciente aumento del interés en las mediciones de resultados informados por los pacientes en una variedad de enfermedades crónicas en la medicina. Porque la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades mentales es inferior a la de la población general (5).

Además, el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de un paciente con TM está influenciado por una combinación de factores clínicos, factores ambientales como el apoyo social y factores demográficos. La soledad, las malas relaciones con el vecindario, las actividades de ocio sin sentido, los fracasos en las actividades diarias y los medios financieros

insuficientes y el desempleo pueden perjudicar la CdV de estos individuos. Además, la reducción de la calidad de vida puede atribuirse a los efectos secundarios de la medicación o a los síntomas de la enfermedad (6).

Debido a que la enfermedad puede hacer que la vida cotidiana de una persona con TM parezca tan agitada y abrumadora que rara vez participa en ella. Además, las personas que luchan con problemas de salud mental y no buscan tratamiento profesional de ningún tipo con frecuencia comienzan a automedicarse (6).

Esto puede incluir conductas destructivas, como el consumo excesivo de alcohol o drogas recreativas, o recurrir a la comida y al sexo con múltiples parejas para consolarse. También pueden aislarse de sus círculos sociales por miedo a ser juzgados o avergonzados. Quienes recurren a la automedicación no suelen ver el problema que entraña su práctica.

Incluso, las personas con TM creen que les aporta cierto grado de felicidad y no se dan cuenta del daño que les causan a ellos mismos o a quienes los rodean. La automedicación se interpreta erróneamente como un mecanismo de defensa. Con frecuencia, la automedicación puede ir acompañada de pensamientos destructivos, lo que lleva a la autolesión. La autolesión es el acto de infligirse dolor físico a uno mismo en un intento de distraer la mente de pensamientos intrusivos (7).

Al mismo tiempo, las personas que padecen de TM también manifiestan tener una baja calidad de vida. Su salud mental les impide realizar muchas de sus tareas diarias, lo que lleva a una disminución de su autosuficiencia, sino de su totalidad, como resultado de esto, padecen baja confianza en sí mismos

y baja autoestima. Luchando contra el aislamiento y sienten que no son una parte valiosa o que no contribuyen a la sociedad. Se sienten alienados y apáticos. Los pasatiempos y las actividades que antes amaban ya no les interesan y las relaciones se deterioran (8).

Debido a esto, el nivel de actividad de los pacientes con TM se ve comprometido y apenas logran realizar las tareas más básicas de higiene y alimentación. Su dieta suele ser comida basura, ya que no tienen energía ni interés en cocinar o comprar alimentos. Dejan de bañarse con regularidad. Incluyendo también dificultades cognitivas, la falta de concentración y la fatiga asociadas a los trastornos mentales pueden reducir el rendimiento académico y la productividad laboral, afectando el desarrollo profesional y económico de los individuos (8).

Por otra parte, las personas que padecen TM experimentan una serie de síntomas físicos que son consecuencia tanto de la enfermedad en sí como del tratamiento. Pueden alterar el equilibrio hormonal y los ciclos del sueño, mientras que muchos medicamentos psiquiátricos tienen efectos secundarios que van desde el aumento de peso hasta ritmos cardíacos irregulares, estos síntomas crean una mayor vulnerabilidad a una serie de afecciones físicas.

Además, la manera en que las personas viven sus trastornos mentales puede incrementar su vulnerabilidad a padecer problemas de salud física. Estas condiciones pueden impactar la función social y cognitiva, además de disminuir los niveles de energía, lo que dificulta la adopción de hábitos saludables. La falta de motivación para el autocuidado o la inclinación hacia

patrones inadecuados de alimentación y sueño, como respuesta a los síntomas, pueden agravar aún más su estado de salud (6).

Dentro de esta situación, la mala calidad de vida de las personas con TM se caracteriza por sentimientos de angustia, control inadecuado, falta de confianza en uno mismo y autoestima, sensación de que uno no es parte de la sociedad, disminución de la actividad y sentimiento de impotencia y desmoralización. De la misma manera, las enfermedades mentales afectan las actividades y perspectivas sociales y ocupacionales, la adherencia a los medicamentos, las tasas de recaída y otros problemas de salud (6).

Existen desafíos únicos en la medición de la CdV para las enfermedades mentales y tampoco se puede ignorar el papel de los factores culturales. La rehabilitación psiquiátrica consiste en una variedad de intervenciones que apuntan a los resultados funcionales en lugar de solo al control de los síntomas. El enfoque basado en la recuperación de la rehabilitación psicosocial está orientado en muchos sentidos a individualizar la atención y, en última instancia, a mejorar la calidad de vida (6).

1.1 Consecuencias de la no adherencia

El incumplimiento del tratamiento es un problema alarmante que desafía a todo el sistema de atención de la salud mental, representando un obstáculo significativo que afecta negativamente la eficacia del tratamiento. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la no adherencia al tratamiento como hecho de que los pacientes no siguen las indicaciones médicas de manera correcta, ya sea por no tomar los medicamentos en las dosis, frecuencias o períodos prescritos, o por no

cumplir con otras recomendaciones terapéuticas, lo que empeora la condición del individuo, disminuye la eficacia del tratamiento y su capacidad de respuesta a futuras intervenciones (3).

Los resultados adicionales de la falta de adherencia incluyen la necesidad de rehospitalización, impactos negativos en la calidad de vida y el bienestar social, recaída de los síntomas, aumento de los problemas médicos coexistentes, utilización ineficiente de los recursos de atención médica y un riesgo elevado de suicidio. Además, las consecuencias para la sociedad se deben principalmente a la pérdida de ingresos de los pacientes y a los elevados costes sanitarios.

1.1.1 Tipos de no adherencia al tratamiento

La no adherencia al tratamiento se puede clasificar en primaria y secundaria. La falta de adherencia primaria es cuando los pacientes no obtienen una nueva receta y no inician la medicación según lo prescrito por el médico. Mientras que la falta de adherencia secundaria es cuando un paciente obtiene una receta, pero no sigue el tratamiento conforme a las indicaciones del profesional de salud (9).

Aunque hay muchas razones para la falta de adherencia, se pueden dividir en dos grupos: no intencional e intencional. La intencional es cuando un paciente intenta adherirse al curso de atención prescrito, pero se ve obstaculizado por circunstancias fuera de su control, se conoce como falta de adherencia no intencional (10). Por ejemplo, incluyen olvidar tomar un medicamento, tener problemas para usarlo, no poder pagarlo o tener dificultad para recordar o comprender las instrucciones.

A diferencia de la no adherencia intencional es cuando un paciente elige no adherirse a las instrucciones del tratamiento, se conoce como falta de adherencia intencional. Esto puede ocurrir por varias razones, incluidas las preocupaciones sobre los efectos adversos, las dudas sobre la eficacia de la terapia, los valores o las convicciones personales que entran en conflicto con el curso de tratamiento recomendado o la creencia del paciente de que la prescripción es innecesaria.

1.1.2 Consecuencias clínicas

1.1.2.1 Recaídas y exacerbación de los síntomas

Una recaída se manifiesta cuando los síntomas resurgen repentinamente o se intensifican considerablemente en un corto lapso de tiempo, ya sea en cuestión de horas o días. La falta de adherencia a la medicación psicotrópica por temor a los efectos secundarios, la falta de conocimiento sobre su enfermedad puede provocar la exacerbación de la enfermedad mental, reducir la eficacia del tratamiento o hacer que los pacientes sean menos receptivos al tratamiento posterior (11).

Las recaídas pueden durar desde unos pocos días hasta semanas o incluso meses, debido a que la falta de adherencia a la medicación es un predictor de recaída, particularmente una primera recaída. Entre las recaídas hay períodos de remisión en los que es posible que no presente síntomas o que estos sean relativamente estables. Los períodos de remisión pueden durar desde meses hasta años hasta que se ven interrumpidos por una recaída. Suelen ocurrir con mayor frecuencia en los primeros años después del diagnóstico, pero las personas pueden experimentar una recaída en cualquier momento.

Si bien al menos una recaída es típica entre las personas con diagnóstico de TM, la recaída previa es quizás el predictor más fuerte de una recaída posterior. Los predictores adicionales de recaída incluyen condiciones concomitantes médicas y psiquiátricas, como diabetes, efectos secundarios de la medicación y uso de sustancias. Las comorbilidades pueden llevar a una recaída debido a la falta de adherencia a la medicación o por medio de una exacerbación de los síntomas (12).

También, hay evidencia de que los factores como la no adherencia al tratamiento, los estresantes de la vida, la calidad de vida, el funcionamiento y el nivel de insight están asociados con la recaída. Aparte de los inmensos efectos mentales y emocionales de la recaída en la vida personal de las personas con TM, existen importantes consecuencias logísticas y financieras, específicamente, un mayor uso de la atención médica y los costos médicos asociados (13).

A la vez, las recaídas frecuentes se han asociado con un deterioro funcional progresivo, hospitalizaciones, deterioro cognitivo y mal pronóstico clínico, lo que supone además una enorme carga para los pacientes y sus familias (14). Además, la recaída aumenta los riesgos de autolesión y deterioro social. De igual manera, los eventos vitales estresantes y la presencia de otras enfermedades mentales comórbidas primarias son otros factores que pueden conducir a una recaída.

1.1.2.2 Mayor riesgo de hospitalización

La no adherencia al tratamiento en personas con enfermedades mentales es un problema crítico que puede generar complicaciones graves, incluyendo

un mayor riesgo de hospitalización. Siendo, el uso frecuente de tratamiento hospitalario entre los pacientes con TM (15). La mayoría de los TM, incluida la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, así como los trastornos por consumo de sustancias (SUD), implican un alto riesgo de recaída que puede explicar las hospitalizaciones frecuentes. Las personas con TM también experimentan altas tasas de hospitalización por afecciones médicas y quirúrgicas relacionadas con enfermedades como la diabetes, problemas cardíacos y neumonía.

La frecuente coocurrencia de TM con enfermedades físicas crónicas puede afectar el acceso y desafiar la capacidad de la atención primaria para proporcionar servicios adecuados, lo que resulta en un aumento de las tasas de hospitalización. En este marco de referencia, las hospitalizaciones frecuentes explican, en parte, los altos costos del tratamiento psiquiátrico. Comprender qué factores de riesgo predicen la frecuencia de hospitalizaciones de pacientes es importante para mejorar la gestión de la atención y la organización del servicio (16).

En este escenario, el modelo conductual de Andersen, uno de los marcos conceptuales más utilizados en estudios de utilización de servicios de salud, puede servir para identificar varios factores de riesgo de hospitalización. En este modelo, las variables se clasifican como necesidades, factores predisponentes y facilitadores (12). Los factores de necesidad incluyen diagnósticos y otras variables clínicas; los factores predisponentes se refieren al estado sociodemográfico y económico (edad, sexo), mientras que los factores facilitadores incluyen variables con particular impacto en el uso de la atención médica (acceso a la atención y seguimiento continuo).

Los estudios han examinado factores de riesgo para la frecuencia de hospitalización en la población con TM. Los siguientes factores de necesidades se asociaron con altas tasas de hospitalización: diagnósticos, especialmente síntomas depresivos, trastornos de la personalidad, enfermedades físicas coexistentes, SUD y enfermedades físicas coexistentes.

Según Noguero y Peregalli (16) encontraron que la edad avanzada (factores predisponentes) y la posesión de seguro médico (factores facilitadores) estaban vinculados a altas tasas de hospitalización. Sin embargo, otros factores clave que pueden influir en la hospitalización han sido poco explorados. Estos incluyen factores facilitadores como la continuidad de la atención, el acceso a servicios especializados ambulatorios y de atención primaria y tratamiento comunitario, y factores predisponentes como la privación social. Además, algunos pacientes que visitan el servicio de urgencias por problemas de salud mental (SM) en términos de su frecuencia de hospitalización por problemas médicos en un período de 12 meses.

1.1.2.3 Aumento de los problemas médicos coexistentes

La falta de adherencia al tratamiento para trastornos mentales agrava los problemas médicos coexistentes. Porque, las personas con algunas de estas enfermedades coexistentes (cáncer, obesidad, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad cardiovascular) tienen una prevalencia más alta de sufrir EM. En este sentido, la depresión está presente en el 13-80% de los pacientes con enfermedades crónicas (17).

La EPOC está relacionada con enfermedades mentales, y casi tres cuartas partes de las personas con EPOC grave presentan síntomas de ansiedad y depresión. El hábito de fumar, que es una práctica común entre los pacientes psiquiátricos, está relacionado con la EPOC. Fumar no solo ayuda a aliviar el estrés mental, sino que también es más prevalente entre las personas con bajos recursos, los que no tienen una vivienda segura, los desempleados o los que se sienten socialmente excluidos (18).

Por otra parte, ciertos tipos de cáncer son más frecuentes entre las personas con esquizofrenia, especialmente los de vesícula biliar y de intestino. Los cánceres pueden provocar estrés, trastornos emocionales y una mala imagen corporal. Más del 40 % de las personas con cáncer también sufren depresión (19).

Conjuntamente, la presencia de EM aumenta el riesgo de padecer enfermedades físicas crónicas como la obesidad o la diabetes. Se ha informado que hasta una de cada siete personas con esquizofrenia o trastorno bipolar (TBP) tiene obesidad con/o diabetes. En el caso de la depresión, la cifra se acerca a una de cada cinco. Otros investigadores han informado de que más de una cuarta parte de las personas con TLP padecen diabetes, mientras que más del 40% de los pacientes esquizofrénicos padecen obesidad (20).

Sumado a ello, los problemas de salud mental impiden el autocuidado adecuado en la EPOC, lo que aumenta la sintomatología y provoca una mayor tasa de hospitalización, con mayores costes y una menor calidad de vida. De forma similar, las tasas de artritis pueden ser más altas entre las personas con enfermedades mentales (18).

Mientras que desde la perspectiva de Alvis, Gonzales, Valero y Calderón más de la mitad de los pacientes hospitalizados con enfermedad coronaria estaban clínicamente deprimidos, en comparación con el 35-46% de los pacientes no hospitalizados con cardiopatía coronaria.

1.1.2.4 Mayor desarrollo de conductas de riesgo

La no adherencia al tratamiento incrementa las conductas de riesgo que están asociadas a diversos problemas de salud mental, incluida la autolesión. Estas conductas de alto riesgo suelen ser impulsivas y dañinas, pero pueden verse como un pedido de ayuda cuando las emociones se vuelven intolerables. Las conductas de alto riesgo incluyen la autolesión física, las conductas impulsivas y las conductas imprudentes. A veces, sin buscar ayuda, una persona puede empezar a pensar que el suicidio es la única opción (6).

Asimismo, pueden surgir comportamientos que amenazan con hacerse daño a uno mismo o a los demás, psicosis o volverse extremadamente retraído o depresivo. Estos son problemas graves de salud mental que a menudo constituyen situaciones urgentes o de emergencia que incluyen declaraciones homicidas, hacer amenazas de violencia física.

De la misma forma, la no adherencia al tratamiento puede potenciar la impulsividad y la toma de decisiones arriesgadas. Trastornos como el trastorno bipolar, el trastorno límite de la personalidad y la esquizofrenia pueden llevar a comportamientos autodestructivos. Sin el acompañamiento terapéutico adecuado, estas personas pueden experimentar dificultades

para regular sus emociones y manejar el estrés, lo que las expone a situaciones de peligro constante (21).

Al mismo tiempo, pueden desarrollar pensamientos delirantes de paranoia, creencia injustificada de que otros los están observando o persiguiendo. Experimentado también, alucinaciones, desorientación (escuchar voces, no poder distinguir lo que es real), indicaciones de una sobredosis de drogas, cortarse u otra conducta y acecho o informes de agresión sexual (9).

Debido a que los trastornos mentales en la actualidad es un factor de riesgo importante para el suicidio, al igual que la alta intención de suicidio en el momento de la autolesión, un historial de autolesión, una enfermedad física actual, un apoyo social deficiente y variables demográficas. El riesgo de más autolesiones también es mayor en ciertos grupos, incluidas las personas de mediana edad o mayores, que tienen abuso de sustancias o se autolesionan con frecuencia.

1.1.2.5 Riesgo aumentado de autolesiones y suicidio

Las personas con TM que no se adhieren al tratamiento pueden desarrollar ideaciones suicidas debido al empeoramiento de los síntomas emocionales, deterioro en la capacidad de afrontamiento junto con la descompensación, el descontrol de la enfermedad y la reducción en la capacidad de afrontamiento. Además, los intentos de suicidio y las autolesiones entre personas con enfermedades mentales que tienen comorbilidades médicas son una preocupación social cada vez mayor a la luz del mayor reconocimiento de las vulnerabilidades combinadas de las enfermedades físicas y psiquiátricas (22).

La autolesión después de una hospitalización médica es difícil de predecir y prevenir, en parte debido a las interacciones proteicas entre los trastornos mentales y otras condiciones de salud. Las enfermedades mentales y las enfermedades físicas aumentan de forma independiente el riesgo de autolesión a lo largo de la vida y la coocurrencia de trastornos mentales importantes y otras condiciones de salud es sorprendentemente común. La mayoría de las personas que mueren por suicidio han tenido contacto con servicios de salud (es decir, médicos generales, servicios ambulatorios o de internación) en un momento próximo a su muerte.

Bajo este contexto, un desafío clínico clave es determinar qué pacientes que se autolesionan tienen un riesgo particularmente alto de suicidio durante las primeras semanas posteriores al evento. Por lo tanto, los componentes de la conducta suicida incluyen pensamientos sobre la muerte o el morir, desear estar muerto o ideas sobre morir por suicidio (23).

Estas ideas no suelen ser persistentes, pero pueden ser bastante comunes en personas con trastornos mentales o en aquellas que atraviesan circunstancias de vida difíciles. La mayoría de las personas con ideación suicida no se suicidan, pero la ideación es un factor de riesgo en el suicidio. Los pensamientos de suicidio persistentes e intensos son más preocupantes que los pensamientos de suicidio ocasionales y leves.

También, existe la idea de morir por suicidio que está mejor formada y se mantiene de manera más constante que en la ideación suicida. En la cual, una persona con intención suicida puede pensar en morir por suicidio la mayor parte del tiempo, imaginando cómo sería la vida de sus amigos y familiares sin

ellos cerca. La intención más fuerte ocurre cuando una persona decide que elegirá el suicidio (24).

Además, se desarrolla un plan suicida que establece de manera precisa la forma en que se llevará a cabo el acto, mientras que los planes imprecisos se asocian con la intención de suicidarse. En un plan suicida se identificarán y obtendrán los medios para suicidarse, y se elegirá el lugar y el momento, la presencia de un plan suicida constituye una emergencia psiquiátrica.

A menudo, las personas que están considerando suicidarse se enfrentan a una combinación de problemas de salud mental y acontecimientos vitales difíciles. Síntomas como un estado de ánimo muy bajo, pensamientos negativos, ansiedad grave y psicosis pueden llevar a pensamientos suicidas.

1.1.3 Consecuencias sociales

1.1.3.1 Aislamiento social

Los trastornos mentales pueden llevar al aislamiento, y la falta de interacción social agravando los síntomas. Los problemas como la ansiedad, la depresión y la baja autoestima suelen ser consecuencia del aislamiento social. Los efectos del aislamiento social sobre la salud mental van desde la falta de sueño hasta la reducción de la función inmunológica. Estando, la soledad asociada con mayores tasas de ansiedad, depresión y suicidio, así como con consecuencias para la salud física (25).

El aislamiento social prolongado crea una profunda desconexión entre quienes viven solos o no pueden confiar en la formación de una red social, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. Por lo cual,

el aislamiento social percibido equivale a sentirse inseguro, lo que desencadena una hipervigilancia implícita para la amenaza social (adicional) en el entorno y crea un sesgo inconsciente.

Igualmente, el aislamiento social se ha relacionado con enfermedades mentales, angustia emocional, suicidio, desarrollo de demencia, muerte prematura y malos hábitos de salud (tabaquismo, inactividad física y falta de sueño), así como con efectos biológicos, como hipertensión arterial y deterioro de la función inmunitaria.

De igual manera, el estrés crónico de la soledad puede conducir a una mala salud metabólica y mental a través de numerosas vías, incluida la desregulación de la función del sistema nervioso simpático suprarrenal o autónomo. A corto plazo, los problemas de salud mental pueden hacer que las personas se alejen de sus pares debido a que perciben rasgos de personalidad o comportamientos poco atractivos (26).

Además, la adherencia a la medicación y el aislamiento social varían con la complejidad de la enfermedad mental, y las tendencias hacia la extensión de las intervenciones a la población general requieren un conocimiento específico sobre los procesos que apoyan la adherencia entre las diferentes personas con EM.

1.1.3.2 Estigmatización

La estigmatización por enfermedades mentales se refiere al conjunto de actitudes negativas, prejuicios y discriminación que enfrentan las personas con trastornos mentales en distintos ámbitos de la sociedad. Esta

estigmatización puede generar barreras para el diagnóstico y la adherencia del tratamiento (27).

En base a ello, la persona con TM desarrolla estigma social que se manifiesta a través de estereotipos y prejuicios sobre las personas con enfermedades mentales, considerándolas peligrosas, débiles o incapaces. Incluyendo el autoestigma que ocurre cuando la persona interioriza los prejuicios sociales y desarrolla sentimientos de vergüenza, culpa o inutilidad, lo que puede disminuir la autoestima y la motivación para buscar ayuda.

Al mismo tiempo, sucede el estigma profesional que se da dentro del sistema de salud, cuando los propios profesionales tienen prejuicios que influyen en la calidad de la atención, llevando a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o deshumanización en el trato (28).

Los estigmas culturales y las percepciones negativas sobre las enfermedades mentales pueden disuadir a las personas de buscar ayuda. Las actitudes sobre los problemas de salud mental varían entre las distintas comunidades. Tanto las ideas religiosas como las percepciones culturales pueden influir en la forma en que las personas se sienten respecto de recibir atención de salud mental.

En ocasiones, estas ideas y percepciones estigmatizan las enfermedades mentales, lo que posiblemente impida que las personas busquen tratamiento para sí mismas o para sus seres queridos. En algunos casos, las comunidades pueden disuadir a los hombres de mostrar signos de debilidad, lo que puede generar reticencia entre ellos a buscar los tratamientos de salud mental que necesitan.

1.1.4 Consecuencias económicas

1.1.4.1 Costos elevados en atención médica y carga económica en la familia

Los costos de atención médica de los familiares de pacientes diagnosticados con TM son muy altos en comparación con los familiares de pacientes sin un diagnóstico de TM. Debido al costo elevado que requiere adquirir el tratamiento y recibir la atención adecuada necesaria, enfrentándose a innumerables desafíos para encontrar y pagar atención de salud mental. Algunas familias enfrentan demoras o no reciben la atención necesaria por razones relacionadas con el costo (28).

Teniendo en cuenta los retos y barreras de los sistemas, la responsabilidad de cuidar a las personas con enfermedad mental recae a menudo en los familiares, porque algunos tratamientos farmacológicos pueden ser costosos, especialmente si no están cubiertos por seguros de salud (29). En casos graves, las hospitalizaciones psiquiátricas pueden generar gastos elevados y los familiares que asumen el rol de cuidadores pueden reducir su jornada laboral o dejar de trabajar.

Las desigualdades en materia de salud mental no solo pueden perjudicar a las personas, sino también obstaculizar la prosperidad económica en la sociedad. Además, las poblaciones de menores ingresos con problemas de salud mental tienen una mayor prevalencia de otras enfermedades crónicas. Problemas como la falta de acceso a la atención y el estigma cultural significan que este informe probablemente subestima (en lugar de sobreestimar) el número de personas con problemas de salud mental (30).

De igual forma, los grupos con problemas de salud mental registran más días de trabajo perdidos y una tasa de desempleo más alta que aquellos que no tienen tales problemas. En el caso de las personas con problemas de salud mental, se observa una mayor prevalencia de otras enfermedades crónicas, más días de trabajo perdidos y un mayor desempleo en todos los grupos de edad.

Cabe recalcar que los gastos médicos relacionados con afecciones de salud mental no tratadas o tratadas de forma insuficiente dan lugar a una utilización evitable del departamento de emergencias. Conjuntamente, con la pérdida de productividad con el costo económico resultante de la pérdida de productividad en la fuerza laboral debido a condiciones de salud mental (31).

Existen costos económicos asociados a la mortalidad prematura causada por suicidio, fallecimientos relacionados con trastornos por consumo de sustancias, muertes derivadas de un tratamiento inadecuado de la salud mental y de enfermedades mentales que coexisten con otras afecciones médicas.

Por lo cual, abordar la equidad en materia de salud mental es un factor importante que sustenta cualquier éxito que la sociedad pueda tener en la reducción de las desigualdades en materia de salud mental, la mejora del control de las enfermedades crónicas y la reducción del aumento del gasto excesivo en salud.

1.1.5 Consecuencias a largo plazo

1.1.5.1 Resistencia al tratamiento

Los trastornos mentales resistentes al tratamiento son aquellos en los que la salud mental de las personas permanece igual o, en realidad, empeora después de tomar antidepresivos durante algunas semanas. Las personas con trastornos de salud mental resistentes al tratamiento deberían recibir atención especializada de un equipo de psiquiatras, consejeros y otros profesionales de la salud mental, pero esto no está sucediendo debido a los largos tiempos de espera (32).

Al mismo tiempo, los pacientes con TM pueden manifestar una respuesta deficiente a la terapia debido a la intolerancia a la medicación, la mala adherencia, la dosificación inadecuada, así como la verdadera resistencia de su enfermedad a la terapia con medicamentos antipsicóticos (33). A medida que los médicos se enfrentan a la decisión de cuándo cambiar o aumentar los medicamentos antipsicóticos, una comprensión clara de la duración adecuada de un ensayo de tratamiento y qué síntomas objetivos responden a la terapia antipsicótica que es fundamental para maximizar la respuesta en pacientes resistentes al tratamiento.

Debido a que los médicos suelen recetar antidepresivos (junto con lo que se denomina terapia de conversación, como el asesoramiento) a personas que padecen TM como ansiedad, depresión, trastorno de pánico, estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo. Pero los antidepresivos en realidad no ayudan a algunas personas que padecen trastornos mentales resistentes al tratamiento (también conocidos como duraderos, crónicos, difíciles de tratar, de por vida y recurrentes) (34).

Esto significa que los médicos de cabecera terminan atendiendo a personas con trastornos de salud mental resistentes al tratamiento, pero a los médicos de cabecera a menudo les resulta difícil. Esto se debe a que es difícil encontrar estudios de investigación que brinden a los médicos de cabecera orientación sobre cómo atender a las personas con estos trastornos. Recopilé estos estudios de investigación y creé puntos de acción para ayudar a los médicos de cabecera a brindar apoyo a las personas con trastornos de salud mental resistentes al tratamiento.

Por lo cual, tanto la no adherencia como la resistencia al tratamiento son desafíos importantes en la salud mental. Mientras que la no adherencia puede resolverse con educación, apoyo y seguimiento cercano, la resistencia requiere un abordaje multidisciplinario para encontrar alternativas terapéuticas efectivas.

Conclusiones

El término enfermedad mental abarca un conjunto de trastornos caracterizados por síntomas que pueden alterar el pensamiento, la percepción, el estado de ánimo o la conducta de una persona, lo que puede dificultar su capacidad para afrontar el trabajo, las relaciones interpersonales y otras demandas diarias. Por esta razón, la calidad de vida se considera un indicador fundamental para evaluar la efectividad del tratamiento en quienes enfrentan problemas de salud mental.

Además, el impacto de la enfermedad es considerable debido a su elevada frecuencia, alta probabilidad de recurrencia y nivel de discapacidad. La disminución de la calidad de vida puede estar relacionada tanto con los

efectos adversos del tratamiento farmacológico como con la manifestación de los propios síntomas de la enfermedad.

Al mismo tiempo, los trastornos mentales pueden llevar al aislamiento, y la falta de interacción social agravando los síntomas, incluyendo la autoestigma que ocurre cuando la persona interioriza los prejuicios sociales y desarrolla sentimientos de vergüenza, culpa o inutilidad, lo que puede disminuir la autoestima y la motivación para buscar ayuda. También, debido al costo elevado que requiere adquirir el tratamiento y recibir la atención adecuada necesaria, enfrentándose a innumerables desafíos para encontrar y pagar atención de salud mental.

Por otra parte, los trastornos mentales resistentes al tratamiento en los que la salud mental de las personas permanece igual o, en realidad, empeora después de tomar antidepresivos durante algunas semanas afectan la calidad de vida de los pacientes, ocasionando una salud física deteriorada, dificultades en las relaciones interpersonales, rendimiento laboral reducido, un mayor riesgo de conductas autodestructivas y una disminución del bienestar emocional.

Referencias Bibliográficas

1. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Incumplimiento de la medicación psicotrópica y sus factores asociados entre pacientes con trastornos psiquiátricos mayores: una revisión sistemática y un metanálisis. Syst Rev. 2020;9(1):1-17. [citado 4 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31948489/
2. Jayasree A, Shanmuganathan P, Ramamurthy P, Alwar M. Tipos de incumplimiento de la medicación y estrategias para mejorar el cumplimiento de la medicación en los trastornos de salud mental: una revisión narrativa. Indian J Psychol Med. 2024;46(6):503-510. [citado 4 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545134/
3. Abdullah H, Nawzad S, Egberts T, Vuyk J, Gardarsdottir H, Heerdink E. Efecto de la no adherencia al tratamiento antipsicótico en la rehospitalización de pacientes con trastornos psicóticos. 2021. [citado 4 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34262690/
4. Solmi M, Cortese S, Vita G, De Prisco M, Radua J, Dragioti E, et al. Una revisión general de los predictores candidatos de respuesta, remisión, recuperación y recaída en los trastornos mentales. Mol Psychiatry. 2023;28(9):3671-3687. [citado 4 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37957292/
5. Giménez J, Tortosa J, Cortell M. Beneficios del ejercicio físico en los trastornos mentales y la calidad de vida de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias: revisión sistemática y metaanálisis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3680. [citado 5 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32456164/

6. Tselischev D, Stanich S. Calidad de vida y satisfacción con la atención médica en pacientes con trastornos mentales del espectro esquizofrénico. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2022;122(1):26-34. [citado 4 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35238508/
7. Petkari E, Priebe S. Estructura factorial de la calidad de vida subjetiva en los trastornos mentales: ¿deberíamos pasar a evaluar dimensiones? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2023;273(4):953-961. [citado 5 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36571599/
8. Souza E, Cruz D, Siqueira L, Rosa R, Silva C, Sawada N. Asociación entre trastornos mentales comunes y calidad de vida en adultos mayores. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20210057. [citado 5 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34516602/
9. Alvear M, Sandoval I. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: revisión sistemática. Rev Colomb Psiquiatr. 2024;53(2):192-205. [citado 5 feb 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192
10. Vega D, Acosta F, Saavedra P. No adherencia en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo: estudio prospectivo de variables asociadas y posibles subtipos. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2024;31(2). [citado 7 feb 2025]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134593424000265
11. Wilhelm K. La toma de decisiones en la atención de la salud mental: el papel del cuidador. Med Ética. 2020;31(4):955-992. [citado 6 feb 2025].

Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-21662020000400955

12. Medina M, Orozco R, Rafful C, Cordero M. Los trastornos mentales en México 1990-2021: resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. Gac Med Mex. 2023;159(6):527-538. [citado 8 feb 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132023000600527
13. Alvis D, Gonzales J, Valero L, Calderón C. Epidemiología de los trastornos mentales en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (2017-2018). Acta Med Peru. 2021;38(1):48-52. [citado 7 feb 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000100048
14. Carrillo L, Pilco G. Relaciones intrafamiliares y salud mental en adolescentes de Pelileo, Ecuador. Rev Cienc Soc Humanid. 2024;22(8):159-169. [citado 17 feb 2024]. Disponible en: https://chakinan.unach.edu.ec/index.php/chakinan/article/view/972
15. Muñoz J, Carpintero A, Verdugo A, Gijón J, Hodann M. Perfiles clínicos en hospitalización psiquiátrica prolongada: reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2023;43(143):117-139. [citado 7 feb 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000100007
16. Noguero A, Peregalli S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. Rev Bioet Derecho. 2021;(53):37-55. [citado 7 feb 2025]. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872021000300003

17. Gentil L, Grenier G, Meng X, Fleury M. Impacto de los trastornos mentales coexistentes y las enfermedades físicas crónicas en la frecuencia de uso de los servicios de urgencias y la hospitalización por motivos de salud mental. Public Mental Health. 2021;2(4):1-13. [citado 7 feb 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34880788/
18. Hernández A, Vargas I, Pérez R, Ramírez A. Factores psicológicos asociados a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una revisión narrativa. Neumol Cir Torax. 2022;81(1):35-40. [citado 9 feb 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0028-37462022000100035&script=sci_abstract&tlng=es
19. Vila A, Toledo E, Morales R. Trastornos neuropsiquiátricos secundarios al tratamiento corticoide en pacientes con cáncer. Medicentro (Electrón). 2021;25(2):230-247. [citado 8 feb 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000200230
20. Vergara M, Ahumada L, Poveda E. Estrés, depresión, ansiedad y el hábito alimentario en personas con síndrome de intestino irritable. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(4):369-381. [citado 14 feb 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572022000400369
21. Rizo A, Hernández N. Vulnerabilidad en personas con padecimientos mentales: ¿desventaja biológica o injusticia epistémica? En-claves Pensam. 2023;17(33):e601. [citado 10 feb 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2023000100208

22. Faura J, Calvete E, Orue I. Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. Pap Psicol. 2022;42(3):207-214. [citado 11 feb 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232021000300006
23. Rodríguez A, Rodríguez E, Romero B. Autolesiones no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: aspectos nucleares. Colomb Med. 2021;52(1):e2044342. [citado 11 feb 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342021000100005&script=sci_arttext&tlng=es
24. García J, García H, González M, Barrio S. Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. Rev Pap Psicol [Internet]. 2021 [citado 11 feb 2025];41(1):35–42. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000100035
25. Erich E, Arias L. Importancia del aislamiento social en la salud mental: Comentarios sobre artículo original. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2022 [citado 12 feb 2025];22(3):657–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300657
26. Portela I, Machad A. Consecuencias psicológicas del aislamiento social y su vinculación con el funcionamiento psicológico positivo. Rev Actual Psicol [Internet]. 2022 [citado 14 feb 2025];36(132):72–87. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/pdf/ap/v36n132/2215-3535-ap-36-132-72.pdf
27. Aguilar C, Córcoles D, Miralles M, Almela P, Heredia S, Fontestad J. El estigma asociado a los trastornos mentales en el paciente geriátrico: una revisión integradora. Rev Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 12 feb

2025];33(3):175–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300008

28. Palacios X. El inestimable costo del estigma de la salud mental. Rev Cienc Salud [Internet]. 2021 [citado 15 feb 2025];19(1):1–4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732021000100001
29. Centurión C, Mereles M. Una mirada al sistema de salud mental en Paraguay. Rev Academo (Asunción) [Internet]. 2020 [citado 15 feb 2025];7(2):183–92. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2414-89382020000200183
30. Leiva V, Rubí P, Vicente B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021 [citado 18 feb 2025];45:e158. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8678097/
31. Díaz L, Cabello H, Medina M, Berenzon S, Robles R, Madrigal E. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. Salud Pública Mex [Internet]. 2022 [citado 19 feb 2025];62(1):72–9. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000100072
32. Cuenca P. El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria: Reflexiones y propuestas. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2022 [citado 19 feb 2025];42(141):141–58. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352022000100009

33. Ríos B. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con trastorno mental que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano [Internet]. 2020 [citado 19 feb 2025]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=346548
34. Henao A, Aguilar L, Rivera N. Cuidado de enfermería del paciente con trastorno mental en atención domiciliaria: revisión narrativa. Rev Horizonte Enferm [Internet]. 2023 [citado 19 feb 2025];34(1):123–38. Disponible en: https://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/56617

CAPÍTULO II

ROL DE LA ENFERMERÍA

EN LA SALUD MENTAL



1. Perspectiva histórica y actual del cuidado psiquiátrico

Se ha catalogado a la enfermería como una profesión multidisciplinaria que engloba la atención y cuidado físico y psicosocial, con una importancia añadida por el contacto cercano con los pacientes que llega a repercutir de forma directa en su bienestar general, de ahí que el perfil del profesional ha ido evolucionando en base a las nuevas herramientas tecnológicas, políticas sanitarias y de gestión, en la búsqueda de dar continuidad a la eficiencia del rol de enfermería (1).

De esta manera, una de las características con mayor motivación ha sido el rol educativo tanto individual como comunitario, promoviendo prácticas de salud integral y salud mental, con el reto latente del enfrentamiento constante del personal sanitario a situaciones de estrés emocional, siendo menester el trabajo individual y cuidadoso para obtener la capacidad de desarrollar habilidades como comunicación efectiva, trabajo en equipo, actualización de conocimientos, interpretación de comportamientos y lenguaje no verbal, aptitud para calmar a pacientes en situaciones de crisis, entre otras (2).

El continuo mejoramiento de los procesos de prestación de cuidados se basa tanto en el avance tecnológico, clínico de gestión y creación de políticas sanitarias, los planes de cuidado y lenguaje enfermero estandarizados son herramientas imprescindibles para la optimización de seguridad clínica y la continuidad de la atención, sin embargo, en temas de salud mental resultan poco claros, por ello es elemental realizar reajustes que favorezcan en conjunto a los sistemas de salud como a los pacientes atendidos (2).

Durante la pandemia por COVID-19 el actuar de los profesionales de la salud fue sometido con procesos de cambio, sobre todo en temas relacionados a la salud mental, por el repunte de casos de agotamiento, ansiedad y depresión, resaltando la urgencia de atender las necesidades tanto físicas como emocionales en los pacientes, catalogándose como la oportunidad que ha permitido el fortalecimiento del papel de enfermería dentro de los sistemas de salud en el dominio de la salud mental (3).

La especialización de enfermería en salud mental no solo enfoca sus actividades en el cuidado clínico sino en el respeto por los derechos humanos, recuperación emocional y promoción de resiliencia, ante estos argumentos Gutiérrez, et al. (4) mencionan como la aplicación de terapias complementarias; aromaterapia, musicoterapia o meditación se integran a la atención del paciente y de los propios profesionales sanitarios, además enfatiza la necesidad de fortalecer dichas actividades en los sistemas de salud, garantizando el acceso igualitario y la atención integral en la comunidad.

La enfermería psiquiátrica ha evolucionado de forma significativa, a lo largo del siglo XX, con la instauración de hospitales especializados se buscó la adopción de una formación enfermera alineada a un enfoque humanista, consolidado con base al modelo psicosocial y profesionalización del cuidado lo que ha permitido un rol importante en la atención con calidad, rehabilitación clínica y emocional así como la reinserción social de pacientes con trastornos mentales, de ahí que se ha venido fomentando el robustecimiento de esta rama de conocimiento (5).

Los esfuerzos por lograr la profesionalización y alejarse del enfoque vocacional datan del año 1932 en el que se daría la creación del título "enfermera psiquiátrica" dando un salto desde el modelo manicomial a un sistema regulado por hallazgos de carácter médico científico sobre los trastornos mentales, a nivel de Latinoamérica resaltan las labores de México como pionero en la atención enfermera en contextos penitenciarios y psiquiátricos; se subraya además que el progreso se ha dado sustento en la visión holística del paciente con principios éticos, modelos teóricos y visión de atención clínica y humanizada con respeto a la dignidad de cada uno de los individuos (6).

El quehacer de los profesionales de enfermería en la salud mental se pone de manifiesto con base al análisis de las situaciones presentes en la comunidad que afectan el desarrollo individual de los miembros de cada población, sobre todo tras la epidemia por COVID-19 que dejó varias secuelas sociales que potenciaron la probabilidad de desarrollo de ansiedad y depresión, así como el aumento de los índices de estrés en todos los pacientes (7).

Es importante mencionar las necesidades más frecuentes en pacientes con enfermedades mentales; la gran mayoría tiene dificultad para seguir directrices médicas o cuidados de enfermería, asistencia a citas de control, administración correcta de medicamentos, evidenciándose en un gran índice de abandono terapéutico; además es común que se añadan hábitos nocivos como consumo de tóxicos y desinterés por aplicar conductas preventivas, aun así, al igual que el resto de la población merecen ser escuchados y atendidos, sobre todo en los momentos de crisis, los profesionales a cargo

deben tener las capacidades necesarias para prevenir riesgos y brindar herramientas de protección, reconociendo ciertos aspectos que los convierten en sujetos frágiles, sin recursos cognitivos ni redes de apoyo social (8).

2. Competencias clave de la enfermería en el manejo de pacientes con enfermedades mentales

La salud mental es un componente esencial en el bienestar individual como comunitario, en el cual la atención de enfermería desempeña un papel clave en el suministro de cuidados integrales a pacientes con trastornos mentales, a lo largo de los años se han desarrollado teorías sobre el rol enfermero en psiquiatría como el Modelo de la Marea de Phil Barker que hace hincapié en la recuperación centrada de la persona y promueve el empoderamiento de la misma, de modo que, que los/las enfermeras desempeñan funciones dependientes, interdependientes e independientes que engloban administración de medicamentos, apoyo emocional, promoción de redes de apoyo, prevención de recaídas, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, entre otros (9).

Según Mourelle, et al. (10) las actividades de enfermería en salud mental dentro del ámbito de rehabilitación de sustancias psicoactivas sigue sin definirse específicamente, pese a que los altos índices de consumo se han convertido en un problema de salud pública con altos requerimientos de intervención, en este estudio se determinó que la aplicación de talleres educativos que integren estrategias de trabajo colectivo y reflexión demostraron alta efectividad, proponiéndose como conclusión que el rol de enfermería podría desarrollarse en el contexto de la formulación de planes de

atención, liderazgo del proceso terapéutico e integración de intervenciones interdisciplinarias basados en ética profesional.

En el mismo orden de ideas, además del cuidado del paciente se añade dentro de las actividades del enfermero la gestión de riesgo psicofísicos a los cuales pueden estar expuestos los integrantes del equipo de salud, en donde el actuar enfermero debe redirigirse hacia la consolidación de las habilidades en el reconocimiento de conductas violentas y ejecución de medidas de seguridad, de forma que se procure no solo el bienestar de los pacientes si no se incluya el de los profesionales de entornos hospitalarios (11).

González, et al. (12) advierte que trastornos como déficit de atención e hiperactividad, ansiedad, depresión, conducta suicida, han ido en aumento en poblaciones vulnerables como infantes y adolescentes, empero, la atención en salud mental es limitada y menospreciada con relación al bienestar físico; dentro de su estudio descriptivo de corte transversal se evaluó la necesidad de contar con un profesional de enfermería especializado en salud mental infantil, pese a los estigmas en lo que se refiere a esta disciplina; dentro de su conclusión resaltan la urgencia en aplicar estrategias para incorporar a dichos expertos para lograr así la identificación y abordaje tempranos.

Bernedo, et al. (13) coincide en que la presencia de enfermeras en instituciones educativas fomenta la identificación temprana de riesgos mentales en escolarizados, así como brindar apoyo a docentes; al punto que la enfermería en salud mental infantil y adolescente permite el abordaje de trastornos emocionales y conductuales, Santos et. al. (14) analizo este tema a través de la Teoría de Adaptación de Callista Roy evidenciando que más del

50% de niños tiende a mostrar perfiles clínicos con problemas de salud mental (déficit de atención e hiperactividad consideradas como las más comunes) siendo clave la intervención del enfermero para reforzar los factores de protección y diseñar estrategias de afrontamiento y adaptación que favorezcan un desarrollo saludable, sumado al trabajo conjunto con docentes y comunidad se plantearía la reducción del impacto negativo de estas condiciones en poblaciones escolares.

Dentro del contexto de poblaciones vulnerables, surge la conceptualización de "enfermería penitenciaria" según la American Nurses Association (ANA) la cual se encarga de temas relacionados con urgencias clínicas, salud pública, atención primaria y educación para la salud mental, haciendo manifiesto la complejidad de los problemas que engloban tareas que van más allá de la administración de medicaciones, como evaluación correcta del paciente, educación en salud, ofrecer intervenciones en crisis, atención de drogodependencia, destacando así como principales objetivos de las consultas de enfermería (15):

- Detección de factores de riesgo y protectores de enfermedades mentales.
- Promoción del autocuidado.
- Brindar atención integral por medio de la aplicación de estrategias preventivas en el ámbito asistencial, emocional y de rehabilitación.

Adicionalmente, las mujeres embarazadas constituyen otro reto para el equipo de enfermería, debiendo primar el enfoque singular y multidimensional que garantice el cuidado continuo adaptado a las necesidades orgánicas y emocionales del binomio materno-fetal, en quienes

la implementación de estrategias de atención centradas en la paciente aseguran la calidad y dignidad en el trato de gestantes con trastornos psiquiátricos mejorando así el tiempo de recuperación y de forma directa su calidad de vida (16).

Para Verdezoto, et al. (17) una de las herramientas de mayor impacto positivo en la enfermería psiquiátrica es la aplicación de terapia cognitiva conductual (TCC) cuya integración al quehacer enfermero permite reducir sintomatología relacionada con la depresión y ansiedad así como optimizar recursos y adherencia terapéutica mediante la adaptación individualizada a las necesidades de cada paciente, sin embargo, vale la pena mencionar algunos de los desafíos como la falta de colaboración interdisciplinaria y mayores costos de atención, no obstante, los beneficios a largo plazo justifican su aplicación inicial manteniendo fidelidad en cuanto al compromiso de ofrecer siempre una atención holística e integral.

De la misma manera, la utilización de la simulación clínica en el periodo de preparación de enfermería se ha afianzado como una de las mejores tácticas para el fortalecimiento de habilidades y capacidades en coordinación de equipos de trabajo, brindando mayor seguridad al momento de abordar situaciones complejas con un enfoque humanizado basado en la experiencia práctica previa (18).

Tavares, et al. (19) destaca que las prácticas interdisciplinarias y uso de tecnologías de la información junto a metodologías activas y actividades colaborativas mejoran la comprensión del cuidado en salud mental promoviendo así el aprendizaje humanizado y dinámico en las aulas, la búsqueda la innovación en la educación de la enfermería psiquiátrica no basta

solo con la actualización de modelos pedagógicos si no merece la garantía de la enseñanza de cuidado integral que valore las singularidades de cada individuo, capacitándolos para abordar los desafíos de la salud mental con una óptica más empática que se base en su totalidad en la evidencia científica.

En el contexto hospitalario se prioriza el bienestar emocional y social siendo sustancial la interdisciplinariedad entre enfermeros y especialidades como psicólogos y psiquiatras, en este sentido, Oliveira, et al. (20) destaca actividades como escucha activa, acompañamiento y apoyo en los procesos de inclusión social, que promuevan la comunicación y expresión emocional de los pacientes así como el empoderamiento sobre su condición patológica para lograr un mejor pronóstico de rehabilitación.

La consolidación de la enfermería psiquiátrica y de salud mental dentro de las esferas de atención es mandatoria para la formación de profesionales integrales, Reinaldo, et al. (21) recomienda que para optimizar el enfoque en salud mental, el currículo de enfermería debe enfocarse en destacar dos aspectos: individualización de las necesidades del paciente y consideración del cuidado en salud mental como derecho universal, respondiendo a los principales determinantes sociales de la salud y englobando a la par elementos sociales, económicos, sanitarios e incluso políticos, con el afán de responder mejor y mitigar con eficiencia el sufrimiento psíquico de los pacientes.

Scorsolini, et al. (22) analiza las estrategias que favorecerían la consolidación entre la enfermería y la psicología positiva, destacando la evolución de esta rama de las ciencias de la salud que ha desarrollado alejada

del modelo biomédico tradicional sumando estrategias que incentiven el bienestar psicológico; como la meditación mindfulness que fomenta la autorregulación emocional logrando la reducción en los niveles de ansiedad y depresión, incluso se ha demostrado gran capacidad en el desarrollo de intervenciones integradoras y complementarias en la atención sanitaria que no solo se encargue de la curación de patologías, sino que además promulgue la e impulse aspectos de una vida saludable en los individuos.

Jordán, M. et al. (23) resumen los fundamentos de la enfermería psiquiátrica en tres pilares: proceso de enfermería, relaciones y comunicación terapéutica; resaltando los principales trastornos psiquiátricos a partir de las cuales se han desarrollado planes de cuidado enfermero:

- Trastornos del neurodesarrollo
- Trastornos del espectro de la esquizofrenia
- Trastornos bipolares
- Trastornos depresivos
- Trastornos de ansiedad y obsesivo compulsivos
- Trastornos relacionados con traumas
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos
- Trastornos del sueño
- Trastornos por consumo de sustancias
- Trastornos neurocognitivos
- Trastornos de la personalidad

Resaltando además que las habilidades deben incluir el manejo de crisis psiquiátricas como:

- Pensamiento con alto riesgo suicida
- Agresividad, ira y violencia
- Violencia familiar
- Agresión sexual
- Duelo

Con enfoque farmacológico basado en el conocimiento de farmacocinética, farmacodinamia, indicaciones y principales efectos adversos de medicamentos antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, antidepresivos, ansiolíticos, fármacos para el insomnio, para los trastornos de consumo de sustancias y neurocognitivos, así como los enfoques no farmacológicos dentro de los que se remarcan los modelos psicoterapéuticos y las terapias de estimulación cerebral (23).

En el abordaje no farmacológico se mencionan terapias utilizadas en trastornos resistentes (síndrome neuroléptico maligno, episodios agudos de manía, depresión mayor, etc.) como es el caso de la terapia electroconvulsiva utilizada actualmente por su eficacia al aliviar síntomas severos en aquellos con alto riesgo suicida o incapacidad para alimentarse, desde la enfermería el nivel de conocimiento debe abarcar la preparación adecuada, variedad de efectos adversos, promoción de buena adherencia, entro otros (24).

Las competencias de la formación y seguridad para enfermeros se basan en la iniciativa Quality and Safety Education for Nurses (QSEN), se recomienda su aplicación en todos los trastornos o alteraciones psiquiátricas desde el punto de vista de enfermería (23):

- Cuidados individualizados en el paciente en contextos clínico, cultural, social, espiritual y religioso (es importante tener en cuenta el idioma principal, habilidades de comunicación verbal y no verbal como comportamiento corporal, expresión facial, cualidades de la voz, entre otros, creencias sobre salud y enfermedad, importancia de la espiritualidad o religión)
- Trabajo en equipo y apoyo multidisciplinario basado en comunicación abierta y toma de decisiones compartidas
- Práctica clínica basada en evidencia científica
- Monitorización de actividades asistenciales con métodos de mejoramiento de la calidad de atención
- Minimización de riesgo para el paciente con eficacia en las acciones individuales que prioricen la seguridad del mismo (minimizar el riesgo de daño tanto al paciente como a los profesionales)
- Uso de las tecnologías de la información y tecnología para una comunicación óptima, reducción de errores y ayuda en la toma de decisiones

De la misma manera, Jordán & Fratena (23) indagan sobre los pasos a realizarse durante la fase de evaluación del proceso de enfermería:

1. Establecer una relación
2. Determinar el motivo de consulta
3. Examen físico más obtención de signos vitales
4. Identificación del impacto del problema en la vida del paciente
5. Identificación de factores de riesgo que podrían poner en riesgo la seguridad del paciente o de su entorno

6. Recopilación de información relacionada con antecedentes patológicos personales previos tanto clínicos como psiquiátricos
7. Identificación de aspectos psicosociales como relaciones familiares, patrones sociales, intereses, etc.
8. Identificación de sistemas de apoyo del paciente

Desde el inicio de la vida, la práctica de enfermería enfocada en la salud mental influye de forma directa en los pacientes; es el caso de los neonatos a término o prematuros y el neurodesarrollo, surgiendo un grupo de cuidados centrados en el proceso por el cual se alcanza la maduración de competencias cerebrales que promueven la plasticidad, desarrollo motor, conductual e intelectual correctos, que según Romero, et al. (25) se clasifican en actividades destinadas al control ambiental (experiencias sensoriales), mínima manipulación y respeto a las horas de sueño (desarrollo de la corteza cerebral) y buen manejo del dolor.

Al hacer referencia a trastornos psicóticos resalta el manejo del paciente con esquizofrenia cuyo debut suele manifestarse en edades entre la adolescencia y la adultez temprana llevando a una discapacidad funcional además de limitación de autonomía y participación dentro de la sociedad, actualmente su manejo conlleva un enfoque integrador que además de la arista farmacológica incluye estrategias psicosociales y psicoterapéuticas, el rol de enfermería va más allá de la aplicación de cuidados y durante las últimas décadas ha jugado un papel esencial en el diagnóstico temprano, educación y estrategias de acompañamiento que fortalezcan las habilidades de desenvolvimiento dentro de la comunidad y por ende su integración social y laboral (26,27).

En cuanto a los trastornos relacionas con la ansiedad, se define como una de las principales alteraciones que en caso de no tratarse puede interferir con la evolución óptima retrasando los procesos de recuperación y en el caso de pacientes hospitalizados prolonga los tiempos de estancia, la integración de las taxonomías NANDA, NIC y NOC permite estructurar un enfoque para el control efectivo, se identificaron dos diagnósticos "ansiedad" y "disconfort" seleccionando como resultados NOC "autocontrol de la ansiedad" "nivel de estrés" y "conocimiento sobre manejo de estrés" y en el caso de las intervenciones NIC; "disminución de la ansiedad", "aumentar el afrontamiento" "apoyo emocional" y "mejorar el afrontamiento" (28).

Dentro de los problemas por consumo de sustancias (alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, entre otros) los enfermeros adoptan responsabilidades tanto asistenciales como administrativas, dentro de las cuales destacan la atención individualizada, supervisión de medicamentos, coordinación de estrategias de tratamiento, entrevistas con enfoque motivacional, con perspectivas de promover la rehabilitación psicosocial y su reinserción social, en este subgrupo las crisis psiquiátricas necesitaran de atención humanizada en donde la escucha activa, empatía y toma de decisiones clínicas oportunas marquen la diferencia en la calidad asistencial (29).

Las acciones enfocadas a la prevención del consumo de sustancias por parte del personal de enfermería se desarrollan principalmente en la comunidad e incluyen una serie de actividades que van desde la educación hacia los padres de familia, integración familiar, terapias lúdicas, promoción

de actividad física, escucha activa, etc., por su cercanía con los involucrados se convierten en fuente de información y apoyo de esta población (30).

En cuanto a las crisis psiquiátricas, el manejo de pacientes con alto riesgo suicida es complejo y debe administrarse por parte de todo el equipo de atención en salud, en el caso de los cuidados de enfermería inician desde su participación en la comunidad con la implementación de talleres educativos dirigidos a otros profesionales para mejorar la detección temprana de señales de riesgo, sobre todo en poblaciones especiales como infantes y adolescentes, demostrando la importancia de la promoción de entornos escolares saludables (31).

Sánchez, et al. (32) concluyen que las intervenciones de enfermería se corresponden con las presentes en la taxonomía NIC en cuanto a la prevención suicida: acuerdo con el paciente, escucha activa, identificación de riesgos, manejo ambiental: seguridad. Demostrando que el actuar enfermero es crucial y puede aplicarse en diferentes entornos, desde las salas de urgencias, consulta externa de psiquiatría, instituciones educativas, comunidad, etc., pese a la evidencia presentada sigue manifestándose la falta de formación en temas de salud mental tanto en el pregrado, educación continua y preparación de especialidad en posgrado (32).

Es importante adoptar un enfoque integral que involucre al individuo, familia y entorno comunitario en los diferentes niveles de prevención demostrados científicamente: prevención indicada; aquellas intervenciones realizadas por personal de enfermería especializada como aplicación de terapia cognitivo-conductual o administración de fármacos, prevención selectiva; planificación de programas educativos que involucren grupos

vulnerables expuestos a mayor riesgo como adolescentes, prevención universal; estrategias comunitarias en las que prime la promoción de salud mental y estilos de vida (33).

Los casos de violencia familiar o de género han ido en aumento y pueden presentarse en todos los niveles de atención en salud, es así que los y las enfermeras desempeñan sus actividades no solo a nivel hospitalario sino en la atención comunitaria con intervención a nivel extramural, fomentando entornos sanos y fortaleciendo los vínculos sociales por medio de programas de educación a familias vulnerables (34), el modelo de Hildegard Peplau marcó una revolución en la práctica de enfermería en contextos familiares afectados por violencia demostrando que estos profesionales tienen la capacidad de abordar y mejorar el bienestar psicológico tanto a nivel individual como colectivo (35).

Quincha & Lozada (36) analizaron las habilidades de enfermería en la identificación de casos de violencia de género en la atención primaria de salud, concluyendo que cuestiones relacionadas con la comunicación empática y sensibilidad cultural contribuyen directamente con el apoyo psicosocial, destacando la importancia de la formación continua que estimule las competencias individuales, comprensión holística y respuesta idónea ante casos de violencia de género, garantizando de esta manera una atención efectiva y comprensiva de los pacientes.

La intervención de enfermería debe apoyarse de actividades multidisciplinarias que aborden e incluyan los factores causantes de los casos de violencia y puedan servir de punto de partida para un cambio cultural que se dirija hacia la equidad y tolerancia basada en evidencia científica, en

países latinoamericanos en donde los índices van en aumento es importante el desarrollo de modelos que se enfoquen en la prevención y mitigación (37).

La capacitación continua debe basarse en las características individuales de los profesionales de enfermería, como nivel de conocimientos, habilidades de comunicación, mitos o falsas creencias, y se debe visibilizar la necesidad imperiosa de tener profesionales capacitados dado el aumento significativo de casos en los últimos años, los programas de educación deben aportar con capacidades para manejar los factores presentes en las víctimas, como: miedo, incomodidad, vergüenza, y aquellos ambientales como la falta de infraestructura adecuada, ausencia de personal por alto flujo de pacientes, etc. (38)

Otro de los momentos clave relacionados con la salud mental es la etapa del duelo, misma en la que el rol de enfermería como fuente de apoyo es esencial, se han logrado identificar las siguientes intervenciones cruciales:

- Preparación del cuerpo para la despedida
- Ofrecer condolencias, apoyo emocional y espiritual a los familiares
- Facilitación de la adaptación al vacío que deja la muerte del paciente
- Capacitación continua a los profesionales para un abordaje efectivo en las situaciones de duelo

Se enfatiza la importancia de la comunicación y acompañamiento, considerando un conglomerado de necesidades de los familiares del paciente, no solamente físicas, sino emocionales y espirituales, sumando también la agilidad y apoyo en los trámites administrativos como punto inicial de la aceptación de la perdida, Rivas, et al. (39) señalan que sigue existiendo

falta de capacitación especializada en el manejo del duelo durante la formación de pregrado, factor limitante en el desarrollo profesional, por lo que se recomienda añadir las temáticas relacionadas permitiendo la adquisición de habilidades emocionales y técnicas que permitan brindar aplicar intervenciones que mitiguen el sufrimiento de los familiares.

En otro estudio cualitativo se exploró el rol de enfermería en unidades oncológicas durante el acompañamiento del proceso de duelo en familiares, y se reveló algunas funciones del personal como: contención emocional, educación en salud, apoyo continuo, guía en los procesos y soporte práctico que en estos pacientes inicia desde la identificación del paciente en etapa terminal, manifiestan también que es importante enriquecer las habilidades blandas para una mejor atención en los procesos de fin de vida (40,41).

Tejero & Barea (42) abordan las aptitudes del enfermero en casos de duelo complicado y disfuncional como el que se da en la muerte perinatal, subrayan la importancia de la identificación precoz de problemáticas a nivel emocional para la planificación de cuidados específicos, destacando que los profesionales deben estar dotados de empatía durante el acompañamiento, menciona adicionalmente que se deben asociar las prácticas con evidencia científica y con teorías de enfermería mejorando la calidad asistencial, dentro de las limitaciones identificadas coinciden con la falta de conocimiento, enfoque individualizado y gestión del duelo.

Referencias Bibliográficas

1. Regalado M, Medina A. El rol de los enfermeros en la atención de la salud mental. Aten Primaria [Internet]. 2023 Feb [cited 2025 Feb 17];55(2):1–10. Available from: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102530
2. Ríos AM, Artigas M, Sancho M, Blanco C, Acedo M, Calvet G. Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2020 Dec [cited 2025 Feb 17];52(10):750–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005
3. Da Silva TCL, Fernandes ÁK de MP, do O' CB, Xavier SS de M, Bezerra de Macedo EA. O impacto da pandemia no papel da enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. Enfermería Global [Internet]. 2021 Jul 2 [cited 2025 Feb 17];20(3):502–43. Available from: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.454061
4. Gutierrez A, Rojas A, Badilla E, Flores N, Gomez N. Experiencias de Enfermería en Salud Mental con Terapia Complementaria. Revista de Enfermería de Costa Rica [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];36(2):5–19. Available from: https://manuscritosrecr.enfermeria.cr/index.php/recr/article/view/18
5. Nunes L. El surgimiento de la enfermería psiquiátrica en Portugal: un breve vistazo a hospitales, escuelas y manuales. TEMPERAMENTVM - REVISTA INTERNACIONAL DE HISTORIA Y PENSAMIENTO ENFERMERO [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 17];17(1):1–3. Available from: https://www.ciberindex.com/index.php/t/article/view/e17019/e17019
6. Gonzalez M, Picazo A, Alcantar M, Tinoco M. Evolución del Cuidado de Enfermería a Personas con Trastornos de Salud Mental. JANASKAKUA

Revista de Divulgación Científica de la Facultad de Enfermería [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17];5(11):1–8. Available from: https://publicaciones.umich.mx/revistas/janaskakua/enfermeria/article/view/113/94

7. Figueroa G, Gonzalez D, Mora V. Roles de la Enfermería Escolar a partir de un Contexto Colombiano y la Visión de Nola Pender . Cuidar [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17];9(1):1–11. Available from: https://39662738.fs1.hubspotusercontent-na1.net/hubfs/39662738/Roles%20de%20la%20enfermer%C3%ADa%20escolar%20a%20partir%20de%20un%20contexto%20colombiano%20y%20la%20visi%C3%B3n%20de%20Nola%20Pender.pdf
8. Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental [Internet]. 2nd ed. SaludMadrid, editor. Vol. 1. España; 2022 [cited 2025 Feb 17]. 1–390 p. Available from: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1334062789.pdf
9. Lopez M, Nova D. Relación de las intervenciones de enfermería en el cuidado de la salud mental frente a los compromisos del modelo de la marea de Phil Barker en Bogotá Colombia [Internet]. [Bogotá]: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A ; 2021 [cited 2025 Feb 17]. Available from: https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/4377/1/LopezNovaTF.pdf
10. Mourelle B, Ugarte R, Martinez V. Teoría basada en roles en Salud Mental: una propuesta para la reflexión. Metas de Enfermería [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];25(2):65–72. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8319790

11. Tanous M. Conocimientos de enfermería sobre exposición de riesgos psicofísicos en salud mental-Hospital Dr. Andrés Isola- 2023 [Internet]. [Argentina]: Universidad Nacional del Comahue ; 2023 [cited 2025 Feb 17]. Available from: http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/17978
12. Gonzales M, Serrano A. Necesidad percibida de la enfermera en los cuidados de salud mental en el ámbito escolar. Tiempos de Enfermería y Salud [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 17];3(11):28–38. Available from: https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/118
13. Bernedo Garcia MC, Quiroga Sánchez E, Garcia Murillo MA, Márquez Álvarez L, Arias Ramos N, Trevisson Redondo B. La necesidad de la Enfermería Escolar: una revisión integradora de la literatura. Enfermería Global [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2025 Feb 17];22(4):490–516. Available from: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.560501
14. Santos T, Chagas A, Oliveira C, Farre A, Barreiro M, Mendes R, et al. Evaluación Enfermería de la Salud Mental de niños y adolescentes a la luz de Callista Roy . Cogitare Enfermagem [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 17];29(1):1–14. Available from: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.96680
15. Redondo C. Atención de enfermería a la población reclusa con problemas de salud mental [Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid ; 2021 [cited 2025 Feb 17]. Available from: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47740/TFG-H2247.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Stochero H, Lima S, Colomé J, Backes D, Marchiori M. Nursing team's perceptions about care for pregnant women in a psychiatric unit. Rev Bras Enferm [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 17];77(6):1–7. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0186

17. Verdezoto Michuy CL, Betancourt Zambrano SV, Quijije Chávez VR, Macías Sánchez KG. Impacto de la Terapia Cognitivo-Conductual en el Cuidado de Enfermería Psiquiátrica: Un Enfoque Innovador. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2024 Jul 5 [cited 2025 Feb 17];10(3):1789–803. Available from: https://doi.org/10.23857/dc.v10i3.4008
18. Ruiz M. De qué manera utilizan los docentes de la carrera de enfermería universitaria la simulación clínica para la enseñanza en la materia "Enfermería Psiquiátrica". [Internet]. Universidad Abierta Interamericana; 2023 [cited 2025 Feb 17]. Available from: https://repositorio.uai.edu.ar/bitstreams/62d99f7f-2b92-4b14-aef8-aec8779de940/download
19. Tavares C, Pastor A, Paiva L, Lima T. Innovations in the teaching-learning process of psychiatric nursing and mental health. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 17];74(5):1–8. Available from: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0525
20. Oliveira G, Faria T, Pereira T. La psicología en la enfermería psiquiátrica en un hospital general. Boletim - Academia Paulista de Psicologia [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 17];41(100):106–11. Available from: https://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v41n100/a11v41n100.pdf
21. Reinaldo A, Souza G, Silveira B. Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português) [Internet]. 2021 Sep 30 [cited 2025 Feb 17];17(3):57–66. Available from: https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174632
22. Scorsolini F, da Cunha F, Miasso I, Pillon C. Mindfulness y Salud Mental: diálogos entre la Enfermería y la Psicología Positiva. Index de Enfermería

[Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];30(3):1–8. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000200016&script=sci_arttext

23. Jordan M, Fratena C. Manual de planes de cuidado en enfermería psiquiátrica . 7th ed. Vol. 1. Barcelona, España: Elsevier ; 2023.
24. Casado J, Bosque V, Bueno E, Cerdera L. Cuidados de enfermería en paciente sometido a terapia electroconvulsiva. Caso clínico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 17];1(1):1–7. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-paciente-sometido-a-terapia-electroconvulsiva-caso-clinico/
25. Romero R, Villanueva T. Nursing knowledge and care in the neurodevelopment of the premature neonate. SCIÉNDO [Internet]. 2024 Mar 30 [cited 2025 Feb 17];27(1):125–32. Available from: https://doi.org/10.17268/sciendo.2024.019
26. Merchán P, Franco J, Zumba Castillo JE, Shagñay G. Esquizofrenia. Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería. RECIAMUC [Internet]. 2023 Jan 6 [cited 2025 Feb 17];7(1):111–23. Available from: https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.111-123
27. Keliat B, Riasmini N, Daulima N, Erawati E. Aplicación del modelo comunitario de enfermería de salud mental entre las personas con esquizofrenia. Enfermería Clínica (English Edition) [Internet]. 2022 Mar [cited 2025 Feb 17];32(2):131–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2020.10.015
28. Pedraza D, Pérez A, Fernández Y, Sarduy A. Plan de cuidados para pacientes con trastornos psiquiátricos ingresados que presentan ansiedad. Revista Estudiantil CEUS (Ciencia Estudiantil Unidad de Salud)

[Internet]. 2020 Aug 5 [cited 2025 Feb 17];2(2):7–10. Available from: https://ceus.ucacue.edu.ec/index.php/ceus/article/view/38

29. Brasil DDR, Witter Rodrigues A, Bisso Lacchini AJ. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2025 Feb 17];11(2):1–9. Available from: https://doi.org/10.18554/reas.v11i2.5536
30. Quishpi V, Guaman M, Tercero M. Accionar de enfermería en la prevención de la drogadicción en adolescentes. [Internet]. [Chimborazo]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2022 [cited 2025 Feb 17]. Available from: http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9444/1/Guam%c3%a1n%20Caguana%20M.-Tercero%20Caiza%2c%20M.%20%282022%29%20Accionar%20de%20enfermer%c3%ada%20en%20la%20prevenci%c3%b3n%20de%20la%20drogadicci%c3%b3n%20en%20adolescentes.pdf
31. Arevalo Y, Gómez K, Ladino A, Linares B, Rodríguez K. Prevención de autolesiones y suicidio: una experiencia desde el cuidado de enfermería para docentes de educación secundaria. Boletín Semillero de Investigación en Familia [Internet]. 2022 Nov 29 [cited 2025 Feb 17];4(1):1–11. Available from: https://doi.org/10.22579/27448592.846
32. Sanchez S. Actuación de enfermería en el paciente con riesgo de suicidio. Revisión bibliográfica [Internet]. [Coruña]: Escuela Universitaria de Enfermería de Coruña; 2022 [cited 2025 Feb 17]. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/32419/SanchezVazquez_Sonia_TFG_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y

33. Navarro S, Sorrosal S, Fernandez S, Gaudioso N. Papel de enfermería en el riesgo de suicidio en niños y adolescentes. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];3(8):1–7. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587015&orden=0&info=link
34. Pachari Y. Intervención de enfermería a mujer mayor de edad con violencia familiar en el Centro de Salud Estratégico Putina Puno 2023. [Puno]: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2024.
35. Rodriguez M, Izquierdo E, Izquierdo L. La Ciencia de la Enfermería por una vejez saludable, sin violencia ni maltrato. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17];39(1):1–8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192023000100011&script=sci_arttext&tlng=pt
36. Quincha S, Lozada L. Habilidades de enfermería para identificar la violencia de género en la atención primaria. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación [Internet]. 2024 Sep 25 [cited 2025 Feb 17];8(53):26–43. Available from: https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/724
37. Arevalo J. Propuesta: modelo de intervención de enfermería para la prevención y mitigación de violencia familiar. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 17];1(1):1–9. Available from: https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/1204
38. González B, Gil I, Ramos S. Revisión bibliográfica sistematizada: Capacitación del profesional de enfermería acerca de la violencia de

género. Hygia de enfermería: revista científica del colegio, ISSN 1576-3056, No 106, 2021, págs 77-82 [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 17];1(106):77–82. Available from: https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=8017178&info=resumen&idioma=SPA

39. Rivas J, Cervera M, Diaz R. Intervención terapéutica trascendental del profesional de enfermería al familiar acompañante en etapa de duelo. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];38(2):1–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192022000200003&script=sci_arttext&tlng=en
40. Meza C, Bernales M, Vega P. Rol de enfermería en el apoyo en duelo en familias de personas con cáncer. Medicina Paliativa [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 17];29(3):180–94. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8666379&orden=0&info=link
41. Arcas A, Núñez S. La enfermería en el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido en los campos de refugiados. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS) [Internet]. 2021 May 31 [cited 2025 Feb 17];6(1):19–34. Available from: https://doi.org/10.37536/RIECS.2021.6.1.254
42. Tejero L, Barea S. Plan de cuidados de enfermería para el abordaje del duelo perinatal según la teoría del duelo disfuncional. Caso clínico. Enferm Clin [Internet]. 2023 Jan [cited 2025 Feb 17];33(2):149–56. Available from: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.12.002

CAPÍTULO III

EL IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN



1. Cómo las percepciones influyen en el cumplimiento

El estigma en las enfermedades mentales es tener una actitud o creencia injusta sobre alguien con problemas de salud mental, puede hacer que las personas con enfermedades mentales se sientan avergonzadas o excluidas, generalmente proviene de no comprender las enfermedades mentales y puede causar que las personas se sienten angustiadas y, a veces, impedirles pedir ayuda (1). Los componentes fundamentales del estigma abarcan la categorización, la difusión de estereotipos, el aislamiento social, los prejuicios, la exclusión, la falta de información, la disminución del reconocimiento social, la baja autoestima, la reducción de la autoeficacia, la marginación y la discriminación (2). Surge de la falta de comprensión de las de las patologías psiquiátricas, a través de la ignorancia y la desinformación, esto puede conducir a la discriminación.

En tal sentido, el estigma es consecuencia de una serie de procesos, entre ellos las percepciones que las personas hacen de lo que significa una enfermedad mental, y debe hacerse una distinción entre el estigma internalizado (EI) y el estigma percibido (EP). El EP es la conciencia de las creencias y actitudes negativas de la sociedad hacia la enfermedad mental, y el EI refleja un nivel más severo de estigma, en el que las personas están de acuerdo con el EP, lo que, en consecuencia, se refleja en su autoimagen. Casi nueve de cada diez personas con Tratarnos Mentales (TM) creen que el estigma y la discriminación tienen efectos negativos en su calidad de vida (3).

Bajo estas circunstancias, el estigma relacionado con los TM puede generar barreras para los pacientes, como, por ejemplo, creer que no necesitan tratamiento farmacológico, temer la dependencia de los

medicamentos y sentirse avergonzados de tomar medicamentos. Esto puede provocar un incumplimiento de la medicación, ya que los pacientes pueden percibir los efectos de la medicación como antinaturales e informar que se sienten mejor después de suspender su uso. Por lo cual, las personas con TM se encuentran entre los grupos más estigmatizados de la sociedad.

En este marco, la falta de adherencia a los regímenes de tratamiento psiquiátrico tiene un profundo impacto en el curso de la enfermedad, la recaída, la recuperación futura, gasto asociado a los servicios de salud y el resultado para el paciente. Igualmente, el miedo al estigma relacionado con el diagnóstico y el temor al rechazo debido a los síntomas reveladores aumentan aún más la falta de adherencia (4). Además, las personas con enfermedades mentales tienen la doble carga de lidiar con los síntomas de la enfermedad mental, como alucinaciones, depresión, delirios y ansiedad, así como la estigmatización social de su enfermedad.

Al mismo tiempo, el estigma entre las personas con TM constituye un desafío importante para la adherencia a la medicación, lo que enfatiza la importancia de analizar los factores que contribuyen al desarrollo y la perpetuación del estigma. En este sentido, existen influencias de las actitudes negativas hacia las enfermedades mentales y su asociación percibida con la violencia o el peligro. La estigmatización de los trastornos mentales continúa siendo fuerte y generalizado en nuestra sociedad y tiene efectos perjudiciales para las personas con TM. En general, el estigma impide la recuperación de la enfermedad mental y, por lo tanto, representa una tremenda carga para las personas con TM (5).

Considerando este panorama, la medicación y los tratamientos para las personas con TM en entornos sociales pueden fomentar un sentimiento de separación y pueden dar lugar a estigma y vergüenza, lo que afecta a la adherencia, así como a la capacidad de buscar ayuda. Estas experiencias pueden dar lugar a un retraso en la búsqueda de ayuda médica, ocultamiento del diagnóstico, aumento de la gravedad de los síntomas y mala adherencia al tratamiento y reducción de la actividad física, lo que tiene otras implicaciones para la salud.

Estos factores conducen inevitablemente a un impacto perjudicial en el control de la enfermedad. El mal control de una TM conduce a un círculo vicioso en el que las recaídas o mal manejo de la enfermedad perjudican la participación social y conducen a la exclusión social. Al eludir el tratamiento es una forma de evitar que otras personas conozcan la enfermedad, pero también una forma de normalización, es decir, de olvidar, por un tiempo, que la enfermedad existe. Por esta razón, la adherencia a tratamientos es notablemente difícil y las conductas de adherencia están influenciadas por las percepciones del paciente (6).

Por otra parte, el estigma derivado del uso de medicamentos para los TM puede ser perjudicial para el bienestar físico, emocional y social. Estas preocupaciones deben tenerse en cuenta al elegir tratamientos debido a la carga social de la enfermedad como un aspecto importante que influye en el comportamiento relacionado con la medicación. Porque, la carga social asociada al uso de medicamentos, como el aislamiento social y el estigma social, a menudo alteran las relaciones de los pacientes con familiares y amigos.

Además, el miedo al estigma social asociado con la administración de la correcta gestión de los medicamentos. Igualmente, afecta la calidad de vida de varias maneras (7).

Como consecuencia, los pacientes con enfermedades mentales suelen tener problemas sociales, psíquicos, económicos y psicológicos. Esto afecta las interacciones sociales, la atención sanitaria, la productividad y la aceptación, entre otros. Puede manifestarse en la pérdida de amigos y seres queridos, las personas más importantes para la red de apoyo social de una persona, limitando las oportunidades de empleo, vivienda y educación.

Los efectos negativos de las actitudes estigmatizadoras hacia las personas con TM pueden influir en todos los dominios de la vida: vivir, aprender, trabajar y establecer amistades. Empeora la enfermedad mental y conduce a la exclusión social, la incapacidad de participar en actividades importantes de la vida y la baja tendencia a buscar tratamiento, lo que al final obstaculiza un componente fundamental del bienestar subjetivo (8).

De manera que, el estigma es una barrera para el tratamiento y la rehabilitación adecuados de los pacientes con enfermedades mentales para aprovechar el tratamiento temprano que resulta en una recuperación prolongada, experimentan diferentes complicaciones psicológicas y enfrentan graves dificultades financieras. Los sentimientos de vergüenza, baja autoeficacia y falta de confianza hacen que los pacientes intenten evitar el estigma al no buscar el tratamiento requerido (9).

Del mismo modo, los pacientes ambulatorios que han adoptado prejuicios sobre los pacientes psiquiátricos tienen menos creencia de que su estado

mental mejorará, están más deprimidos y muestran una autoestima más negativa. También es la principal causa por la que más de un promedio de pacientes no buscan atención y deja a millones de personas en la brecha de servicio y el estigma de los TM también exacerba la carga del paciente causado por la enfermedad.

No obstante, la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades mentales recurre y exacerba las complicaciones de la enfermedad e interrumpe el proceso de tratamiento (10). El estigma experimentado puede agravar la falta de adherencia al tratamiento, mientras que el bienestar espiritual puede mejorar el estigma y la adherencia al tratamiento.

1.1 Estigma social

El estigma social a menudo resulta en actitudes negativas hacia el tratamiento, actuando como una barrera para buscar tratamiento. Como resultado del estigma social, las personas bajo tratamiento de TM podrán abstenerse de continuar su tratamiento y medicación debido a un sentimiento de vergüenza e inferioridad. El estigma social también hace que las personas teman ser juzgadas y sus consecuencias, además exacerba la falta de voluntad de los pacientes para recibir tratamiento (11).

Una persona estigmatizada puede ser tratada de forma diferente y excluida de muchas cosas que el resto de la sociedad da por sentadas. Es posible que se la etiquete debido a su enfermedad, lo que aumenta su probabilidad de sufrir discriminación. Afrontar los efectos de recibir un trato diferente puede aumentar los sentimientos de aislamiento y empeorar la

enfermedad mental. Muchas personas dicen que lidiar con el estigma y la discriminación es más difícil que lidiar con la enfermedad mental en sí.

De igual manera, las personas con TM también pueden asumir las opiniones injustas de los demás, lo que puede afectar a su autoestima e incluso desencadenar pensamientos suicidas. También, pueden sentirse avergonzadas o apenadas, lo que puede llevarlas a no buscar tratamiento, a aislarse de la sociedad o a abusar del alcohol y las drogas. Sumado a ello, en algunas culturas tienen un estigma incorporado contra los problemas de salud mental y esto puede dificultar que una persona busque y obtenga ayuda. También puede causar sentimientos de vergüenza en la familia (12).

Por lo general, el estigma conduce a experiencias sociales negativas, como el aislamiento, el rechazo, la marginación y la discriminación. Si está relacionado con una condición de salud, como una enfermedad mental, el estigma puede afectar la enfermedad de una persona y su curso de tratamiento, incluido el acceso a un tratamiento médico adecuado y profesional. También se ha informado que el estigma afecta a las familias o parientes de los pacientes, junto con los profesionales que trabajan en entornos de atención de salud mental. El estigma está fuertemente influenciado por los sistemas de valores culturales y contextuales que difieren a lo largo del tiempo y en diferentes contextos.

En este contexto, las percepciones erróneas y los temores del público tienen consecuencias importantes. Los estereotipos sobre las enfermedades mentales se han utilizado para justificar el acoso. A algunas personas se les ha negado una vivienda adecuada, un seguro médico y un empleo debido a su historial de enfermedad mental (13). Debido al estigma

asociado con la enfermedad, muchas personas han perdido su autoestima y tienen dificultades para hacer amigos. A veces, el estigma asociado con las enfermedades mentales es tan generalizado que las personas que sospechan que pueden tener una enfermedad mental no están dispuestas a buscar ayuda por miedo a lo que puedan pensar los demás. Las experiencias de estigma y discriminación son una de las mayores barreras para una vida satisfactoria.

1.2 Autoestigma y disminución de la autoestima

Hace alusión a las percepciones negativas, entre ellas la autoestigmatización, que pueden desarrollar las personas con trastornos mentales respecto a su propia condición. La autoestigmatización está relacionada con una actitud negativa hacia la medicación. Conduce a una pérdida intencionada y no intencionada de oportunidades. Desde esta perspectiva, el autoestigma se ha relacionado con malos resultados, como la falta de acceso al tratamiento, la pérdida de poder, la reducción de la autoeficacia y el deterioro de la calidad de vida (14).

El estigma relacionado con los problemas de salud mental prevalece en el pensamiento colectivo, muy extendido y difícil de modificar. Los comportamientos comunes entre las personas incluyen: miedo a interactuar con personas con problemas psicológicos debido a su percepción de imprevisibilidad y la renuencia a asignarles funciones importantes porque se consideran poco fiables.

Estas situaciones provocan inevitablemente sufrimiento adicional para los afectados, sumándose a un estado ya agudo de angustia. Estos individuos se

enfrentan a la sensación de estar "enfermo" y esto da como resultado estigma internalizado, donde el individuo acepta como propios los estereotipos sociales que le han sido impuestos, lo que resulta en autoconciencia y percepciones como "Tengo depresión porque soy perezoso" Esta actitud está vinculada a la baja autoestima y falta de reconocimiento de las propias capacidades, lo que conduce a pensamientos como "No valgo nada," "Soy un fracaso, " y "Nadie confiará nunca en mí con una tarea importante." En este círculo vicioso, el paciente psiquiátrico es menos probable que busque atención especializada (15).

Además, la pérdida significativa de la autoestima por el estigma de las enfermedades mentales lleva a una proporción sustancial de personas a concluir que son unos fracasados o que tienen poco de qué enorgullecerse (3). Sobre la base de estas concepciones, las personas forman expectativas sobre sí la mayoría de las personas rechazarán a un individuo que tiene una enfermedad mental como amigo, empleado, vecino o pareja íntima y si la mayoría de las personas devaluarán a una persona que tiene una enfermedad mental como menos confiable, menos inteligente y menos competente.

Por otra parte, el miedo al rechazo puede tener graves consecuencias negativas. Sin duda, es amenazante y personalmente desalentador creer que uno ha desarrollado una enfermedad que otros temen. Al esperar y temer el rechazo, las personas que han sido hospitalizadas por una enfermedad mental pueden actuar con menos confianza o más a la defensiva, o simplemente pueden evitar el contacto por completo (11). El resultado puede ser interacciones sociales tensas e incómodas con posibles estigmatizadores, redes sociales más restringidas, menor satisfacción con la

vida, desempleo y pérdida de ingresos. Cuando el rendimiento se ve afectado de estas maneras, la autoestima se ve desafiada, porque las personas afectadas pueden concluir que son menos capaces y menos dignas que los demás.

Desde ese punto de vista, cualquier asociación observada entre el estigma y la autoestima sería sospechosa: el producto de la percepción sesgada a través de la cual las personas con baja autoestima ven el mundo que las rodea, incluida la estigmatización de los demás, de una manera negativa y pesimista. Según este punto de vista, no es tanto que el estigma influye en la autoestima, sino más bien que la autoestima moldea las percepciones y las respuestas de uno ante la experiencia del estigma.

1.3 Estigma sobre la desconfianza en los tratamientos

El estigma es un constructo complejo que incluye componentes públicos, personales y estructurales. Afecta directamente a las personas con TM, así como a su sistema de apoyo, red de proveedores y recursos comunitarios. Los efectos del estigma se moderan por el conocimiento de las enfermedades mentales y la relevancia cultural (16). Por lo cual, el prejuicio y la discriminación que componen el estigma de las enfermedades mentales es una razón importante de la desconexión entre los tratamientos efectivos y la búsqueda de atención.

Si bien la confianza es fundamental para la atención médica en su totalidad, el papel de la confianza se ha acentuado particularmente en el contexto de la salud mental. La búsqueda y utilización de atención médica mental implica un alto grado de vulnerabilidad e incertidumbre asociada con

los tratamientos, las actitudes negativas que siguen rodeando a la enfermedad mental o la naturaleza de los síntomas en sí mismos, que carecen de marcadores biológicos claros (17).

Por lo cual, el impacto de la desconfianza médica en los resultados de salud mental ha demostrado que los niveles más graves de desconfianza están asociados con la búsqueda tardía de tratamiento y una menor disposición a usar medicamentos psiquiátricos. En este sentido, las personas con TM no buscan tratamiento cuando lo necesitan o no participan plenamente una vez que las intervenciones han comenzado. El prejuicio y la discriminación que componen el estigma de las enfermedades mentales es una razón importante de la desconexión entre los tratamientos efectivos y la búsqueda de atención.

Porque, la determinación de buscar atención está influenciada por los costos y beneficios percibidos de las opciones de tratamiento. El estigma en sus diversas formas influirá en estas percepciones. Los costos incluyen etiquetas estigmatizantes que surgen del tratamiento y un empeoramiento del autoestigma y la vergüenza (18).

El resultado del autoestigma de "por qué intentarlo" puede llevar a la persona a creer que el tratamiento no tendrá ningún impacto positivo real: "No soy digno del tratamiento o no puedo participar realmente". Es probable que las personas con TM avancen cuando los beneficios parecen superar los costos, tal vez cuando se minimiza el estigma de la enfermedad mental.

Las personas pueden buscar atención después de tomar una decisión de cambio, aunque desafortunadamente, muchas abandonan poco después; por lo cual Aranda y Acosta, el 20% de las personas pueden interrumpir el

tratamiento prematuramente dependiendo del tipo de tratamiento. Desde esta perspectiva, el estigma es un factor probable que socave la participación en el tratamiento (16).

Además, las percepciones negativas de la salud mental y el tratamiento que reflejan prejuicios sobre los TM pueden resurgir y descarrilar las intervenciones. La sensación de baja autoeficacia proporcional al autoestigma perjudica la participación en la atención. La búsqueda de atención termina cuando las personas abandonan los servicios, es decir, cuando notifican a su proveedor que han decidido interrumpir el tratamiento o cuando interrumpen la participación sin previo aviso.

Al mismo tiempo, la mayor parte de los individuos que presentan un déficit en la autopercepción lo hacen de diversas maneras: aunque pueden no ser conscientes de algunos síntomas, perciben con precisión el estado de gran parte del resto de sus vidas. Además, una agenda coercitiva puede socavar la dignidad humana de fracasar (es decir, de cometer errores), y socava la motivación intrínseca que puede evolucionar a partir de las lecciones aprendidas (3). Mientras que algunos eventos pueden prevalecer sobre el derecho a fracasar, por ejemplo, situaciones en las que la persona es peligrosa para sí misma y para los demás, situaciones que parecen ocurrir con una mayor frecuencia en personas con enfermedades mentales.

Por otra parte, la falta de percepción varía con el curso de la enfermedad mental de una persona, cambiando con la agudeza de los síntomas y la respuesta a algunos tratamientos. Aun así, la falta de percepción se ha visto como una incapacidad para participar plenamente en la atención, lo que lleva a algunos defensores a promover el internamiento ambulatorio y otros

tratamientos coercitivos. Estas decisiones categóricas sobre la percepción y la atención obligatoria ignoran la complejidad de la conciencia de la enfermedad.

1.4 Estigma sobre las barreras estructurales y acceso al tratamiento

Este tipo de estigmatización tiene un carácter sistémico e incluye normativas gubernamentales y corporativas que, de manera intencionada o involuntaria, restringen las oportunidades para las personas con trastornos mentales (19). Algunos ejemplos son la asignación reducida de recursos para la investigación en trastornos mentales y la limitada disponibilidad de servicios de salud mental en relación con otras especialidades médicas. En algunos sistemas de salud, la falta de privacidad en la dispensación de fármacos psiquiátricos desincentiva su uso, puede hacer que los profesionales de la salud no prioricen el seguimiento adecuado del tratamiento.

Ocurre cuando los profesionales de la salud adoptan actitudes estigmatizadoras hacia sus pacientes, frecuentemente motivadas por el temor o la falta de comprensión sobre las causas y manifestaciones de los trastornos mentales, o cuando ellos mismos son objeto del estigma social. (16).

En este marco de referencia, el estigma relacionado con las enfermedades mentales, incluido el que existe en el sistema de atención de la salud y entre los proveedores de atención de la salud, crea graves barreras para el acceso y la calidad de la atención. También es una preocupación importante para los

propios profesionales de la salud, tanto como un problema de cultura laboral como una barrera para la búsqueda de ayuda

Tal comprensión es útil para apreciar cómo la estigmatización ocurre en múltiples niveles en todo el sector de la atención médica, incluidos los estructurales (inversión de recursos, estándares de calidad de la atención, cultura organizacional), interpersonal (interacciones paciente-proveedor, comportamientos discriminatorios, actitudes negativas) e intraindividuales (autoestigma, renuencia del paciente a buscar atención, renuencia del proveedor a revelar una enfermedad mental y buscar atención)(20).

En este sentido, las personas que han vivido un TM se pueden sentir devaluados, descartados y deshumanizados por muchas personas que brindan atención médica con los que entran en contacto. Los temas clave incluyen sentirse excluido de las decisiones, recibir amenazas sutiles o manifiestas de tratamiento coercitivo, tener que esperar excesivamente cuando se busca ayuda, recibir información insuficiente sobre la propia enfermedad o las opciones de tratamiento, ser tratado de manera paternalista o degradante, que les digan que nunca se curarán y que les hablen o les hablen usando un lenguaje estigmatizante.

Además, las investigaciones realizadas con proveedores de atención médica coinciden con esta idea y concluyen que las actitudes y conductas estigmatizadoras hacia las personas con enfermedades mentales existen en todo el espectro de la atención médica. Igualmente, los pacientes con ciertos trastornos, como los trastornos de la personalidad, tienden a ser particularmente rechazados por el personal de atención médica y a menudo

se los considera difíciles, manipuladores y menos merecedores de atención (21).

Otro problema es que los proveedores de atención médica tienden a tener puntos de vista pesimistas sobre la realidad y la probabilidad de recuperación, lo que se experimenta como una fuente de estigma y una barrera para la recuperación de las personas que buscan ayuda para enfermedades mentales. Por lo cual, el pesimismo sobre la recuperación para algunos proveedores está asociado con una sensación de impotencia, lo que los lleva a creer que "lo que hacen no importa".

Al mismo tiempo, la falta de habilidades y formación puede estar asociada a la estigmatización de dos maneras. En primer lugar, se cree que genera sentimientos de ansiedad o miedo y un deseo de evasión y distanciamiento social/clínico entre los profesionales, lo que puede afectar negativamente las interacciones entre pacientes y proveedores y la calidad de la atención. En segundo lugar, puede dar lugar a un tratamiento menos eficaz y a peores resultados (8).

Estos factores generan obstáculos mediante mecanismos como la postergación en la búsqueda de asistencia, la discontinuidad del tratamiento, vínculos terapéuticos deficientes, inquietudes sobre la seguridad del paciente y una atención integral, tanto mental como física, de menor calidad. Por ejemplo, el estigma anticipado de los proveedores de atención médica se ha identificado como un factor en la renuencia de las personas a buscar ayuda para una enfermedad mental (10). Las relaciones comprometidas entre paciente y proveedor y la terminación temprana del tratamiento también son consecuencias.

Igualmente, la estigmatización también tiene impactos internos en la propia voluntad de los profesionales de la salud de buscar ayuda o revelar un problema de salud mental, lo que puede resultar en una dependencia excesiva del autotratamiento, bajo apoyo de los pares, incluyendo el ostracismo y el juicio de los compañeros de trabajo si se produce la revelación, y un mayor riesgo de suicidio. Dado que las enfermedades mentales están relacionadas con el presentismo y las pérdidas de productividad en el lugar de trabajo.

1.5 Estrategias para abordar el estigma desde la práctica de enfermería

Analizar la estigmatización dentro de la práctica enfermera en el abordaje de los trastornos mentales resulta esencial para mitigar su impacto adverso en la accesibilidad a la atención y la adherencia al tratamiento. Porque, la atención de enfermería en materia de salud mental va desde obtener una evaluación interna de la enfermedad mental hasta encontrar una persona compasiva que lo ayude en los momentos emocionales difíciles, una enfermera de salud mental puede ayudarlo a enfrentar todos los desafíos que puede enfrentar debido a problemas psiquiátricos (22).

Además, se han desarrollado estrategias separadas para contrarrestar los efectos del estigma público, personal y estructural. Los programas para proveedores de salud mental pueden ser especialmente fructíferos para promover la participación en la atención. Conjuntamente, con la alfabetización en salud mental desde la práctica de enfermería ayuda a crear una competencia cultural y las campañas de participación familiar también mitigan el impacto adverso del estigma en la búsqueda de atención. También, es importante un cambio de políticas es esencial para superar el estigma

estructural que socava las agendas gubernamentales destinadas a promover la atención de la salud mental.

Porque, la alfabetización en salud mental va más allá del conocimiento per se e incluye el grado en que el dominio de la información y las habilidades paralelas conducen a la búsqueda y participación reales en la atención (23). En este sentido, la alfabetización en salud mental incluye el conocimiento sobre la prevención de trastornos, su reconocimiento cuando se desarrollan, la búsqueda de ayuda cuando los trastornos se vuelven angustiantes y el uso de habilidades de primeros auxilios en salud mental para apoyar a otras personas en apuros.

Bajo este contexto, Martínez et al. (22) manifiestan que la práctica de enfermería para ayudar a los pacientes con trastornos mentales brinda varios beneficios como son:

- Ofrecer un plan de atención de enfermería de salud mental adecuado para un tratamiento eficaz.
- Ayudar a comprender mejor la condición mental y adoptar formas estratégicas para abordarla.
- Conectarse con profesionales de salud mental expertos y también vincularlo con grupos comunitarios.
- Evaluar la situación periódicamente para seguir la evolución de la enfermedad.
- Asegurarse de tener una dieta y nutrición adecuadas y concéntrese en la salud general, ya que las personas con enfermedades mentales también son propensas a desarrollar enfermedades físicas.

- Fomentar la mejora de la autoestima y ayudar a manejar emociones extremas como la ira y la frustración.
- Ayudar a construir relaciones mejores y saludables a través del asesoramiento.
- Apoyar en momentos de arrebatos emocionales e infundir esperanza (22).

Además, el papel de un enfermero de salud mental varía de un paciente a otro. Sin embargo, existen algunas funciones y responsabilidades básicas que debe cumplir. Algunas de ellas se enumeran a continuación:

- La enfermera especializada en salud mental desempeña una función fundamental en la valoración de las necesidades psicológicas de los pacientes.
- Facilita la expresión emocional del paciente y le brinda apoyo en la gestión de su ira y frustración.
- Contribuye a la elaboración del plan de cuidados de enfermería para personas con trastornos mentales.
- La coordinación con las familias y los médicos también es un papel vital de las enfermeras de salud mental.
- También administra los medicamentos y se asegura de que el paciente cumpla con el plan de tratamiento.
- Una enfermera de salud mental con experiencia también brinda servicios de psicoterapia según lo recomendado por los médicos (24).

Al mismo tiempo, el profesional de enfermería para la salud mental debe apoyar en la psicoeducación para pacientes y familiares sobre la importancia del tratamiento, realizar campañas de sensibilización para reducir el estigma

social. Conjuntamente con el desarrollo de intervenciones en salud mental comunitaria que normalicen el uso de medicación psiquiátrica y un acompañamiento terapéutico para reforzar la adherencia y el bienestar del paciente.

Simultáneamente, debe desarrollar una comunicación empática al hablar con los pacientes, mostrando compasión y una actitud libre de prejuicios, además, establecer una buena relación con los pacientes ayudándolos a sentirse comprendidos y aceptados, validando sus sentimientos, experiencias y preocupaciones (4). Otro aspecto importante es la escucha activa mostrando a los pacientes que se está prestando mucha atención, estableciendo contacto visual y empleando métodos de escucha reflexiva. Así, los pacientes se sentirán escuchados y respetados si los anima a expresar sus sentimientos y opiniones sin detenerlos.

Además, se debe respetar la autonomía demostrando consideración por las preferencias y la autonomía de los pacientes en lo que respecta a su atención y tratamiento, animándolos a participar activamente en su proceso de recuperación incluyéndolos en las conversaciones sobre las opciones de terapia, los objetivos y los tratamientos. Del mismo modo, el profesional de enfermería debe dar coherencia y confiabilidad al interactuar con los pacientes, sea constante, confiable y puntual, manteniendo las citas, los compromisos y los cronogramas de tratamiento para que los pacientes confíen en su confiabilidad y dedicación a su salud.

A su vez, se debe establecer límites para establecer un ambiente seguro y de confianza en la interacción terapéutica, definiendo claramente los parámetros y las expectativas con respeto la privacidad, el espacio personal

y la confidencialidad de los pacientes, respetando al mismo tiempo los límites profesionales (25).

Igualmente, la enfermería debe desarrollar una competencia cultural para comprender y valorar la diversidad cultural, así como las preferencias individuales en materia de comunicación, actitudes y actividades. Respetar la identidad cultural de los pacientes y fomentar un trato culturalmente sensible son dos formas en que la competencia cultural genera confianza.

También se debe generar confianza, que es un proceso que nunca termina y que exige esfuerzo, debate y concienciación constantes, pidiendo a los pacientes su opinión sobre sus deseos, preocupaciones y experiencias y evaluar periódicamente la relación terapéutica. Demostrando dedicación a la comunicación abierta y al trabajo en equipo, resolviendo cualquier problema o disputa de manera oportuna y transparente (26).

Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta los aportes, las preferencias y las necesidades cambiantes del paciente mientras se ajusta su enfoque para mantener una relación terapéutica productiva y de apoyo. Alentando a los pacientes a participar activamente en su tratamiento y recuperación mediante el desarrollo de un proceso de toma de decisiones interactivo y compartido.

Porque, generar confianza en las relaciones terapéuticas con los pacientes es esencial para brindar una atención compasiva y eficaz. Los profesionales de enfermería pueden brindar un ambiente seguro y alentador donde los pacientes se sientan apreciados, respetados y empoderados en su camino hacia la recuperación, utilizando técnicas que incluyen la comunicación

comprensiva, la escucha activa y el respeto por la autonomía (22). Debido a que los resultados exitosos del tratamiento se basan en la confianza, que fomenta el cumplimiento, la participación y el bienestar general de las personas con esquizofrenia. Estableciendo y preservando la confianza es una prioridad máxima para los profesionales de la salud, lo que permite garantizar los mejores resultados para los pacientes.

1.5.1 Estrategias sobre cómo gestionar el estigma asociado a los trastornos mentales en todas las esferas de influencia

Para comprender en detalle cómo los tratamientos de salud pueden influir en el estigma percibido y en las conductas posteriores, es necesario tener en cuenta variables complejas, como la etapa de desarrollo del individuo, las numerosas características personales, sociales y situacionales, y las influencias culturales más amplias. Sin embargo, existen algunas estrategias sugeridas para abordar el estigma asociado con los trastornos mentales (27).

1.5.1.1 Para entornos sanitarios

- Seguir siendo conscientes de los posibles sentimientos de vergüenza y estigma social asociados con la salud física y el tratamiento de un joven y explorarlos con sensibilidad durante las consultas.
- Reflexionar sobre sus propias suposiciones y prejuicios inherentes que pueden influir en su toma de decisiones en relación con las influencias socioculturales del paciente. El énfasis debe ponerse en la toma de decisiones compartida y la individualización.
- Prestar atención a la dinámica de poder dentro de las consultas con jóvenes para facilitar una relación de ayuda, en la que se pueda hablar de sentimientos incómodos como la vergüenza y la culpa.

- Normalizar y validar las experiencias de los jóvenes.
- Brindar una educación y conocimiento sobre la enfermedad y brindarles estrategias para manejar posibles burlas y acoso asociados con su condición de salud.
- Las formas innovadoras de brindar atención rutinaria de enfermedades respiratorias crónicas utilizando tecnología pueden reducir la asistencia al hospital y, por lo tanto, el ausentismo, minimizando así la diferencia entre pares.
- Explorar la posibilidad de facilitar estructuras de apoyo entre pares para los jóvenes y sus familias.
- Considerar la derivación para intervención psicológica para dificultades basadas en la vergüenza si afectan el manejo óptimo de la salud física (28).

1.5.1.2 Para entornos educativos

- Apoyar la concienciación y el conocimiento de los trastornos mentales en los entornos educativos para facilitar el autocuidado con un plan acordado y co-creado por los jóvenes, sus familias y los profesionales de la educación y la salud.

1.5.1.3 Defensa de derechos y comunidad

- Cuestionar los conceptos erróneos comunes retratados a través de los medios de comunicación y brindar representaciones más confiables y precisas como modelos a seguir y también incluir la representación de técnicas para facilitar un cambio de actitud social y reducir el estigma asociado con la enfermedad y los tratamientos.

- Promoción y educación concertadas, especialmente dirigidas a comunidades donde los trastornos mentales pueden considerarse estigmatizantes (29).

Conclusiones

El estigma en los trastornos mentales es tener una actitud o creencia injusta sobre alguien con problemas de salud mental, puede provocar que las personas con enfermedades mentales se sientan avergonzadas o excluidas. Generalmente, proviene de no comprender los trastornos mentales causando que los pacientes se sientan angustiadas y, a veces, impedirles pedir ayuda.

El estigma, tanto social como internalizado, puede afectar significativamente la disposición de los pacientes a seguir sus tratamientos farmacológicos, existiendo el estigma social, el autoestigma, las barreras estructurales y el impacto psicológico.

La experiencia del estigma puede estar directamente relacionada con la presencia de un trastorno mental, tanto en lo que respecta al diagnóstico como a la carga del tratamiento. El personal de enfermería puede ayudar a abordar esto al prestar atención a la experiencia vivida de sus pacientes desde una "perspectiva de estigma" para ofrecer una atención adecuada y no aumentar el nivel de estigma experimentado, manteniendo al mismo tiempo resultados de salud apropiados. Por lo cual, las estrategias de prevención se centraron en aumentar la concienciación sobre las enfermedades mentales y mejorar las relaciones positivas.

Referencias Bibliográficas

1. Aguilar C, Córcoles D, Miralles M, Almela M, Heredia S, Fontestad J. El estigma asociado a los trastornos mentales en el paciente geriátrico: una revisión integradora. Rev. Gerokomos. 33(3): 175-179. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300008#:~:text=El%20estigma%20conlleva%20aparici%C3%B3n%20de,desempleo%20y%20exclusi%C3%B3n%20social%2020.
2. Valderrama C, Zolezzi R. Intersectorialidad y reducción del estigma en salud mental: la necesidad de avanzar hacia una descolonización de la institucionalidad, desde una perspectiva intercultural. Rev. Saude soc. 30 (4). 1-14. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 6. Available from: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/g8R933WjFmrdq74ypKcvMVB/?format=pdf&lang=es.
3. Geffner N, Agrest M. Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. Rev. Revista Iberoamericana de Psicología, 14(2), 21–32.. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 6. Available from: https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.14203.
4. Arboleda J. Consideraciones sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev. Canadiense de Psiquiatría. 2003;48(10):645-650. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 7. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370304801001.

5. Ceballos G, Campo A, Caballero C. Consistencia interna, Dimensionalidad y Reproducibilidad de dos Escalas para Estigma-Discriminación Relacionado con Trastornos Mentales en Estudiantes de Medicina. Rev. Lasallista Investig. 18(1): 265-27. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492021000100265.
6. Rodelo C, Garay J. Representaciones sociales de la salud mental y de los trastornos mentales en estudiantes universitarios de enfermería. Rev. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8(spe5), 00008. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 7. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800008.
7. Rizo A, Hernández N. Vulnerabilidad en personas con padecimientos mentales: ¿desventaja biológica, o injusticia epistémica? Rev. Claves del pensamiento, 17(33), e601.. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 7. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2023000100208.
8. Cardoso O, Sanvicente , B , Ferracini M, Argimon I. Instruments for measuring perceived and experienced Mental Illness Stigma: A systematic review. Rev. Psicologia: teoria e prática, 22(1), 64-88. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 8. Available from: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872020000100004&script=sci_abstract&tlng=es.
9. Durango J, Echeverri P, Valencia J, Uribe E, Cárdenas L. Autoestigma y estigma por búsqueda de ayuda en estudiantes y profesionales de la

salud: una revisión de la literatura. Rev. Médica Clínica Las Condes. 34(6). 400-410. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864023000925.

10. Alvear M, Sandoval I. Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. Rev.colomb.psiquiatr. 53(2): 192-205.. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192.
11. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Rev. Médica Clínica Las Condes. 31(2). 169-173. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 9. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195.
12. Zabaleta R, Casado R, Martínez A, Lezcano F. Estigma y actitudes hacia las enfermedades mentales entre los estudiantes universitarios: estudio descriptivo. Rev. Health and Addictions/Salud Y Drogas, 23(1), 333–348. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 9. Available from: https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=768.
13. Onocko R, Davidson L, Desviat M. Salud mental y derechos humanos: desafíos para servicios de salud y comunidades. Rev. Salud Colectiva. 1(8). 1-13. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 10. Available from: https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3488/.

14. Audiffred R, Mayoral A, Hernández A, Ramírez J, Orozco E, Álvarez O. El autoestigma en personas con trastorno mental grave y duradero del Instituto Jalisciense de Salud Mental en México: Self-stigma in people with Severe and Persistent Mental Illness from Instituto Jalisciense de Salud Mental in Mexico. LATAM Revista Latin. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 10. Available from: https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2097.
15. Muñoz M, Mayorga C, Jiménez A. Salud mental, autoestima y satisfacción vital en universitarios del sur de Chile. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv. 21(2): 72-98. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 11. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2023000200072.
16. Aranda M, Acosta M, Bénard S, Luna M. Enfermería (Montevideo), Rev. Enfermería: Cuidados Humanizados. 12(1).e3071. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 10. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062023000101205.
17. Moreno P, Fernández L. Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 43(144): 17-45. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 11. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000200002.
18. Palacios X. El inestimable costo del estigma de la salud mental. Rev. Ciencias de la Salud. 19(1). 1.21. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 6. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732021000100001.

19. Zuber F. La incidencia de estigma y marginación en personas con trastornos mentales. Tesis. Maestría. Pontificia Universidad Católica Argentina. 1-47. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 12. Available from: https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/15124/1/incidencia-estigma-marginacion.pdf.
20. Audiffred R, Mayoral A, Hernández A, Ramírez J, Orozco E, Álvarez O. El autoestigma en personas con trastorno mental grave y duradero del Instituto Jalisciense de Salud Mental en México. LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, 5(3), 1022 – 1035. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 12. Available from: https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2097.
21. Baños J, Aranda J, Lamas F, Jacobi J, Marín J, Ynquillay P. Explorando el estigma del suicidio en población peruana: un análisis de redes. Rev. Ciencias Psicológicas, 18(1), e3150. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 12. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212024000101206.
22. Martínez A, González A, Roldán M, Cervantes C, Conesa A. Intervenciones de enfermería psicoeducativas presenciales y on-line, para el manejo de la ansiedad: revisión integradora de la literatura. Rev. Enferm. glob. 21(68): 531-561. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 13. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400017.
23. Ramírez M, Pérez E, Figueredo N. Salud mental en Enfermería: un grito urgente de auxilio. Rev. Enfermería (Montevideo). 11(1): 1-2.. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 13. Available from:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000100001.

24. Esperidião E, Borges M, Rodrigues J. Salud mental: enfoque en los profesionales de la salud. Rev. Bras. Enferm. 73 (Suppl 1). [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 14. Available from: https://www.scielo.br/j/reben/a/Pb9ydVgY43nrP36qNW9wKGh/?lang=es.
25. Ayuque A, Luna C, Chaduví D, Vinelli D, De la Cruz A. Salud mental de médicos y enfermeras en situaciones de crisis sanitaria. Rev Cub Med Mil. 51(3). [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000300004.
26. Sánchez M, Rodríguez E, Zambrano G, Martínez R. Modelo de gestión del cuidado de enfermería en servicios de atención primaria en salud. Rev. Salud y Vida. 7(13): 50-59. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 15. Available from: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000100050.
27. Izquierdo A, Boucourt E, Miranda V, Pino G. Enfermería de práctica avanzada en Ecuador: Contribución en la atención de adolescentes con trastornos de salud mental. JOURNAL OF SCIENCE AND RESEARCH. 9(3). 31-53. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 16. Available from: https://zenodo.org/records/12667243.
28. López J, Serón P. La salud mental digital. Una aproximación crítica desde la ética. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 38(134): 359-379. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 15. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352018000200002.

29. Meneses C. Eficacia de las estrategias en rehabilitación para la salud mental de pacientes en adicción a drogas. Revisión sistemática. Salud, Barranquilla. 37(3): 828-852.. [Online].; 2025 [cited 2025 febrero 18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000300828.

CAPÍTULO IV

AUTOCUIDADO PARA ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN

DE LA ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN

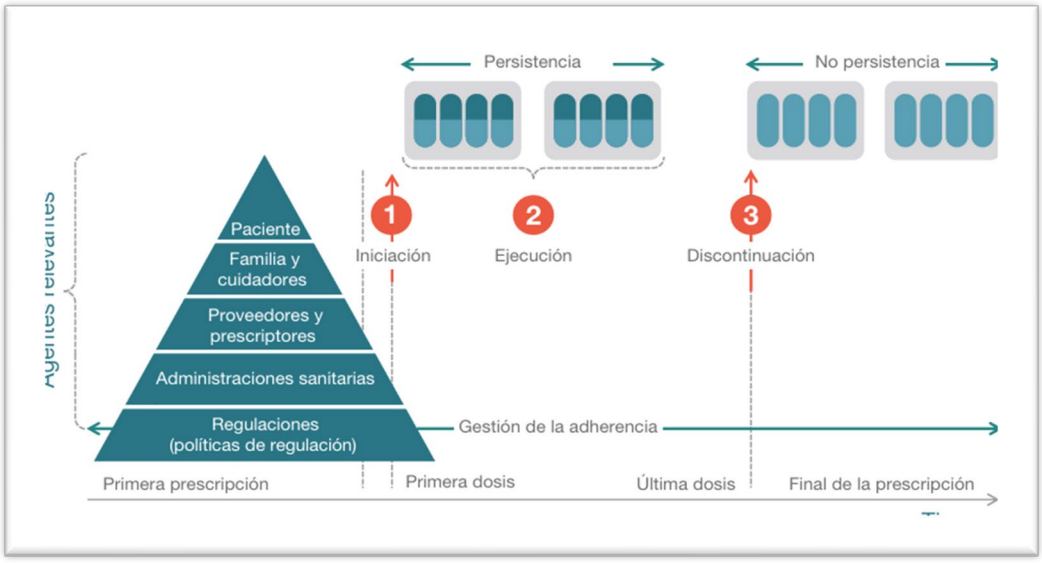


1. La adherencia a la medicación y su importancia en enfermería

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia se define como el nivel en el que un paciente sigue las indicaciones de un profesional de la salud en cuanto a la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida (1). Apenas el 50% de los pacientes crónicos en los países desarrollados cumplen con su tratamiento, esta cifra varía según la patología, que puede ser aún menor en patologías específicas con alta incidencia. La falta de cumplimiento terapéutico es el principal obstáculo para que los medicamentos ofrezcan su máximo beneficio, lo que hace que la adherencia sea un factor clave en el manejo de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, dislipidemia y falla cardiaca, lo que subraya la importancia de abordar de manera efectiva la problemática de la adherencia (2).

> *"La adherencia terapéutica se desarrolla en tres fases esenciales: inicio, cumplimiento y abandono. El inicio se produce cuando el paciente toma la primera dosis del tratamiento indicado, el cumplimiento abarca el seguimiento correcto de la prescripción médica y el abandono ocurre cuando el paciente deja de tomar la medicación antes de lo recomendado" (2).*

Figura 1. Componentes de la adherencia



Fuente: Plan de Adherencia al Tratamiento - Uso Responsable del Medicamento (2).

La adherencia a la medicación se ha convertido en un desafío de salud pública. La OMS destaca que las intervenciones para superar las barreras deben estar orientadas a mejorar la salud de la población, requiriendo fomentar un enfoque multidisciplinario (2). El profesional de la salud desempeña un papel crucial y debe trabajar en conjunto para implementar intervenciones efectivas que prevengan la disminución de la adherencia terapéutica (3). Sin embargo, la gestión de la adherencia en los sistemas de salud suele adoptar un enfoque paternalista, generando castigo, coerción o miedo, y posicionando a los pacientes entre la obediencia y la desobediencia. Actualizar los paradigmas de salud permitirá un enfoque multicultural y ético, incorporando prácticas antropológicas. En lugar de crear riesgos, los

conflictos generan conocimientos y cultura que pueden incorporarse a la práctica sanitaria para gestionar éticamente la salud pública (4).

La **adherencia a la medicación** implica una relación centrada en las necesidades individuales, una relación que deben considerar los valores y conocimientos del paciente, proporcionar información adecuada y respetar sus elecciones en cuanto a las opciones de tratamiento (3). La adherencia al tratamiento médico es esencial para mejorar la calidad de vida. En la práctica clínica, la utilización de los términos 'cumplimiento' y 'adherencia terapéutica' resulta ser un tema controvertido (4), se adoptó el término adherencia por su mayor similitud con el anglosajón adherente que alude, básicamente, a la toma de la medicación prescrita. La valoración de la adherencia requiere un marco ético sólido, comenzando con el consentimiento informado del paciente (5).

La valoración de la adherencia requiere un marco ético sólido, comenzando con el consentimiento informado del paciente. Es fundamental emplear diversos métodos de medición para evitar sesgos, ya que no existe un criterio único estandarizado. La falta de adherencia puede resultar en un aumento significativo de los costos sanitarios, incluyendo la adquisición y administración de medicamentos, hospitalizaciones, consultas médicas y procedimientos (6), Además, puede estar relacionada con diversos grupos de variables, incluyendo las características personales del paciente, la terapia utilizada, la enfermedad en sí misma, el entorno familiar y social, el profesional sanitario que lo atiende y la estructura del sistema sanitario (4).

En efecto, el incumplimiento del tratamiento puede ocurrir si no se inicia con la medicación, llevando a consecuencias similares a la progresión natural

de la enfermedad, o si se interrumpe, dependiendo de la gravedad de la afección y las propiedades del fármaco. Este problema mundial reduce los resultados en salud y aumenta los costes sanitarios. La adherencia terapéutica, influida por múltiples factores del paciente, fármaco, enfermedad y profesional sanitario, no tiene una estrategia única ideal, requiriendo adaptaciones individualizadas y un enfoque multidisciplinario que incluya a profesionales de salud, investigadores, administración sanitaria e industria farmacéutica (7).

2. Ética en la gestión de la adherencia a la medicación

La ética se define como un principio básico en el ámbito de la actividad humana, regulando la conducta de los individuos en un contexto determinado. Actúa como el modelo referencial de la moral y se relaciona con las obligaciones del ser humano. La ética evalúa la conducta de las personas y emite juicios sobre su comportamiento, basándose en normas sociales y valores éticos como la honestidad, responsabilidad, justicia, compromiso con la verdad, perseverancia y confianza, los cuales han sido internalizados a lo largo de su vida (8).

La falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos debe analizarse desde una perspectiva multicultural y ética, ya que implica significados y experiencias que pueden entrar en conflicto con el discurso médico dominante. Antes de diseñar estrategias de intervención, resulta imprescindible comprender en profundidad el problema, explorando su riqueza simbólica y comunicativa. Las percepciones de las personas sobre la medicación pueden expresarse a través de prácticas artísticas como la fotografía, la música o el teatro, lo que permitiría a las comunidades

reflexionar sobre su relación con los tratamientos y generar discursos propios sobre su salud. Sin embargo, actualmente existen pocos espacios donde los pacientes puedan construir sus propios significados, ya que estos son impuestos desde medios de comunicación, congresos médicos y entornos académicos. Así, las comunidades terminan asumiendo de manera pasiva un discurso biologicista que no considera sus experiencias ni su contexto sociocultural (9).

2.1 Ética en el cuidado de enfermería

Desde mediados del siglo XIX, las enfermeras han tenido cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir enfermedades, mejorar la salud y aliviar el sufrimiento. Además, se esfuerzan por promover una muerte digna.(10) La palabra "ethos", de origen griego, hace referencia a las costumbres y comportamientos que definen a una cultura o grupo profesional, e incluye valores y tradiciones compartidas. Estos valores culturales, sociales, políticos y religiosos evolucionan a lo largo de la vida humana. Por consiguiente, la ética es crucial en las profesiones para guiar y formar criterios humanistas en la toma de decisiones (11).

La enfermería es una de las artes más nobles, ya que exige una dedicación absoluta y una formación meticulosa para atender a los seres humanos, cuyo cuerpo es considerado un templo sagrado. Por esta razón, se le atribuye un estatus especial entre las demás disciplinas. Enfermería tiene como objeto de estudio "el cuidado", el cual debe abordarse desde una perspectiva integral que contemple el cuerpo, la mente y el espíritu como un todo unificado. Para proporcionar este tipo de atención, es fundamental que el profesional de enfermería posea conocimientos técnicos, científicos y éticos, así como un

alto sentido de responsabilidad moral que le permita brindar un cuidado con calidad, calidez, eficiencia y eficacia (12).

La enfermería se define como un conjunto de "prácticas cuidadoras" que han sido esenciales para la supervivencia y evolución de la humanidad desde tiempos ancestrales. Inicialmente basadas en conocimientos intuitivos transmitidos de generación en generación, estas prácticas eran universales y llevadas a cabo principalmente por mujeres, desde las primeras comunidades nómadas hasta las sociedades sedentarias. La enfermería no se limita a ser una profesión formal, sino que es una respuesta instintiva a la necesidad de proteger y cuidar a los más vulnerables, siendo una actividad intrínseca a cualquier forma de sociedad (13).

Las enfermeras reconocen y defienden los derechos humanos, con especial énfasis en los derechos culturales, el derecho a la vida, la libre elección, la dignidad y el trato respetuoso. Su labor se distingue por el compromiso ético que aportan al bienestar de individuos, familias y comunidades (10).

El enfoque ético en la enfermería se basa en el reconocimiento de la persona como un individuo autónomo y vulnerable, capaz de dirigir su propia vida, incluso en momentos de dificultad. En este sentido, el cuidado no implica imponer decisiones, sino empoderar al individuo para que tome las riendas de su propia salud y bienestar, incluso en circunstancias de extrema vulnerabilidad. Además, este enfoque adopta una visión integral de la persona, comprendiendo la interconexión entre diversos aspectos de su vida. Descuidar esta dimensión holística del cuidado puede exacerbar el sufrimiento del paciente y plantear dilemas éticos (14).

La importancia de seguir normas éticas radica en el acuerdo tácito entre enfermeras y pacientes. Si estas normas no son reconocidas ni respetadas, se pierde la comprensión del contexto y se vulneran los derechos individuales. Reconocer las capacidades y la humanidad del paciente establece la base para una interacción ética. La ética del cuidado implica la relación fundamental entre enfermera y paciente, y refleja cómo la enfermera se relaciona con el paciente de manera ética para proporcionar cuidado, con responsabilidad del respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano, que son condiciones esenciales de la profesión y se practican sin ningún tipo de discriminación (9,10).

Al equilibrar las virtudes éticas y las responsabilidades, las enfermeras reevalúan sus relaciones con los pacientes, reconociendo su amplia formación y sensibilidad ética. La ética del cuidado está estrechamente vinculada con la enfermería, que históricamente ha sido asociada con mujeres estigmatizadas por su papel en el cuidado. Aportes de autoras como Gilligan, Noddings y Tronto han impulsado el reconocimiento público y han aumentado el debate político sobre el cuidado, generando un impacto en la sociedad y en la economía nacional. Cuidar no es una carga, sino una expresión de solidaridad y respeto a los derechos humanos (15).

3. Principios Bioéticos relevantes para la enfermería en el ámbito de la adherencia a la medicación.

La ética clínica aborda los dilemas éticos que surgen en la práctica médica. Antes de la aparición de la bioética, los profesionales de la salud enfatizaban la responsabilidad de priorizar el bienestar del paciente, basándose en su juicio profesional sobre lo que sería más beneficioso para él. El modelo

tradicional de ética clínica era paternalista, pero con la influencia de la bioética, muchos proveedores de atención médica adoptaron un enfoque centrado en el paciente, destacando la autonomía del paciente y el consentimiento informado (16).

Una situación de total acatamiento a la medicación, sin resistencia y con decisiones clínicas unilaterales por parte del médico, representaría la supresión de la ética y de la vida comunitaria, llevando a la sociedad a una dictadura inútil y apolítica, es decir, a un estado de parálisis política respecto a los factores socioculturales de la salud. Abordar la falta de adherencia a la medicación desde una perspectiva multicultural y ética nos permite explorar nuevas prácticas artísticas, antropológicas y de gestión comunitaria. La discrepancia puede estar relacionada con consecuencias y experiencias que contrastan con el discurso médico dominante (9).

La bioética en enfermería desempeña un papel fundamental al guiar las acciones asistenciales de las enfermeras. Esta disciplina aborda dilemas éticos en biomedicina y biotecnología, como el uso de tecnologías médicas al inicio y al final de la vida. Las decisiones éticas forman parte de nuestra rutina, algunas son claras y otras debatidas (16); la bioética busca equilibrar los avances científicos con los valores humanos y los derechos individuales.

"Tom L. Beauchamp y James F. Childressson conscientes de que los principios no son suficientes en la vida moral y que hay que tener en cuenta otras dimensiones, por lo tanto, los principios y virtudes tendrían que ir juntos; los principios garantizarían la seriedad racional del juicio moral y su objetividad, y las virtudes proporcionarían buenos motivos para actuar" (17). Los principios bioéticos permiten guiar la toma de decisiones en la

prescripción médica, pero su aplicación no siempre es absoluta, ya que debe evaluarse cada caso de forma particular (18). Estos principios son intrínsecos a la moralidad universal y sirven como base en la elaboración de políticas públicas e institucionales (19).

Entre los principios bioéticos aplicados tenemos:

3.1 Principio de Autonomía

La autonomía, también conocida como permiso, se refiere a la facultad que tiene una persona para tomar decisiones sobre su propia vida, con pleno conocimiento de las posibles repercusiones, tanto positivas como negativas del tratamiento propuesto. Este principio está estrechamente vinculado con el consentimiento informado (12) se basa en el respeto por los valores y decisiones individuales en los aspectos esenciales de la vida de cada persona. En el ámbito de la salud, la autonomía implica que los profesionales deben proporcionar información clara, asegurarse de que el paciente comprenda plenamente la situación y consienta de manera voluntaria, fomentando así su participación activa en la toma de decisiones sobre su atención (20).

Además, la autonomía constituye el fundamento del consentimiento libre e informado, otorgándole al paciente el derecho de decidir sobre su propio bienestar sin ser objeto de imposiciones, coacción o aprovechamiento de su falta de conocimiento. Respetar la autonomía significa reconocer el derecho de cada persona a expresar sus opiniones, tomar decisiones y actuar conforme a sus propios valores y creencias (21).

En este sentido, Beauchamp y Childress establecen una serie de pautas para garantizar un trato autónomo a las personas, las cuales incluyen (20):

1. "Decir la verdad".
2. "Respetar la privacidad de los demás".
3. "Proteger la confidencialidad de la información".
4. "Obtener consentimiento para intervenciones médicas".
5. "Ayudar a otros a tomar decisiones importantes cuando se solicite".

3.2 Principio de beneficencia

En el cuidado de enfermería, el principio ético de la beneficencia es fundamental. Sin embargo, un desafío significativo radica en la falta de familiaridad con su definición precisa. Además, es necesario identificar las dimensiones exactas del concepto de beneficencia. Esto se debe a que los estudios que se enfocan en reducir el dolor, distribuir recursos de manera justa, brindar cuidados basados en evidencia y garantizar la seguridad del paciente no solo mejoran el bienestar y la salud de los pacientes, reducen la mortalidad y preservan su dignidad, sino que también aumentan su satisfacción (22).

3.3 Principio de No maleficencia

Este principio se basa en el principio hipocrático de "Primum non nocere", que significa "antes que nada, no hacer daño". Es esencial en la ética médica, ya que prohíbe a los profesionales de la salud causar daño a los pacientes, ya sea intencionalmente o por negligencia. En la práctica, implica que el equilibrio entre los beneficios y los riesgos de cualquier intervención médica debe favorecer siempre a los beneficios. Además, se enfatiza en el bien

común sobre el bien de individuos específicos, especialmente aquellos en situaciones más desfavorecidas. Cuando este principio se viola, se incurre en maleficencia, es decir, en causar daño al paciente (23).

Los profesionales de la salud deben mantener una formación continua y rigurosa, tanto teórica como práctica, para ejercer su profesión de manera adecuada. Además, deben investigar constantemente nuevas terapias, procedimientos y tratamientos con el objetivo de mejorar los existentes, haciéndolos menos dolorosos y perjudiciales para los pacientes. Esta responsabilidad es una parte integral del principio de no maleficencia (24).

La no maleficencia exige que los profesionales de la salud evalúen cuidadosamente los beneficios y riesgos de cada intervención médica. Este equilibrio es especialmente importante en situaciones que involucran tratamientos con efectos secundarios potencialmente graves, cirugías de alto riesgo y terapias experimentales (25).

El consentimiento informado es un elemento crucial de la no maleficencia es asegurar que los pacientes reciban información completa sobre los riesgos, beneficios y alternativas disponibles para su tratamiento. Esto no solo protege la autonomía del paciente, sino que también fortalece la confianza mutua entre el paciente y el profesional de la salud. Además, el consentimiento informado debe ser un proceso continuo y ajustado a la capacidad de comprensión de cada paciente, evitando que se convierta en una mera formalidad burocrática (25).

3.4 Principio de Justicia

El principio de justicia en la atención médica se basa en la equidad, igualdad y planificación, priorizando a quienes requieren mayor atención. Este principio exige un trato sin discriminación por raza, etnia, edad, nivel económico o educativo, y demanda la jerarquización adecuada de acciones, así como el uso eficiente de los recursos para evitar su escasez en momentos críticos (26).

3.5 Respeto a las personas:

El respeto por las personas implica que estas tienen el derecho de tomar decisiones sobre sus vidas y cuerpos sin que nadie interfiera injustamente. Este principio es fundamental en el contexto del consentimiento informado en la atención médica y la investigación, donde los pacientes deben ser debidamente informados y dar su acuerdo para cualquier procedimiento que pueda afectarlos. No respetar este derecho viola la autonomía individual. A pesar de esto, los profesionales de la salud tienen la obligación especial de proteger a aquellos que no pueden tomar decisiones por sí mismos, como las personas en coma o los niños muy pequeños, para evitar que sufran daño (16).

Aunque estos principios tienen una jerarquía y no son absolutos, sólo pueden ser omitidos en casos excepcionales y bajo condiciones extremas. La violación debe ser el mal menor comparado con los beneficios para la salud del paciente, y siempre se debe justificar racionalmente la decisión tomada, asegurando que tal excepción no se convierta en la norma (24)

Tabla 1. Cuadro Comparativo de Principios Éticos en la Adherencia a la Medicación

Principio	Descripción	Aplicación en la Práctica de la Salud	Pautas y Consideraciones	Ejemplo Práctico (Adherencia a la Medicación)
Autonomía	Derecho de la persona a tomar decisiones informadas sobre su vida, con pleno conocimiento de las consecuencias de esas decisiones.	Los profesionales de la salud deben proporcionar información clara al paciente, asegurarse de que comprenda la situación y consentir voluntariamente.	- Decir la verdad. - Respetar la privacidad. - Proteger la confidencialidad. - Obtener consentimiento informado.	Un paciente decide no seguir el tratamiento con medicamentos para la hipertensión tras recibir información completa sobre los efectos secundarios, pero asume la responsabilidad de esa decisión.

Beneficencia	Obligación de actuar para el beneficio del paciente, promoviendo el bienestar y reduciendo el sufrimiento.	Los profesionales deben proporcionar cuidados basados en evidencia, reducir el dolor, y mejorar el bienestar del paciente.	- Aumentar la satisfacción del paciente. - Distribuir recursos de manera justa. - Mejorar la salud y dignidad del paciente.	Un enfermero se asegura de que un paciente con diabetes entienda cómo los medicamentos ayudan a controlar su glucosa, alentándolo a adherirse al tratamiento para evitar complicaciones.
No maleficencia	Principio que prohíbe causar daño intencional o negligente al paciente.	Los profesionales deben evaluar los riesgos y beneficios de cualquier intervención, asegurando que los beneficios superen los riesgos.	- Evaluar riesgos y beneficios. - Formación continua en técnicas de menor riesgo. - Consentimiento	Un médico evita prescribir un medicamento que podría tener efectos secundarios graves en un paciente con historial de problemas renales, optando por

			informado como protección.	una opción más segura para mejorar su adherencia.
Justicia	Exige trato equitativo y la distribución justa de recursos, priorizando a quienes más lo necesitan.	Tratar a todos los pacientes sin discriminación, asignando recursos de manera eficiente para evitar la escasez en momentos críticos.	- Trato sin discriminación. - Planificación y jerarquización de atención. - Uso eficiente de recursos.	Un centro de salud distribuye recursos educativos y medicamentos de manera equitativa entre todos los pacientes para asegurar que todos reciban la misma oportunidad de adherirse a sus tratamientos.

Respeto a las personas	Derecho de las personas a decidir sobre sus vidas sin interferencia injusta, fundamental en el consentimiento informado.	Los profesionales deben respetar la autonomía de los pacientes, proteger a aquellos que no pueden tomar decisiones, como personas en coma o niños pequeños.	- Protección de personas incapaces de decidir. - Consentimiento informado obligatorio.	Un profesional de la salud se asegura de que un paciente mayor reciba el apoyo necesario para entender su régimen de medicación y le da tiempo para hacer preguntas antes de comenzar el tratamiento.

Fuente: Elaboración propia

4. Importancia de la formación continua y el desarrollo profesional para enfermería en la mejora de las prácticas relacionadas con la adherencia a la medicación

La enfermera juega un papel crucial en fomentar la participación activa de los pacientes en el manejo de su salud y enfermedad. Acompaña a los pacientes y cuidadores a lo largo de todo el proceso, supervisando su entrenamiento en autocuidado y autogestión (27).

El proceso educativo de los profesionales de enfermería está modelado por diversas teorías pedagógicas que, mediante la educación continua, satisfacen de manera efectiva sus necesidades formativas. Esta educación continua no solo fortalece sus habilidades, sino que también mejora su valoración del trabajo, proactividad, capacidad de análisis y productividad. Lo más importante es que asegura la provisión de cuidados seguros y de alta calidad, resultando en mejores resultados para los pacientes. Además, es indispensable integrar el pensamiento crítico y analítico en la educación, no solo para la enfermería, sino para cualquier profesión que quiera mantenerse a la vanguardia (28).

5. Autocuidado en enfermería: su papel en la gestión de la adherencia a la medicación

La teoría de enfermería de Dorothea Orem define el autocuidado como una conducta orientada a regular los factores que afectan el desarrollo y funcionamiento de una persona, beneficiando su vida, salud y bienestar. Este autocuidado es una actividad aprendida y orientada a objetivos específicos.

Orem presentó su "teoría del déficit de autocuidado" como una teoría general que incluye tres teorías interrelacionadas:

1. La teoría del autocuidado, que explica por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas.
2. La teoría del déficit de autocuidado explica de qué manera la enfermería puede brindar apoyo a las personas cuando no son capaces de satisfacer por sí mismas sus necesidades de autocuidado.
3. La teoría de sistemas de enfermería describe las interacciones esenciales entre el personal de enfermería y los pacientes, proporcionando un marco para satisfacer sus necesidades de salud a través de distintos niveles de asistencia (29).

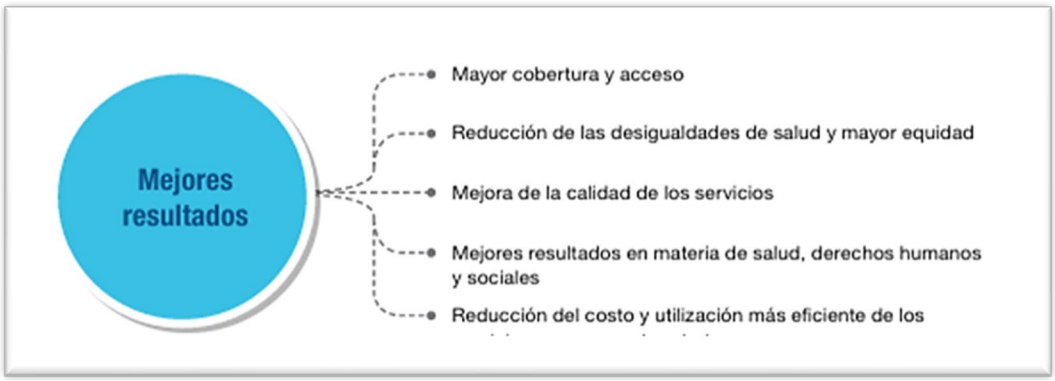
Pues, esta teoría de Dorothea Orem proporciona a los profesionales de enfermería herramientas para ofrecer atención de calidad en diversas situaciones de salud. Este modelo establece un marco conceptual con conceptos y objetivos para mejorar el cuidado personal, siendo esencial para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería. Destaca la importancia del autocuidado, adaptado a cada individuo y condicionado por los valores culturales (30).

El cuidado cultural en la atención médica implica considerar las creencias, valores y prácticas culturales del paciente para brindar una atención sensible y efectiva. Al adaptar las intervenciones de salud a la cultura del paciente, se facilita la comunicación y se mejora la efectividad del tratamiento. Es esencial promover este enfoque, consolidando experiencias académicas y difundiendo conocimientos, para contribuir al desarrollo teórico en áreas

como la cronicidad y la adherencia terapéutica, y así interactuar de manera más efectiva con personas mayores con enfermedades crónicas (31).

Las intervenciones de autocuidado son métodos prometedores para mejorar la salud y el bienestar, tanto de las personas como de los sistemas de salud. Cuando estas intervenciones son accesibles, adecuadas y económicas, incrementan las opciones y la autonomía de los usuarios, favoreciendo la autodeterminación, autoeficacia y participación en la salud. Aunque los riesgos y beneficios pueden variar según el entorno y la población, las intervenciones de autocuidado pueden fomentar una participación activa en la salud propia, mejorando los resultados al abordar diversos aspectos de la atención sanitaria (32).

Figura. Mejores resultados asociados a las intervenciones de autocuidado.



Fuente: Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022 (32).

La capacitación del personal sanitario debe incorporar estrategias enfocadas en fortalecer sus habilidades personales, permitiéndoles educar a los pacientes, motivarlos en la toma de decisiones sobre su tratamiento y

fomentar la conciencia acerca de la importancia de seguir las indicaciones médicas y adoptar cambios en el estilo de vida para la prevención y control de enfermedades (3).

6. Rol de la enfermería en la gestión de la adherencia a la medicación

La práctica de enfermería ha demostrado ser fundamental para mejorar la adherencia a la medicación, un aspecto tradicionalmente gestionado por médicos y farmacéuticos. Sin embargo, dada la complejidad de los factores que influyen en la adherencia, el personal de enfermería debe contar con los conocimientos y habilidades necesarias para abordar este reto de manera integral (33).

El rol de educador en enfermería es crucial dentro de la intervención primaria en salud, ya que, a través de un proceso dinámico y continuo, permite mejorar el conocimiento y las conductas de los pacientes para optimizar los resultados en su atención. La labor educativa de las enfermeras en la promoción de la salud puede generar beneficios significativos, como una mayor adherencia al tratamiento, una mejor calidad de vida y el fortalecimiento del conocimiento sobre la enfermedad y la autogestión. Además, la enfermería no solo actúa como educadora, sino que trabaja desde un enfoque holístico, considerando también los aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en la adherencia del paciente (27).

Una parte fundamental del rol de la enfermería es identificar las barreras que afectan la adherencia. Esto puede implicar un análisis detallado de las dificultades que enfrenta el paciente para seguir el régimen de tratamiento,

como efectos secundarios de la medicación, falta de comprensión o acceso limitado a los recursos necesarios (34). Las enfermeras, mediante intervenciones como entrevistas, análisis de historial médico o evaluaciones continuas, ayudan a reconocer estas barreras y trabajan con el paciente para encontrar soluciones viables.

La colaboración interdisciplinaria es otro aspecto relevante. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud permite a las enfermeras abordar de manera integral los desafíos relacionados con la adherencia, asegurando que el paciente reciba un apoyo completo y coordinado (2) La adherencia a la medicación no es un proceso que se logre de manera estática; requiere un seguimiento continuo. La enfermera juega un papel clave en el monitoreo constante del estado del paciente, evaluando su compromiso con el tratamiento y ajustando las intervenciones según sea necesario. Esta evaluación regular es vital para garantizar que el paciente no solo comience el tratamiento, sino que lo mantenga a largo plazo, lo cual es crucial para el éxito de cualquier plan terapéutico (34).

Las actividades de enfermería, según la Taxonomía NANDA, incluyen acciones que previenen o resuelven problemas de adherencia relacionados con medicamentos, ejercicios y factores personales. Algunas de estas acciones incluyen: ayudar al paciente a reconocer los beneficios de adherirse al tratamiento (NSE 1.6), preguntar sobre sus objetivos y planes de adherencia (NSE 1.7), elegir un método adecuado de dosificación (NSE 6.3), educar sobre cuándo y cómo pedir ayuda (NSE 10.1) y establecer recordatorios para la toma de medicamentos (NSE 10.2) (35).

7. Dilemas éticos

En el día a día de la enfermería, los profesionales enfrentan dilemas éticos debido al constante contacto con los pacientes y las interacciones regulares con los compañeros de trabajo. Esta profesión se basa en principios de ayuda y solidaridad, ofreciendo cuidados a las personas en todas las etapas de la vida, incluyendo momentos de salud, enfermedad, o fases críticas como la enfermedad crónica o terminal. Los pilares éticos en la enfermería, como la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia, son fundamentales para guiar la práctica de los cuidados. Estos principios no se limitan solo al entorno asistencial, sino que también son esenciales en situaciones emergentes, donde las decisiones deben tomarse de manera precisa y adaptada a cada caso (10).

La seguridad del paciente es un desafío crucial para los sistemas de salud modernos, debido al impacto de los eventos adversos. El riesgo es inherente a la atención médica, dado que los errores, vinculados al factor humano, son inevitables. Por ejemplo, en pediatría, los errores de medicación son especialmente preocupantes debido a sus implicaciones en la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la responsabilidad profesional. La creciente complejidad de las intervenciones y el uso de procedimientos más invasivos aumentan exponencialmente el riesgo de eventos adversos. Estos eventos, cuando son causados por errores, pueden preverse y prevenirse mediante estrategias adecuadas de gestión de riesgos (32).

Es deber de las enfermeras velar por su propia integridad, la integridad de su profesión y el bienestar de sus pacientes, manteniendo altos estándares éticos. Muchas instituciones cuentan con comités de ética para abordar

cuestiones morales. Todas las enfermeras, sin importar su nivel de experiencia, deben participar en la reflexión ética dentro de su área de especialización. Es esencial defender la atención y los derechos de los pacientes, así como mantener prácticas éticas (33).

Diversos estudios han demostrado que la práctica en la preparación y administración de fármacos presenta importantes fragilidades que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente pediátrico. Un estudio, por ejemplo, reveló significativas debilidades en estos procesos, lo que subraya la necesidad de que el equipo de salud reflexione sobre estos hallazgos. Es crucial implementar cambios en la conducta y estrategias de seguridad para prevenir errores y, en consecuencia, mejorar la seguridad de los pacientes (34).

Los avances tecnológicos y farmacéuticos han convertido la preparación y administración de medicamentos en una tarea estresante y propensa a errores para el personal de enfermería. A pesar de recibir formación sobre los 10 pasos correctos para una administración segura, los errores pueden ocurrir en cualquier institución sanitaria y, en muchos casos, son prevenibles. Estos fallos, que pueden surgir en cualquier fase de la cadena terapéutica, tienen un impacto negativo asociado al temor a sanciones. Este problema se ve agravado por la falta de evidencia científica y el subregistro de errores debido al miedo a ser acusados de negligencia. Es esencial que el personal de enfermería mantenga un alto nivel de excelencia para garantizar una atención de calidad, que siempre se mide por la satisfacción del paciente, su familia y la comunidad. Como dijo Lessing: "Muchos se equivocan por miedo a equivocarse" (35).

La enfermería lleva a cabo sus responsabilidades profesionales con un enfoque en la calidad, eficiencia, eficacia, equidad y respeto hacia los individuos, aplicando valores éticos y morales en todas las intervenciones para mejorar la salud y calidad de vida de la población. La bioética es un componente intrínseco y explícito en la práctica enfermera, garantizando que las acciones se guíen por principios y valores morales esenciales al momento de tomar decisiones (36).

En las últimas décadas, el consentimiento informado (CI) ha sido reconocido como un derecho fundamental que garantiza la autonomía del paciente y la prioridad de sus decisiones. El CI implica que el paciente, tras recibir una explicación detallada sobre su enfermedad, las intervenciones médicas posibles y sus riesgos y beneficios, elija libre y conscientemente aceptar un tratamiento. Sin embargo, esto no permite a los pacientes exigir cualquier intervención al médico, ya que estos no deben realizar procedimientos dañinos o innecesarios. El profesional de la salud debe informar al paciente o a su representante y obtener su consentimiento, que generalmente será verbal y registrado en la historia clínica, o por escrito cuando lo requiera la normativa de la institución (37).

Por tanto, antes de desarrollar cualquier estrategia para abordar el problema de la falta de adherencia, es fundamental analizar a fondo la esencia del conflicto, interpretándolo y comunicándolo en todas sus dimensiones simbólicas. Solo después de haber obtenido una comprensión detallada y completa del fenómeno, será posible llevar a cabo una intervención efectiva(13). Es crucial que estas estrategias consideren no sólo los aspectos biológicos y psicológicos del paciente, sino también su contexto social y

cultural. De esta manera, se pueden diseñar intervenciones que no solo fomenten la adherencia, sino que también promuevan el empoderamiento del paciente, mejoren su capacidad para tomar decisiones informadas y fortalezcan su compromiso con el tratamiento a largo plazo.

Referencias Bibliográficas

1. Farmaindustria. Plan de adherencia al tratamiento. 2017. Available from: https://www.farmaindustria.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf?v=2017
2. Ortega Cerda J, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda O, Ortega Legaspi J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles. 2018;16(3):226–32. Available from: https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf
3. Mendoza Reyes R. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Rev Med Ética. 2021;32(4):897–945. Available from: https://www.scielo.org.mx/pdf/mye/v32n4/2594-2166-mye-32-04-897.pdf
4. Conthe P, Márquez E, Aliaga A, Barragán B, Fernández M, González M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp*. 2014;214(6):336–44. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-S0014256514001271
5. Padilla V, Morales V. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Rev Cient Dominio las Ciencias* [Internet]. 2020;6(4):68–80. Available from: http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2204
6. Pfizer. III Foro Diálogo Pfizer - Pacientes. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. In: *Diálogos*

Pfizer. 2009. p. 1–231. Available from: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf

7. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. Aten Primaria. 2009;41(6):342–8. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001504
8. Espinoza Freire E, Calva Nagua D. La ética en investigaciones educativas. *Rev Científica Univ Cienfuegos*. 2020;12(4):333–40. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000400333&lng=es
9. Martínez-Granados F. La adherencia farmacoterapéutica: de la obediencia al conocimiento, la ética y la cultura. Rev Contextos- *Rev Contextos Antropol Investig Soc*. 2021;1(9):1–18. Available from: https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/36587/36290
10. Consejo Internacional de Enfermería. Código de ética del CIE para enfermeras. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2021. p. 28. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_sp.pdf
11. Blasco León M, Ortiz L. Ética y valores en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(2):145–9. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162l.pdf
12. Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2011. p. 35–54. Disponible en:

https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4822/libro_principios_de_etica.pdf

13. Matesanz Santiago M. Pasado, presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):243–60. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13139761
14. Busquets M. Descubriendo la importancia ética del cuidado. *Folia Humanística*. 2019 [citado 2025 jun 4];(12):20–39. Disponible en: https://revista.proeditio.com/foliahumanistica/article/view/1290/2227
15. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética Del Cuidado Y Cuidado De Enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2021;10(1):03–17. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100003
16. Blight KJ. Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe. Vol. 30, Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe. 2015. 230–234 p. Available from: https://books.google.com/books/about/Public_Health_Ethics_Cases_Spanning_the.html?id=Lnb1sgEACAAJ&pgis=1
17. Mir Tubau J, Busquets Alibés E. Principios de ética Biomédica, de Tom L. Beuachamp y James F. Childress. Bioética & Debat. 2011;17(64):1–7.
18. Moya A. Ética En La Prescripción. Inf Ter del Sist Nac Salud. 2011;35(2):57–63. Available from: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4102064
19. Escobar Triana J. Riqueza de principios en bioética. Bioética, Rev Colomb Bioética. 2011;6(2):128–38. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/1892/189222558009.pdf

20. Siruana J. Ética De Las Decisiones Clínicas Ante Pacientes Incapaces. Verit Rev Filos y Teol. 2006;1(15):223–44. Available from: http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=291122947002
21. Borges Garcia T, Garcia Aguilar Y, Leyva Cruz Y, Perez de Corcho Martinez M. Conocimientos sobre la aplicación de los principios de la Bioética en Licenciados en Enfermería. Edumecentro. 2021;13(3):237–52. Available from: https://drive.google.com/file/d/1lTiQiY7bE3AHk2nsRaFbZgXg1VRryCS6/view
22. Cheraghi R, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Hassankhani H, Jafarzadeh A. Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nurs* [Internet]. 2023 [citado 2025 jun 4];22(1):1–9. Disponible en: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01246-4
23. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An Med Interna. 2001;18(12):650–4. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n12/humanidad.pdf
24. Martínez G, Pérez NR. Implicaciones éticas y jurídicas de los procedimientos invasivos en cardiología. Rev Cuba Med Mil. 2012;41(3):302–16. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n3/mil10312.pdf
25. Ninsaúde. Explorando los Principios de la No Maleficencia. 2024. Available from: https://espanol.apolo.app/explorando-los-principios-de-la-no-maleficencia/
26. Aldana de Becerra G, Tovar Riveros B, Vargas Y, Joya Ramírez N. Formación bioética en enfermería desde la perspectiva de los docentes.

Rev Latinoam Bioética. 2021;20(2):121–41. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v20n2/2462-859X-rlb-20-02-121.pdf

27. Paulín García C, Gallegos-Torres R. the Role of the Nurse in Health Education. Horiz Enferm. 2019;30(3):71–85.
28. Puntunet Bates M, Domínguez Bautista A. La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. Rev Mex Enfer Cardiológica. 2008;16(3):115–7. Available from: www.medigraphic.com
29. Grupo Paradigma. El autocuidado en Enfermería del paciente según Dorothea Orem. Vol. 23, Diario Independiente de Contenido Enfermero. 2019. p. 814–25. Available from: https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html/
30. Naranjo Hernández Y, Concepción, Pacheco J, Rodríguez Larreynaga M. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirituana. 2017;19(3). Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf
31. Díaz Fernandez J, Velásquez Gutierrez V, Galvis Palacios L. Adherencia terapéutica : una experiencia de cuidado cultural a. En: Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud 2016 [Internet]. 2018. p. 133–42. Available from: https://www.researchgate.net/publication/329782373%0AAdherencia
32. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: Resumen ejecutivo. 2022. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357180/9789240052253-spa.pdf.

33. Pisano M, González A. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. Enferm Clín. 2014 Jan;24(1):59–66.
34. Luiz Cornejo A, Sandoval Alverar C, Pozo Chuquín B, Vera L, García Espinoza A, Sanmartín Arévalo K, et al. El rol de la comunicación enfermera-paciente en la adherencia a los regímenes de tratamiento. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 2024;8(5). Available from: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14414/20607
35. Yang C, Lee D, Wang X, Chair SY. Effects of a nurse-led medication self-management intervention on medication adherence and health outcomes in older people with multimorbidity: A randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. 2022 Oct;134. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104314.

CAPÍTULO V

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN ENFERMERÍA

PARA FOMENTAR LA ADHERENCIA



1. Introducción

La educación terapéutica para fomentar la adherencia a la medicación en pacientes con trastornos mentales y sus cuidadores está constituida por programas educativos que contienen estrategias de formación diseñadas para proporcionar conocimientos, habilidades y herramientas que faciliten el cumplimiento del tratamiento. En este sentido, la enfermería brinda programas de educación que promueven la concienciación, teniendo como objetivo instruir a la población. Estos programas desempeñan un papel vital en la salud pública al empoderar a las personas para que asuman la responsabilidad de su propia salud y bienestar (1).

Las características principales de los programas educativos incluyen la identificación de los factores de riesgo para la no adherencia al tratamiento de los trastornos mentales, el desarrollo e implementación de estrategias de promoción y la evaluación de la eficacia de estos programas. Además, los programas de educación pueden adaptarse a poblaciones específicas y áreas de necesidad de las personas (2).

Bajo este contexto, los programas educativos están específicamente diseñados para proporcionar información precisa sobre la enfermedad mental a los pacientes y sus cuidadores, con el propósito de mejorar su comprensión de la enfermedad mental y permitir un manejo más eficaz de sus consecuencias y la adherencia al tratamiento (3).

Por lo cual, esta modalidad de educación ayuda a las personas que padecen trastornos mentales, así como a sus familias, a comprender mejor la naturaleza de sus trastornos y brindar herramientas útiles para su manejo.

Abordando la necesidad de que quienes padecen estos trastornos adquieran más información sobre la adherencia al tratamiento. De esta manera, se proporciona una sensación de comprensión y control sobre la situación.

Porque, desde la enfermería es primordial poseer una variedad de habilidades para ser educadores eficaces para los pacientes y su familia, junto con comportamientos como la accesibilidad, la confiabilidad y la flexibilidad que son necesarios para establecer confianza y desarrollar relaciones de calidad con los pacientes y sus familias (4).

Además, los profesionales de enfermería tienen los conocimientos específicos del tema que se va a enseñar lo que permite presentar información y gestionar discusiones con preguntas y el dominio de las otras habilidades que pueden manifestarse a través de la excelencia y la claridad en la comunicación.

En este capítulo se detalla sobre el diseño de programas educativos para pacientes y cuidadores para la adherencia al tratamiento de trastornos mentales. Conjuntamente, se expone acerca del desarrollo de habilidades de autocuidado en los pacientes. Debido a que este proceso educativo es crucial para empoderar a los pacientes y sus cuidadores para que comprendan sobre la importancia de la adherencia al tratamiento. Al educar de manera competente, el personal de enfermería capacita a los pacientes para que comprendan sus tratamientos y participen activamente en su bienestar, lo que conduce a resultados de salud más favorables.

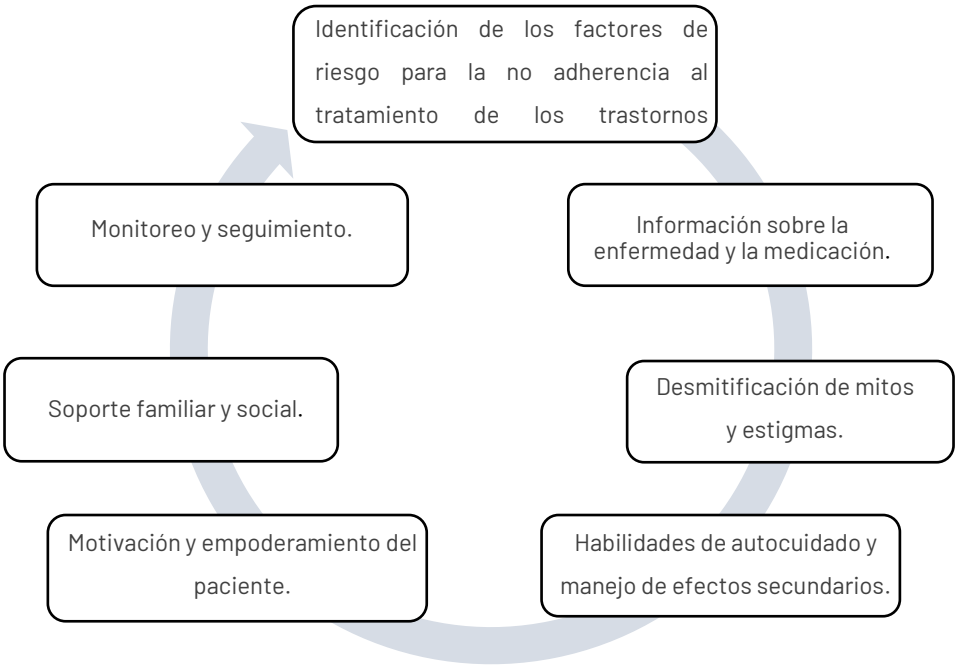
1.1 Diseño de programas educativos para pacientes y cuidadores.

La adherencia a la medicación de los pacientes con trastornos mentales es un tema complejo determinado por una multitud de factores, como el efecto del tratamiento, la percepción del paciente, las actitudes hacia la medicación, el apoyo financiero y emocional de los miembros de la familia, la situación de los ingresos, los efectos secundarios, el contexto cultural, el nivel de alianza terapéutica con los terapeutas y el entorno de cuidados posteriores después del alta (5).

En este sentido, las enfermeras desempeñan un papel fundamental a la hora de desarrollar programas educativos para pacientes y cuidadores que permitan explicar las opciones de tratamiento y la importancia de la adherencia a la mediación a los pacientes y sus cuidadores, asegurándose de que estén bien informados y puedan participar activamente en su propia atención.

Ilustración 1

Componentes clave de los programas educativos para pacientes y cuidadores



Fuente: Ghatwal y Jangid (2)

Este proceso implica una comunicación clara de los posibles beneficios, riesgos y alternativas de los distintos tratamientos. Además, las enfermeras son expertas en traducir información médica compleja a términos comprensibles para los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias individuales.

1.1.1 Programas de psicoeducación

Los programas de psicoeducación imparten información para ampliar el conocimiento de los pacientes y las familias sobre los trastornos mentales,

los tratamientos, la defensa y las herramientas que apoyan la atención autodirigida y el funcionamiento adaptativo. Además, ofrecen información sobre diagnósticos, síntomas asociados, habilidades de afrontamiento, relaciones interpersonales, opciones de estilo de vida y habilidades de resolución de problemas (6).

Según Pérez y Vega (7) el propósito de la psicoeducación incluye:

- La transferencia de información, es crucial en la atención médica, lo que implica que pacientes, familias y cuidadores adquieran conocimientos sobre sintomatología, causas y tratamientos.
- La descarga emocional, se facilita cuando los pacientes y sus familias expresan abiertamente sus frustraciones durante las sesiones terapéuticas, o cuando comparten sus experiencias con otros individuos que enfrentan situaciones similares.
- Apoyo a una medicación u otro tratamiento, a medida que aumenta la cooperación entre el profesional y el paciente y disminuyen los problemas de adherencia y cumplimiento.
- Asistencia para la autoayuda, es decir, formación en aspectos como el reconocimiento rápido de situaciones de crisis y el conocimiento de qué pasos se deben seguir.

La psicoeducación presentada en un formato grupal tiene el beneficio adicional de la universalidad, donde los participantes aprenden que no están solos en sus experiencias a través de la validación de otros y pueden obtener un mayor sentido de autoaceptación. Los factores terapéuticos adicionales de la psicoeducación grupal incluyen el altruismo, el modelado y la mejora de las conductas prosociales (8).

Por lo tanto, los programas de psicoeducación son un activo para la provisión de planes de tratamiento psiquiátrico para todos los pacientes que luchan con trastornos de salud mental. Las enfermeras han implementado la psicoeducación durante los últimos 20 años y están bien posicionadas para facilitar grupos de psicoeducación, ya que poseen un sólido conocimiento de la enfermedad, el bienestar, la promoción de la salud y el tratamiento y mantenimiento de la enfermedad. También, mejora los resultados de salud mental, proporcionando a las personas conocimientos y las herramientas necesarias, a su vez reduce el estigma y fomenta la conciencia dentro de la comunidad.

Los tipos más comunes de psicoeducación desde la perspectiva de Agudelo et al. (5) son:

Individual: incluye trabajo individual con los pacientes y el profesional de enfermería. Los participantes pueden recibir educación personalizada y habilidades de afrontamiento adaptadas a sus síntomas y necesidades específicas.

Grupo: La psicoeducación grupal incluye grupos de apoyo, talleres y grupos de terapia psicoeducativa. El beneficio de este tipo de psicoeducación es que los participantes pueden recibir una gran cantidad de información mientras aprenden y se apoyan mutuamente durante el proceso.

Familia: La psicoeducación familiar es una opción cuando las familias se ven afectadas por problemas de salud mental o cuando la educación familiar puede ayudar a los miembros a brindar apoyo adicional. La psicoeducación

familiar es un enfoque colaborativo que puede mejorar los resultados para el individuo, así como las relaciones dentro de la familia.

1.1.2 Programas basados en el apoyo entre pares

Para mantener los resultados positivos del tratamiento y minimizar el riesgo de una recaída, es importante que los pacientes con trastornos mentales, sigan tomando sus medicamentos de forma continua a largo plazo. El apoyo entre pares ayuda reforzando las recomendaciones de los médicos y brindando apoyo continuo en torno a la educación, el acceso a la atención, la adherencia, los desafíos psicosociales y la asistencia con el mantenimiento diario general. Los programas de apoyo entre pares utilizan a los pares como recursos para motivar conductas de salud constructivas y brindar la educación necesaria a los pacientes (9).

El objetivo de un programa de apoyo entre pares es ofrecer un resultado más positivo para la salud del paciente. Estos resultados se logran mediante intervenciones que dependen de los pares de la comunidad en lugar de profesionales capacitados para abordar los desafíos diarios de los trastornos mentales. La comprensión es más simple del apoyo entre pares en la atención médica es cuando los pares, personas que comparten experiencias o antecedentes similares, se convierten en grandes fuentes de apoyo mutuo para enfrentar un trastorno mental.

Los pacientes al participar en programas de apoyo entre pares expresan experiencias positivas en la comunicación con los médicos y tienden a mostrar mayores niveles de satisfacción con la atención médica. Esta satisfacción a menudo conduce a una mayor disposición a proporcionar

información relevante que es crucial para el diagnóstico preciso de problemas, la adherencia al consejo médico y el cumplimiento de los tratamientos prescritos (10).

Sumado a ello, una forma clave en la que el apoyo entre pares mejora los resultados del tratamiento es promoviendo la participación y la retención. Muchos pacientes han abandonado el tratamiento prematuramente debido a diversas razones, como la falta de motivación, sentimientos de aislamiento o una sensación de desconexión del proceso de tratamiento.

Por otro lado, el apoyo entre pares aborda estas barreras al brindarles a las personas un sentido de pertenencia, motivación y responsabilidad. Al fomentar una comunidad de apoyo, es más probable que las personas sigan participando en el tratamiento y completen el camino hacia la recuperación. Ya sea en forma individual o en grupo, el apoyo entre pares alienta a ser más responsable de los objetivos de recuperación. Además, los pares, que han experimentado luchas y triunfos similares, pueden ofrecer empatía, orientación y esperanza (11).

Al mismo tiempo, el apoyo entre pares también desempeña un papel fundamental en la reducción del riesgo de recaída. La recaída es un fenómeno común en la recuperación de una adicción y el riesgo puede ser especialmente alto durante las primeras etapas de la terapia antirretroviral. Los pares que han superado con éxito desafíos similares pueden ofrecer ideas, estrategias y aliento para ayudar a las personas a seguir por el buen camino (12). Al compartir sus propias experiencias de recaída y recuperación, los pares pueden infundir esperanza y proporcionar orientación sobre cómo gestionar eficazmente los factores desencadenantes y los contratiempos.

Además, el apoyo entre pares ayuda a las personas a desarrollar y fortalecer mecanismos esenciales de afrontamiento. Los pares pueden compartir estrategias prácticas para controlar el estrés y superar obstáculos. Al aprender de las experiencias de los demás, las personas que participan en los programas entre pares pueden adquirir nuevas habilidades, desarrollar resiliencia y desarrollar un sentido de autoeficacia en la capacidad para superar los desafíos.

1.1.3 Programas cognitivo-conductuales para la adherencia

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico a corto plazo, orientado a objetivos, que se fundamenta en la idea que los pensamientos causan sentimientos y, en consecuencia, comportamientos. Está diseñada para promover la adherencia médica. El componente de terapia conductual presta mucha atención a la relación entre nuestros problemas, nuestro comportamiento y nuestros pensamientos (13).

Por lo cual, es un enfoque psicoterapéutico que se basa en la afirmación que tanto los pensamientos, emociones y comportamientos están relacionados entre sí, y que al cambiar los patrones de pensamientos que son negativos, conduce a mejoras en el comportamiento y el bienestar emocional.

Sumado a ello, la TCC se basa en la teoría de que los acontecimientos no perturban a una persona, sino los significados dados a los pensamientos sobre el acontecimiento, que puede bloquear comportamientos como la toma de medicamentos. Si los pensamientos son demasiado negativos, pueden impedir la adopción de medidas, ya que el paciente continúa

reteniendo, vuelve a los viejos pensamientos y no aprende nuevos comportamientos (14).

En la primera sesión, se obtienen de las pacientes creencias sobre la patología y el tratamiento y se presta gran atención a las cogniciones relacionadas con el régimen de tratamiento específico de cada paciente. Posteriormente, se emplean técnicas de reestructuración cognitiva para desafiar las cogniciones desadaptativas. También, se emplean estrategias conductuales y enfoques de resolución de problemas para apoyar la adherencia exitosa (15).

Cabe recalcar que los enfoques como la terapia cognitiva conductual permiten a los pacientes tomar conciencia de los signos y síntomas y transformar las conductas negativas en conductas de afrontamiento cognitivas adaptativas. Considerando que los programas cognitivo-conductuales mejoran la adherencia a la medicación al permitir a los pacientes identificar sus creencias y dudas sobre el tratamiento, reestructurar sus capacidades cognitivas, descubrir sus pensamientos automáticos y desarrollar habilidades de pensamiento alternativo frente a ellos y practicar el manejo de sus medicamentos.

1.1.4 Programas tecnológicos e intervenciones digitales

Las tecnologías de adherencia digital encajan en el panorama más amplio de las tecnologías de la información y están destinadas a ayudar a mejorar la comunicación entre los pacientes con trastornos mentales y los trabajadores de la salud. En este sentido, el uso de los mensajes es una función estándar incorporada en todos los tipos de teléfonos móviles del mundo y, por lo

general, son económicos y fáciles de usar. Por lo tanto, se utilizan ampliamente para comunicarse con pacientes ambulatorios (16).

Los mensajes pueden proporcionar recordatorios regulares y automáticos a los pacientes para que tomen sus medicamentos, pueden proporcionar información relacionada con su salud o condición (unidireccional) o brindar oportunidades para interactuar también (bidireccional) (17).

También, se podrían utilizar los mensajes cuando hay menos necesidad de ver al paciente cara a cara, pero aún existe la necesidad de comunicarse con el paciente en caso de que exista alguna inquietud, como durante la fase de continuación del tratamiento o cuando un paciente ha estado en tratamiento estable durante mucho tiempo sin ningún problema (18).

Al mismo tiempo, estudios actuales han reportado que los dispositivos de seguimiento de eventos para el apoyo a la medicación (EMM) tienen como objetivo proporcionar una mayor flexibilidad al paciente en el seguimiento del tratamiento; ayudar a los pacientes con recordatorios e instrucciones de dosificación y recarga; y recopilar historiales de dosificación específicos del paciente para permitir el asesoramiento y la atención diferenciada (19).

Las cajas EMM consisten en dispositivos electrónicos automatizados que registran e informan al proveedor de atención médica sobre la regularidad con la que se abre un envase de medicamento. Los dispositivos registraban el uso en el propio envase, pero los teléfonos móviles ahora permiten enviar recordatorios y alertas al paciente al cuidador cuando las cajas de medicamentos permanecen sin abrir durante un día o más.

Varios avances tecnológicos con EMM, como requerir que los pacientes marquen (a números gratuitos) los códigos revelados cuando se abren diariamente los blisters de medicamentos, se pueden utilizar para verificar la adherencia.

1.1.5 Programas de entrenamiento para cuidadores

Para promover la adherencia a la medicación, los cuidadores primarios deben asumir la responsabilidad de garantizar que sus pacientes tomen la medicación en la dosis, vía y horarios adecuados. Asimismo, el fortalecimiento del rol del cuidador contribuye a la autonomía del paciente y a una mayor estabilidad en su estado de salud mental (20).

Por lo tanto, se sabe que los cuidadores están en primera línea para mejorar la adherencia a la medicación. Desempeñando un papel importante en la evaluación de los factores de la falta de adherencia y en la prestación de la atención adecuada y una recuperación temprana. Por lo tanto, los cuidadores deben recibir formación de profesionales sanitarios para desarrollar conocimientos y habilidades que les permitan tratar al paciente de forma eficaz.

En este marco de referencia, el entrenamiento de los cuidadores es una estrategia clave para garantizar la continuidad y efectividad del tratamiento en pacientes con trastornos mentales (21). Estos programas proporcionan herramientas para la comprensión de la enfermedad, el manejo de la medicación, la identificación de signos de alerta y el desarrollo de habilidades comunicativas. Además, permiten a los cuidadores gestionar el estrés y

evitar el agotamiento emocional, lo que repercute positivamente tanto en ellos como en los pacientes (22).

Los programas de entrenamiento para cuidadores suelen incluir los siguientes componentes:

- Psicoeducación que proporciona información sobre la naturaleza del trastorno mental, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, y la importancia de la adherencia terapéutica.
- Técnicas de comunicación enseñan estrategias para mejorar la interacción con el paciente, fomentar la motivación y reforzar el comportamiento positivo.
- Manejo de crisis capacitan a los cuidadores en la identificación y manejo de situaciones críticas, reduciendo el riesgo de recaídas y hospitalizaciones.
- El autocuidado del cuidador promueve estrategias para reducir el estrés y prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Seguimiento y evaluación permiten la medición del impacto del entrenamiento a través de la evolución del paciente y la retroalimentación del cuidador.

1.1.6 Programas comunitarios de intervención

Las intervenciones de adherencia a la medicación son complejas porque con frecuencia implican un monitoreo continuo de subpoblaciones no adherentes, la necesidad de adaptar los enfoques en función de las diversas barreras de los pacientes y la colaboración continua entre los proveedores de atención médica. En este sentido, las intervenciones comunitarias se

refieren a programas e iniciativas que tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar de grupos de población específicos dentro de una comunidad local definida (23).

Estas intervenciones suelen tener múltiples componentes, es decir, emplean múltiples estrategias y tácticas para alcanzar sus objetivos. Pueden incluir estrategias a nivel individual, como la educación y el asesoramiento, así como estrategias a nivel ambiental, como cambios de políticas y movilización comunitaria. Por lo cual, el objetivo de las intervenciones comunitarias es prevenir disfunciones y promover el bienestar entre la población objetivo (24).

Las estrategias implementadas en estos programas pueden incluir talleres psicoeducativos, capacitación a cuidadores, grupos de apoyo, seguimiento personalizado y el fortalecimiento de redes comunitarias de salud. Estas intervenciones permiten que los pacientes desarrollen habilidades de autogestión y que las familias adquieran herramientas para brindar apoyo efectivo.

1.2 Desarrollo de habilidades de autocuidado en pacientes

Las habilidades de autocuidado en pacientes con trastornos mentales implican tomar medidas para cuidar y mejorar el propio bienestar. El tratamiento suele implicar medicación y terapia. Sin embargo, existen varias técnicas que una persona con trastornos mentales puede utilizar para ayudar a mejorar su salud mental que no requieren intervención profesional (25).

Las técnicas de autocuidado y los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a controlar los síntomas que se dan en los problemas de salud mental.

También pueden ayudar a prevenir que algunos problemas se desarrollen o empeoren. Esto puede incluir herramientas de aprendizaje que ayuden a afrontar la angustia emocional, aumentar la autoconciencia o implementar rutinas saludables. Muchas de estas técnicas benefician tanto la salud física como la mental, ya que una suele afectar a la otra. Por ello, el autocuidado de la salud física también forma parte del autocuidado de la salud mental.

1.2.1 Técnicas de autoayuda

Conocer más sobre la condición de salud que posee el paciente

A muchas personas les resulta útil aprender más sobre su estado de salud mental. Esto puede aumentar la comprensión y aceptación de los síntomas que se está experimentando y ayudar al paciente a explicar su condición a sus seres queridos. Además, esto puede ayudar al paciente a encontrar técnicas de autoayuda útiles, comprender cómo funcionan los diferentes tratamientos y aprender a controlar su condición. De manera similar, puede ser útil aprender cómo le afecta al paciente su condición para poder detectar los desencadenantes, las señales de advertencia y utilizar estrategias para intervenir (26).

Relajación

Existen muchos tipos diferentes de ejercicios de relajación. Por lo general, estos ejercicios ayudan al paciente con trastornos mentales a concentrarse en la respiración o en las sensaciones corporales para ayudarlo a sentirse más tranquilo y más consciente del momento presente. Esto podría incluir pasar tiempo con una mascota, darse un baño o escuchar música.

Ejercicios de respiración

Otra de estas técnicas de relajación son los ejercicios de respiración. Las investigaciones demuestran que estos ejercicios pueden ser muy eficaces para muchas afecciones, especialmente los trastornos de ansiedad. Se trata de inhalar y exhalar profundamente y de forma lenta (10). A algunas personas les resulta útil contar mientras respiran, por ejemplo:

- Inhalar mientras cuenta hasta 5.
- Mantener la posición mientras se cuenta hasta 3
- Soltar la respiración contando hasta 7.

Los ejercicios de respiración pueden ayudar a reducir los síntomas físicos, como taquicardia, aumento del pulso y temblores, y reducir los sentimientos de estrés, ansiedad y miedo.

Ejercicio

Hacer ejercicio con regularidad puede ser muy beneficioso para la salud mental y, al mismo tiempo, mejorar la condición física. Puede tratarse de actividades individuales o en grupo, desde ejercicios suaves hasta intensos, por ejemplo, salir a caminar, nadar, correr o jugar al fútbol (27). Es importante encontrar una actividad que le guste al paciente para no perder el interés ni que se desanime. También los pacientes pueden practicar distintos tipos de ejercicio. Intentar hacer unos 30 minutos de ejercicio al día. Esto puede mejorar el estado de ánimo y la autoestima, y también puede brindar oportunidades sociales.

Actividades sociales

Las personas que padecen problemas de salud mental se vuelven socialmente retraídas y aisladas, lo que puede empeorar síntomas como la depresión y la ansiedad y afectar negativamente la autoestima. Es importante formar y mantener un sistema de apoyo con amigos y familiares que puedan estar ahí para ayudar al paciente con las dificultades emocionales o prácticas (7). Hablar con otras personas sobre las experiencias y preocupaciones también suele ser beneficioso, ya que esto puede reducir la angustia emocional y ayudarlo a sentirse apoyado. Además, pasar tiempo con los seres queridos y participar en actividades agradables puede ayudar a mejorar el estado de ánimo y mejorar la autoestima, valor propio y sentido de pertenencia.

Pasatiempos

De la misma manera, es importante tener pasatiempos y actividades que el paciente disfrute. Esto puede brindar un sentido de propósito, una forma de relajarse y distenderse, y algo que esperar con ilusión fuera del trabajo u otras responsabilidades (6). Los pasatiempos pueden ser actividades sociales o algo que hacer solo, por ejemplo, jugar o practicar deportes con amigos, o pasar tiempo leyendo, pintando o aprendiendo nuevas habilidades de forma independiente.

Aceptación y replanteamiento

Aprender a aceptar la propia enfermedad puede ser un paso positivo para controlar los síntomas. En lugar de intentar luchar contra la enfermedad,

puede ser útil aceptar que estos síntomas aparecerán, reconocerlos y controlarlos con estrategias positivas (4). Esto puede implicar un replanteamiento cognitivo, reconocer y desafiar los pensamientos dañinos. Al notar los pensamientos negativos cuando surgen, el paciente podrá cuestionar su validez e intentar replantearlos utilizando la lógica y la comprensión para encontrar una perspectiva más positiva.

1.2.2 Dieta

Llevar una dieta saludable y nutritiva contribuye al bienestar de la salud mental y física. Asimismo, estudios han demostrado que ciertos alimentos afectan negativamente al funcionamiento cerebral y a la salud mental. Por ejemplo, las dietas ricas en pescado, frutas, verduras y alimentos no procesados reducen significativamente el riesgo de depresión y ansiedad, mejoran la salud física y aumentan los niveles de energía (28).

Por el contrario, se ha descubierto que las dietas ricas en alimentos procesados, grasas y azúcares refinados perjudican el funcionamiento cerebral y la salud física y aumentan la probabilidad de trastornos del estado de ánimo como la depresión. La mayor parte de la dieta debe incluir alimentos no procesados ricos en vitaminas y minerales.

1.2.3 Higiene del sueño

El sueño es de gran importancia tanto para la salud física como mental, la falta de un sueño de calidad puede tener efectos muy perjudiciales para el bienestar. Lamentablemente, las enfermedades mentales suelen afectar la calidad y las horas del sueño, pero un buen hábito puede ayudar a mejorar el sueño. (29).

Una buena higiene del sueño incluye:

- Acostarse y despertarse a la misma hora todos los días.
- Hacer ejercicio durante el día.
- Evitar la cafeína antes de acostarse.
- Evitar las pantallas antes de acostarse.
- Relajarse antes de acostarse, como leer o tomar un baño.
- Dormir en una habitación oscura y tranquila.

1.2.4 Evitar sustancias

Si bien es común que las personas con enfermedades mentales recurran al alcohol y las drogas como mecanismo de defensa, estas sustancias suelen ser muy perjudiciales para la salud mental y pueden empeorar los síntomas (30). Además, las sustancias pueden empeorar el sueño, disminuir los efectos de los medicamentos y aumentar el riesgo de lesiones accidentales. Por ello, es recomendable evitar o reducir el consumo de alcohol y drogas.

Conclusión

Las enfermeras desempeñan un papel importante en los programas de mejora para la adherencia al tratamiento de trastornos mentales proporcionando educación, capacitación y herramientas de salud para el paciente. Por lo cual, las intervenciones educativas deben contemplar una alianza entre enfermera paciente y cuidadores, que permita compartir conocimientos, para que acepten su nueva condición de salud, mejoren sus capacidades adaptativas en la solución de problemas, así como su potencial, proporcionando una mejora en las habilidades para el automanejo de los trastornos mentales.

Además, una metodología estandarizada específica y un enfoque de evaluación para la educación terapéutica de pacientes pueden reducir la sintomatología, prevenir efectos secundarios, maximizar los resultados de salud y afectar positivamente la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales.

Es importante que las acciones de educación puedan realizarse en grupo (siempre que sea posible), promoviendo la aceptación y consecuentemente la adaptación de estos pacientes a su problema de salud. El apoyo entre pares, con las mismas dificultades, fomentando el intercambio de experiencias y el desarrollo de conductas y habilidades que mejoren su bienestar.

Cabe recalcar que la adherencia a los medicamentos en aquellos pacientes con trastornos mentales es un desafío. En este sentido, la educación puede mejorar la adherencia, porque la educación del paciente, cuando se utiliza de manera eficaz, puede maximizar los resultados de salud y afectar positivamente la calidad de vida.

Referencias Bibliográficas

1. Martínez López A, González Cuello AM, Roldán Chicano MT, Cervantes Marín C, Conesa Morales AM, Riquelme Hurtado MJ. Intervenciones de enfermería psicoeducativas presenciales y on-line, para el manejo de la ansiedad: revisión integradora de la literatura. Enferm Glob. 2022 Oct;21(68):531-546. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/503401
2. Ghatwal H, Jangid P. Efecto de la evaluación dirigida por enfermeras y la psicoeducación breve para mejorar la adherencia a los medicamentos antipsicóticos entre pacientes con enfermedades mentales. Rev. Salud mental y comportamiento humano 26(1):28-35. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 14. Available from:
3. https://journals.lww.com/mhhb/fulltext/2021/26010/effect_of_nurse_led_screening_linked_brief.5.aspx
4. Díaz L, Cabello R, Medina M, Berenzon G, Robles R, Madrigal E. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. Rev. Salud pública Méx. 62(1): 72-79. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 22. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000100072
5. Alvear M, Sandoval I. Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. Rev.colomb.psiquiatr. 53(2): 192-205.. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192

6. Agudelo F, Plata L, Vélez H, Salazar L. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: un modelo teórico de las barreras de implementación desde el personal de salud en Chocó, Colombia. Rev. Panam Salud Publica. 48(9). 1-9. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 12. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2024.v48/e49/es
7. Tena F. Psicoeducación y salud mental. Rev. SANUM. 4(3) 36-45. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 13. Available from: https://revistacientificasanum.com//wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a5.pdf
8. Pérez M, Vega C. Intervención psicoeducativa y eficacia del autocuidado en cuidadores informales de personas con demencia. Rev. Psicología. 1(2). 27-36.. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 13. Available from: https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2475.
9. Aparicio D. Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 14. Available from: https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2022/03/Ministerio-Sanidad-Estrategia-Salud-Mental-SNS-2022-2026.pdf
10. Cea J. Activismos locos en salud mental: una revisión integrativa. Rev. Salud Colectiva. 19(8). 1-12. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 14. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/scol/2023.v19/e4627/es
11. Espriella R. Toma de decisiones en pacientes psiquiátricos: un estudio cualitativo con grupos focales. Rev.colomb.psiquiatr. 49(4): 231-238.. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 14. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000400231
12. Bernabéu C, Faus M, Lima M, Lima J. Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. Rev. Enferm.

glob. 19(58): 560-590. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 14. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200018

13. Eiroa F, Sánchez C. Implementación de la figura de agente de apoyo entre iguales en salud mental: una perspectiva internacional en el contexto de su implementación en Cataluña. Rev. Salud Colectiva. 4(16).1-22. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 14. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/scol/2023.v19/e4252/es
14. Valdivieso C. Eficácia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática. Rev.colomb.psiquiatr. 52(3): 213-224. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 15. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502023000300213
15. Rincón P, Vázquez C, García F, Rivera C, Bruna B. Psicología positiva y terapia cognitivo conductual.Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 20(1), 44-63.. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 15. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612022000100044
16. Lorenzo J, Alfonzo H, Carrete Z, Hernández L. Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. Rev Ciencias Médicas. 25(6):. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 15. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000600013&lng=es&nrm=iso
17. Rodríguez L, Senín C. Aplicaciones móviles para evaluación e intervención en trastornos emocionales: una revisión sistemática. Rev. Terapia psicológica, 40(1), 131-151. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 15.

Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082022000100131

18. Adu M, Shalaby R, Eboreime E, Sapara A, Nkir N, Chawla R. Text Messaging Versus Email Messaging to Support Patients With Major Depressive Disorder: Protocol for a Randomized Hybrid Type II Effectiveness-Implementation Trial. Rev. JMIR Res Protoc. 13;10(10):e29495.. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 15. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34643541/
19. Simon E, Edwards A, Sajatovic M, Jain N, Montoya J, Levin J. Revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones mediante mensajes de texto para promover la adherencia a la medicación entre personas con enfermedades mentales graves. Rev. Psychiatr Serv. 73(10):1153-1164. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 15. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35959534/
20. Merchant R, Torous J, Rodríguez E, Naslund J. Tecnología digital para la gestión de trastornos mentales graves en países de ingresos bajos y medios. Rev. Curr Opin Psychiatry. 33(5):501-507. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32520747/
21. Gench M, Sawan M, Langford A, Gnjidic D. Herramientas para evaluar la gestión de la medicación para cuidadores de personas con demencia: una revisión sistemática. Rev. Health Expect. 24(5):1570-1581. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34289214/
22. Ipekci B, Thibeau H, Barnard E, Keshavan M, Bye A, Kline E. First episode psychosis caregiver perspectives on motivational interviewing for loved

ones training: A qualitative study. Rev. Early Interv Psychiatry. 8(7):553-560. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38323386/

23. Sawan M, Wennekers D, Sakiris M, Gnjidic D. Intervenciones al alta hospitalaria para orientar a los cuidadores en el manejo de la medicación de personas con demencia: una revisión sistemática. Rev. J Gen Intern Med. 36(5):1371-1379. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33537953/
24. Raymond J, Burke K, Agnew K, Kelly D. Comunidad sensible al bienestar: un objetivo de crecimiento para la promoción intencional de la salud mental. Rev. Front Public Health. 13(11):1271954. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 18. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38152662/
25. Syrnyk M, Glass B. Pharmacist interventions in medication adherence in patients with mental health disorders: a scoping review. Rev. Int J Pharm Pract. 30;31(5):449-458. [Online].; 2023 [cited 2025 febrero 18. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37319335/
26. Muñoz E, Camarelles F, Campo M. Fomento del autocuidado. Rev. Clínica de Medicina de Familia, 17(2). 132-139. [Online].; 2024 [cited 2025 febrero 12. Available from: https://www.redalyc.org/journal/1696/169678741007/html/
27. Mills H, Mulfinger N, Raeder S, Rüsch N, Clements H, Scior K. Intervenciones de autoayuda para reducir el autoestigma en personas con problemas de salud mental: una revisión sistemática de la literatura. Rev. Psychiatry Res. 284:112702. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 19. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31839418/

28. Schuch F, Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. Rev. Trends Psychiatry Psychother. ;43(3):177-184.. [Online].; 2021 [cited 2025 febrero 18. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33890431/

29. Ric L, Cervantes E, Robledo M, Cervantes G, Ramíre S. El rol de la nutrición en la salud mental y los trastornos psiquiátricos: una perspectiva traslacional. Rev. Nutr. Clin. Metab. 5(1):51-60.. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 19. Available from: https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/358/599

30. Cabrera N, Alegría C, Villaquiran A, Jácome S. Salud Mental, hábitos de sueño y nivel de actividad física en estudiantes de medicina en la educación virtual. Rev. CES Med. 36(2): 17-35. [Online].; 2022 [cited 2025 febrero 20. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052022000200017

31. Santos P, Saura P, López C. Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. Anal. Psicología. 36(3): 443-450. [Online].; 2020 [cited 2025 febrero 20. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282020000300009.

CAPÍTULO VI

ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

EN EL ABORDAJE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS



"Siempre es el momento adecuado para hacer lo correcto". Martin Luther King

La atención psiquiátrica plantea desafíos éticos y legales que requieren un equilibrio entre el respeto a los derechos del paciente y la necesidad de garantizar su bienestar y seguridad. La confidencialidad es un pilar fundamental en la relación médico-paciente, pero puede entrar en conflicto con la obligación de proteger a terceros o con la necesidad de intervención en situaciones de riesgo. Asimismo, el consentimiento informado es un derecho esencial que puede verse comprometido cuando la capacidad de decisión del paciente está afectada por su condición psiquiátrica.

Otro aspecto clave es la adherencia al tratamiento, ya que muchos pacientes con trastornos mentales presentan dificultades para seguir las indicaciones médicas, lo que puede afectar su evolución clínica y su calidad de vida. En este contexto, los profesionales de la salud deben aplicar estrategias que fomenten el cumplimiento terapéutico sin recurrir a la coerción, respetando la autonomía del paciente y promoviendo una relación de confianza.

Este capítulo analiza los principios éticos en la atención de pacientes psiquiátricos, el papel de la confidencialidad y el consentimiento informado en el manejo de los pacientes, así como los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, con el fin de ofrecer herramientas para una práctica psiquiátrica ética y humanizada.

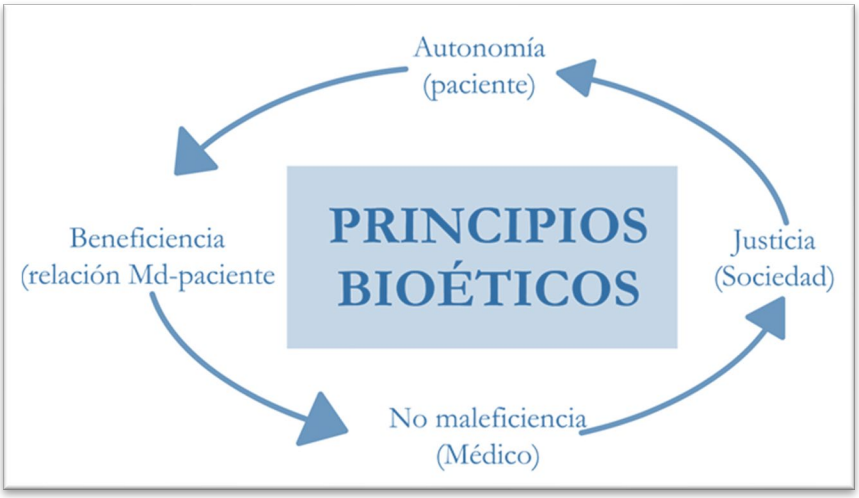
1. Principios Éticos en la atención del paciente psiquiátrico

La ética siempre ha considerado la salud mental como un aspecto fundamental, en este sentido, el interés de la bioética en psiquiatría se debe a la complejidad de los problemas clínicos, el impacto del sufrimiento

psíquico y las habilidades de los profesionales de la salud en estos procesos (1)

Los principios de la bioética fueron acuñados en 1979 por Tom Beauchamp y James Childress en su libro "Principles of Biomedical Ethics". En esta obra, establecieron los cuatro principios fundamentales que han guiado la ética médica (incluida la psiquiatría). Estos principios son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (2). Cada uno de ellos tiene un significado moral específico: el paciente se guía por la autonomía, el médico por la beneficencia, y la sociedad por la justicia (3). (Figura 1)

Figura 1. Principios fundamentales de la Bioética



Fuente: Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM).
http://www.iztacala.unam.mx/rriva

Existen numerosos textos y normativas referentes a las cuestiones bioéticas, donde destacan: a) El informe Belmont de 1978, b) Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa de 1997; y, c)

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en el año 2005 (4).

1.1 Autonomía

Es clave en la psiquiatría, ya que implica la capacidad de tomar decisiones libres y fundamentadas sobre la propia salud. Sin embargo, a menudo se restringe bajo el argumento de la incompetencia mental. Para equilibrar el derecho del paciente y la necesidad de tratamiento, el consentimiento informado debe aplicarse considerando el grado de afectación mental (2).

En este principio es importante entender el concepto de "juicio del paciente", que es su capacidad para evaluar y tomar decisiones sobre su entorno. El juicio puede estar desviado debido a alteraciones graves en la percepción sensorial, que impiden al paciente comparar, relacionar o valorar adecuadamente la situación, o por alteraciones afectivas que alteran su capacidad de tomar decisiones razonadas (5).

En situaciones de urgencia o emergencia psiquiátrica, el principio de autonomía se ve afectado. Por tanto, saber el nivel de "juicio" puede justificar la intervención del personal sanitario, incluso sin el consentimiento explícito del paciente. Uno de los temas más debatidos en estos casos es la internación involuntaria, que solo debe ocurrir cuando se demuestra que el trastorno mental pone en riesgo al paciente o a terceros, y que la alteración del juicio impide al paciente tomar decisiones adecuadas (5).

1.1.1 Beneficencia

El principio de beneficencia se resume en "hacer el bien", lo que implica aplicar de manera adecuada todos los procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos en un paciente. Esto es especialmente importante cuando el paciente representa un riesgo para sí mismo y para otros, asegurando que las acciones tomadas busquen siempre su bienestar y seguridad.[5] En definitiva, este principio se basa en la idea de que los profesionales de la salud deben tomar decisiones que maximicen los beneficios para el paciente, considerando su bienestar físico, mental y social (2).

1.1.2 No maleficencia

Basado en el principio *"primun non nocere"* (primero, no hacer daño) y en el "Juramento Hipocrático". Exige una atención honesta y respetuosa, evitando diagnósticos erróneos que puedan llevar a tratamientos injustificados o medidas coercitivas contra ciertos grupos, como disidentes políticos o ancianos (2).

1.1.3 Justicia

Implica una distribución equitativa de los recursos de salud, evitando la exclusión de pacientes psiquiátricos por no ser considerados económicamente productivos (2). El principio de justicia es la base de la autonomía y la beneficencia, uniendo la Bioética y el Derecho sanitario en la búsqueda de una atención de salud justa y una relación profesional de salud-paciente que favorezca el bienestar de ambos (6).

1.1.4 Nuevos desafíos éticos en la práctica psiquiátrica

En la psiquiatría actual, han surgido nuevas preocupaciones éticas que afectan la legitimidad de la práctica y la relación con los pacientes. Uno de los cuestionamientos más recurrentes es la eficacia de la psicoterapia, especialmente en un contexto donde el uso de medicamentos ha crecido exponencialmente. Muchos se preguntan si se está recurriendo demasiado a la medicación en lugar de explorar alternativas terapéuticas más personalizadas y centradas en el bienestar integral del paciente (2).

Otro aspecto que ha generado inquietud es la influencia de la industria farmacéutica en las decisiones terapéuticas. En un sistema de salud cada vez más condicionado por factores económicos, surge la preocupación de que algunos tratamientos puedan beneficiar más a las empresas que a los propios pacientes. Al mismo tiempo, los recortes presupuestarios en la atención psiquiátrica han limitado el acceso a servicios esenciales, afectando a quienes más los necesitan (2).

Frente a estos desafíos, la construcción de una alianza terapéutica sólida se vuelve un pilar fundamental en la práctica psiquiátrica. La confianza entre el paciente y el profesional no solo permite un mejor intercambio de información, sino que también refuerza el compromiso con el tratamiento. Cuando el paciente se siente escuchado y sus objetivos son tomados en cuenta, la adherencia terapéutica mejora y la relación se transforma en un espacio de apoyo genuino (2).

2. Confidencialidad y secreto profesional en la atención del paciente psiquiátrico

2.1 Conceptos básicos

El secreto profesional en la medicina ha sido un principio fundamental de la ética médica desde los primeros códigos deontológicos, estableciendo la obligación de proteger la información obtenida en el ejercicio profesional. A lo largo del tiempo, esta obligación ha evolucionado desde una inviolabilidad absoluta hasta el concepto moderno de confidencialidad. Existen distintas formas de secreto médico según su origen y consecuencias legales (7):

a) Secreto Natural: Información ajena al ejercicio profesional, protegida por el principio de no causar daño.
b) Secreto Prometido: Compromiso de confidencialidad adquirido después de conocer cierta información, sin estar relacionado con el ejercicio profesional.
c) Secreto Confiado: Puede ser confidencial (cuando se recibe para brindar ayuda sin contexto profesional) o profesional (derivado de la práctica médica). Este último puede ser absoluto (prohíbe toda divulgación) o relativo (permite la revelación en casos justificados).
d) Secreto compartido: aplicable cuando varios profesionales necesitan intercambiar información para la adecuada atención del paciente, manteniendo siempre la obligación de confidencialidad.

La confidencialidad en psiquiatría es un derecho del paciente y una obligación ética del profesional, pero no es absoluta. Su evolución ha integrado aspectos legales y jurídicos, regulando su aplicación. La

confidencialidad persiste incluso después de la muerte del paciente y está estrechamente ligada al derecho a la intimidad (7-9).

Este principio es la base de la relación de confianza entre médico y paciente, permitiendo una comunicación abierta y honesta. Más allá de la ley, proteger la información sensible y fomentar la confianza son esenciales para una atención psiquiátrica ética y efectiva, sin embargo, existen excepciones como: el riesgo de suicidio, violencia o abuso infantil, donde puede ser necesario compartir información de forma restringida e involucrando al paciente (7-9).

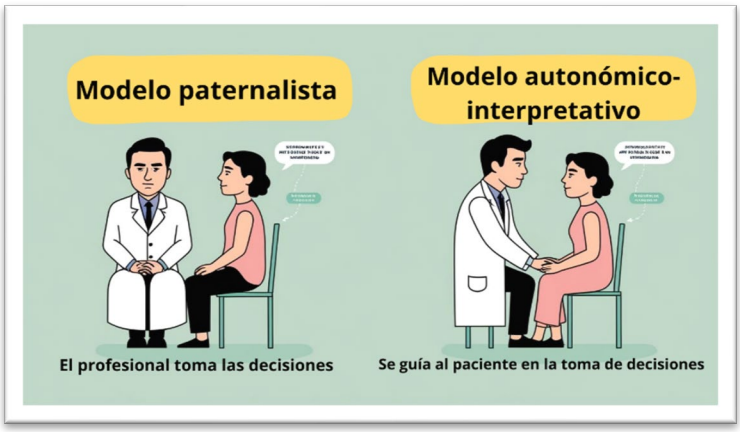
2.2 Modelos de relación entre el profesional de salud y el paciente

Los modelos de relación médico-paciente han evolucionado a lo largo del tiempo y varían según el grado de autonomía del paciente y la autoridad del profesional sanitario. A continuación, se describen los principales modelos (10), ver (figura 2).

a) Modelo paternalista: El médico toma las decisiones en función de lo que considera mejor para el paciente, limitando su autonomía. Se basa en la idea de que el paciente puede no estar en condiciones de decidir por sí mismo, por lo que el médico actúa como una figura de autoridad y protección. Este modelo es común en situaciones de emergencia o cuando el paciente tiene una capacidad de decisión limitada.
b) Modelo autonómico-interpretativo: El profesional de salud ayuda al paciente a entender sus propios valores y a tomar una decisión basada en ellos. En este modelo, el médico actúa como un consejero, guiando al paciente en la toma de decisiones, pero sin imponer su criterio. Se

considera un modelo intermedio entre el paternalismo y la autonomía total.

Figura 2. Modelos de la relación médico-paciente



Fuente: Elaboración propia

2.3 Regulaciones sobre el manejo de información confidencial en el sistema de salud ecuatoriano.

De acuerdo con el marco legal vigente en el país, está prohibido divulgar información o datos sin la autorización expresa de su titular, ya que ello vulnera el derecho a la confidencialidad y a la protección de los datos personales de los ecuatorianos. Diversas normativas garantizan este derecho:

a) Constitución del Ecuador (Art. 66, numeral 19): Reconoce como derecho ciudadano la protección de los datos personales, lo que incluye el acceso, la decisión sobre su uso y su debida protección. La recopilación, almacenamiento, procesamiento, distribución o difusión

de estos datos requiere la autorización del titular o el mandato de la ley (11).

b) Ley Orgánica de Salud (Art. 7): Establece que toda persona tiene derecho a una historia clínica única, redactada de manera precisa, comprensible y completa, así como a la confidencialidad de la información contenida en ella (12).
c) Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (Art. 31): regula el tratamiento de los datos de salud, garantizando su confidencialidad y secreto profesional. El titular de la información debe dar su consentimiento previo, salvo en casos excepcionales como emergencias o para fines médicos y de prevención. Los datos deben ser anonimizados o pseudonimizados siempre que sea posible (13).
d) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos (Art. 6): Declara confidenciales los datos personales, como la ideología, afiliación política o sindical, etnia, estado de salud y otros aspectos relacionados con la intimidad personal. El acceso a esta información sólo es posible con la autorización del titular, por mandato de la ley o por orden judicial (14).
e) Ley de Derechos y Amparo al Paciente (Art. 4): Dispone que toda información relacionada con la consulta, examen, diagnóstico, tratamiento y demás procedimientos médicos debe ser confidencial (15).
f) Ley de Estadística (Art. 21): Establece que los datos individuales obtenidos para fines estadísticos y censales son de carácter reservado y no pueden ser divulgados ni utilizados para otros fines (16).
g) Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud: establece las condiciones operativas para el manejo de

información confidencial de los pacientes. Los documentos de salud, como las historias clínicas y resultados de exámenes son confidenciales y solo pueden usarse con la autorización del paciente o su representante legal, salvo para atención, evaluación de calidad, análisis estadístico, investigación y docencia. La gestión de historias clínicas debe asegurar un sistema de archivo que garantice la confidencialidad y trazabilidad de la información. Toda documentación con datos de identificación del paciente debe ser marcada como "confidencial". Los contratos del personal del Sistema Nacional de Salud deben incluir una cláusula que obligue a mantener la confidencialidad de la información (17).

3. Consentimiento informado en el abordaje de pacientes psiquiátricos

3.1 Concepto de consentimiento informado.

El consentimiento informado es un proceso de comunicación ético y legal mediante el cual se permite al paciente tomar decisiones libres e informadas sobre su atención médica. Este proceso implica una comunicación clara y detallada sobre los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento, asegurando que el paciente comprenda la información antes de tomar una decisión (18).

Aunque la firma de un documento de consentimiento es importante, no garantiza que el proceso se haya realizado de manera ética. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud mental mantengan conversaciones continuas con los pacientes sobre su tratamiento y documenten adecuadamente estos intercambios en el historial médico (18).

El consentimiento informado en la práctica psiquiátrica se basa en una comprensión y apreciación adecuadas de la información necesaria para tomar la decisión. Por tanto, el pilar ético primordial del consentimiento informado es el principio de respeto por la autonomía del paciente (18).

3.2 Tipos de consentimiento informado

El consentimiento puede clasificarse en cuatro tipos: expreso, tácito, implícito y presunto, cada uno con características y aplicaciones específicas (18):

a) Consentimiento expreso: Es el más formal y explícito, y puede ser verbal o escrito. Constituye una subcategoría que implica que el paciente, después de recibir toda la información necesaria sobre el tratamiento, comprende los riesgos, beneficios y alternativas y decide voluntariamente si acepta o rechaza la intervención. Este tipo de consentimiento es considerado el óptimo porque asegura que la decisión del paciente es consciente y bien informada, lo que respeta su autonomía.
b) Consentimiento tácito: Este consentimiento es pasivo y se da a través de la conducta o la ausencia de objeción, sin que el paciente haga una afirmación explícita. A menudo se basa en una expectativa razonable de que el paciente acepta un tratamiento debido a su comportamiento, como presentarse a una cita médica sin protestar. Sin embargo, carece de la deliberación activa que caracteriza al consentimiento expreso.
c) Consentimiento implícito: Este tipo de consentimiento se infiere de las acciones del paciente. Por ejemplo, si una persona llama a una línea

de emergencia o solicita una ambulancia, se asume que está dando su consentimiento implícito para recibir atención médica. Aunque no se manifiesta explícitamente, se deduce de su conducta que acepta el tratamiento necesario.

d) Consentimiento presunto: Este consentimiento se aplica en situaciones de emergencia, donde el paciente no puede expresar su deseo, como en el caso de una persona inconsciente. En tales situaciones, se asume que el paciente consentiría el tratamiento si pudiera hacerlo, basándose en el principio de que los profesionales de salud actuarán en el mejor interés del paciente, considerando los beneficios de la atención médica inmediata. No obstante, este tipo de consentimiento puede no aplicarse si existen razones claras para pensar que el paciente rechazaría el tratamiento, como en el caso de directivas anticipadas o un rechazo explícito previo.

3.3 Proceso y procedimiento del consentimiento informado

El consentimiento informado en el quehacer del profesional sanitario es un proceso continuo, más allá de la simple firma de un formulario (figura 3). Se trata de un intercambio significativo de información entre el médico y el paciente, donde se debe asegurar que el paciente comprenda completamente los detalles del tratamiento propuesto, sus riesgos, beneficios y alternativas (18).

Figura 3. Proceso y procedimiento del consentimiento informado



Fuente: elaboración propia

El proceso de consentimiento informado debe iniciarse desde el primer contacto médico y mantenerse durante toda la relación de tratamiento, adaptándose a las circunstancias cambiantes del paciente. Además, el consentimiento debe incluir la evaluación de la capacidad del paciente para tomar decisiones y asegurar que el proceso sea voluntario (18).

Por otro lado, el procedimiento de consentimiento es la documentación formal de este proceso, ya sea a través de un formulario o mediante la anotación detallada en la historia clínica de la conversación y la decisión tomada. Aunque un formulario escrito es ideal para ciertos tratamientos invasivos, muchas veces un consentimiento verbal documentado es suficiente (18).

3.4 Evaluación de la capacidad de decisión en pacientes psiquiátricos

La capacidad de decisión de los pacientes psiquiátricos es un concepto fundamental en el ámbito de la salud mental y debe ser evaluada con rigurosidad clínica. Se entiende como la facultad de un individuo para recibir, procesar, retener y comprender la información relevante para tomar decisiones sobre su tratamiento. No se trata de una medida estática ni absoluta, sino que debe ser analizada en función de la situación específica en la que el paciente debe decidir (18).

Un principio esencial en esta evaluación es que todos los pacientes, incluso aquellos con enfermedades psiquiátricas, se presumen capaces de tomar decisiones hasta que se demuestre lo contrario. La carga de la prueba recae en el psiquiatra, quien debe aportar evidencia suficiente para determinar la incapacidad del paciente. Esta capacidad puede verse afectada por diversos factores, como la psicosis, la demencia, el trastorno del estado de ánimo grave, la intoxicación por sustancias o el traumatismo craneoencefálico. Sin embargo, la sola presencia de un trastorno mental no implica automáticamente la falta de capacidad para consentir un tratamiento (18).

Para evaluar la capacidad, se han desarrollado instrumentos estandarizados que permiten medir no solo la comprensión cognitiva de la información, sino también la capacidad del paciente para aplicar esa información a su situación y valorar las consecuencias de su decisión. Un claro ejemplo de ello es la Ayuda para la Evaluación de la Capacidad en Ontario, que considera la apreciación del trastorno y el tratamiento, así como la comprensión del consentimiento informado (18).

En el ámbito legal, la capacidad de un paciente para consentir un tratamiento puede ser impugnada y revisada por juntas de consentimiento y capacidad, o incluso por tribunales de apelación, dependiendo de la legislación vigente en cada jurisdicción. Un caso emblemático en este contexto es el de Scott Starson, resuelto por la Corte Suprema de Canadá en 2003. En este caso, Starson, un físico diagnosticado con trastorno esquizoafectivo, se negó a recibir medicación a pesar de haber sido declarado incapaz por sus psiquiatras. Tras múltiples apelaciones, la Corte Suprema dictaminó que Starson tenía la capacidad de aceptar o rechazar el tratamiento, estableciendo que la evaluación de la capacidad debe basarse en dos criterios fundamentales: la comprensión de la información relevante y la apreciación de las consecuencias de la decisión (18).

En definitiva, la evaluación de la capacidad de decisión en pacientes psiquiátricos es un proceso complejo que requiere un análisis detallado de la situación clínica y legal. La jurisprudencia ha establecido que la autonomía del paciente debe ser protegida, incluso cuando sus decisiones no sean las más sensatas desde un punto de vista médico, siempre que mantenga la capacidad de comprender y apreciar los riesgos asociados.

3.5 Consentimiento informado para la investigación en pacientes psiquiátricos

El consentimiento informado en la investigación con pacientes psiquiátricos es un tema de gran sensibilidad ética y legal. Antes de iniciar cualquier estudio, es fundamental obtener el consentimiento del paciente o, en caso de que este no tenga la capacidad de decidir por sí mismo, de un representante legal autorizado. Sin embargo, en estos casos, los

investigadores deben ser especialmente cuidadosos al evaluar la capacidad de los participantes, sobre todo cuando la investigación no ofrece un beneficio directo para su salud (18).

Los profesionales de la salud mental juegan un papel clave en este proceso, ya que tienen la responsabilidad de garantizar que los pacientes comprendan realmente en qué consiste la investigación y puedan dar su consentimiento de manera libre e informada. Al mismo tiempo, deben velar por qué aquellos que no pueden hacerlo no sean utilizados de manera injusta como sujetos de estudio (18).

Desde el punto de vista ético, es primordial encontrar un equilibrio: no se debe excluir a estos pacientes de los beneficios potenciales de la investigación, pero tampoco se les debe someter a cargas desproporcionadas. Además, es importante que los investigadores dejen claro que la investigación no es un tratamiento, sino un proceso cuyo propósito principal es generar conocimiento científico (18).

Para mantener la confianza pública y garantizar la transparencia en la ciencia, es indispensable que todas las investigaciones publiquen de manera explícita cómo se llevó a cabo el consentimiento informado, cómo se evaluó la capacidad de los participantes y cuáles fueron los riesgos y las cargas a las que estuvieron expuestos. Solo a través de esta rendición de cuentas se podrá continuar avanzando en la investigación sin comprometer la dignidad y los derechos de los participantes (18).

3.6 Normativa relacionada con el consentimiento informado en Ecuador

En Ecuador, el consentimiento informado es un derecho fundamental en la atención de salud y está respaldado por:

a) La Constitución de la República (Art. 362): garantiza que todos los servicios de salud, sean públicos o privados, deben ser seguros, de calidad y con un trato digno. Además, establece que los pacientes tienen derecho al consentimiento informado, al acceso a la información y a la confidencialidad de sus datos (11).
b) Ley Orgánica de Salud (Art. 7): reconoce el derecho de toda persona a recibir información clara y oportuna sobre tratamientos, costos y efectos, con la posibilidad de recibir asesoría profesional antes y después de los procedimientos médicos. En el caso de los pueblos indígenas, esta información debe proporcionarse en su lengua materna. Asimismo, se establece que cada individuo tiene la autonomía para decidir sobre su salud mediante un consentimiento por escrito, salvo en situaciones de emergencia o cuando esté en riesgo la vida o la salud pública (12).
c) Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Art. 33): Toda persona puede donar en vida sus órganos o tejidos si ha sido informada sobre las consecuencias y otorga su consentimiento escrito y notariado, anexado a su historia clínica. Art. 35: La donación de un donante vivo requiere consentimiento informado ante notario, acompañado de un informe psiquiátrico y la aprobación del Comité de Ética del hospital trasplantador (19).
d) Ley de Derechos y amparo al paciente (Art. 6): establece que toda persona tiene el derecho de decidir si acepta o rechaza un

tratamiento. Independientemente de su elección, el establecimiento de salud está obligado a proporcionarle información clara sobre las posibles consecuencias de su decisión (15).

e) Código de la Niñez y Adolescencia (Art. 60): reconoce el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser consultados en los asuntos que les conciernen, considerando su edad y nivel de madurez (20).

f) Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial (Acuerdo Ministerial 5316, 2016): Este acuerdo tiene como objetivo "Asegurar el derecho de los pacientes a ser informados, previo a la toma de decisiones respecto a la atención de salud, con el fin de promover su autonomía en las decisiones sobre su salud y su cuerpo" (21).

4. Ética en la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos

4.1 Concepto de adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento implica más que solo seguir indicaciones médicas; es un proceso activo basado en una alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de salud. Incluye tomar los medicamentos correctamente, mantener hábitos saludables y asistir a citas médicas. Puede verse afectada por olvidos o dificultades para seguir el tratamiento (no intencional) o por decisiones conscientes del paciente (intencional). Fomentar la adherencia requiere educación, motivación y apoyo para mejorar los resultados en salud (22).

4.2 Factores que influyen en la adherencia

La adherencia al tratamiento con psicofármacos en personas con trastornos psiquiátricos depende de múltiples factores. Entre ellos, se encuentran características individuales como la edad, el género, el estado civil y el apoyo social y familiar, así como aspectos propios de la enfermedad y del tratamiento. Las investigaciones señalan que la principal razón por la que muchos pacientes no siguen su tratamiento es la falta de conocimiento y aceptación de su enfermedad. La falta de adherencia varía ampliamente, con cifras que van del 7,7 % al 60,6 % (23).

Se ha demostrado que mejorar el acceso a los servicios de salud mental, proporcionar información tanto al paciente como a su familia y fortalecer la interacción con los profesionales de la salud puede favorecer actitudes más positivas hacia el tratamiento y, en consecuencia, una mejor adherencia (23).

4.3 Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento

Evaluar la adherencia de un paciente a la medicación es un desafío, ya que requiere una comunicación honesta y una relación de confianza que no siempre se logra. Pacientes y personal de salud pueden tener perspectivas muy distintas sobre el tratamiento, especialmente en el uso de fármacos psicoactivos. Actualmente, se propone un enfoque basado en la "concordancia", donde el profesional sanitario y el paciente dialogan y ajustan expectativas antes y durante el tratamiento. Más allá de los métodos de medición, una relación clínica sólida sigue siendo clave para una mejor adherencia (22). Los métodos utilizados para evaluar la adherencia al tratamiento psiquiátrico se dividen en métodos objetivos y métodos subjetivos:

a) Métodos objetivos directos

Los métodos directos para medir la adherencia se basan en detectar el fármaco o sus metabolitos en fluidos como sangre, orina, saliva o cabello. Aunque esto indica que el medicamento fue ingerido, no siempre refleja un uso regular, ya que algunos pacientes solo lo toman antes de la consulta médica. Además, solo unos pocos fármacos permiten evaluar con precisión los niveles en sangre. Aunque son precisos, estos métodos son costosos, requieren infraestructura especializada y tienen una aplicación limitada en la práctica psiquiátrica diaria (22).

b) Métodos objetivos indirectos

Los métodos indirectos para medir la adherencia evalúan factores relacionados con la toma de medicación y el control de la enfermedad. Entre ellos, el ***recuento de comprimidos*** es una técnica sencilla que compara las pastillas faltantes con la cantidad esperada, aunque puede ser engañosa si el paciente desecha medicamentos para simular adherencia. ***La tecnología de monitorización***, como pastilleros electrónicos que registran la apertura del envase, ofrece datos precisos, pero su costo y complejidad limitan su uso a estudios clínicos. ***Las bases de datos de farmacias*** permiten analizar la frecuencia con la que los pacientes retiran su medicación, especialmente con la receta electrónica, aunque no garantizan que la tomen correctamente (22).

c) Métodos subjetivos

Los métodos subjetivos son indirectos y se utilizan para evaluar tanto el comportamiento de los pacientes como su conocimiento sobre su

enfermedad y tratamiento. Aunque son menos confiables que los métodos directos, su simplicidad y bajo costo los hacen útiles en la práctica clínica psiquiátrica. Estos métodos permiten evaluar la adherencia al tratamiento en condiciones reales y contribuyen al conocimiento sobre la efectividad terapéutica. Sin embargo, la información que proporcionan, generalmente obtenida del propio paciente, un familiar o el médico responsable, tiende a sobreestimar la adherencia (22).

La investigación indica que las creencias y actitudes de los pacientes hacia su enfermedad y tratamiento son factores clave para predecir la adherencia, más que cualquier otra variable sociodemográfica o clínica. Por ello, muchas escalas de evaluación se centran en analizar estas percepciones. Entre los principales instrumentos de medición destacan (22-24):

- Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8): Cuestionario autoinformado de ocho ítems ampliamente utilizado y validado en español. Evalúa la adherencia mediante respuestas dicotómicas y una escala Likert. Su puntuación varía de 0 a 8, donde una puntuación alta indica mayor adherencia. Las preguntas de este test se plasman en la figura 4.

Figura 4. Ítems del MMAS-8

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
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?	Sí	No
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	Sí	No
4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	Sí	No
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	Sí	No
6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	Sí	No
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?	Sí	No

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: Pagès-Puigdemont N, et al (24).

- Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI-10): Evalúa la percepción del paciente sobre su tratamiento mediante 10 afirmaciones de respuesta verdadero/falso (figura 5). Su puntuación oscila entre -10 y +10, reflejando actitudes negativas o positivas hacia la medicación.

Figura 5. Ítems del DAI-10

1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2. Me siento raro/a (como un zombi) con la medicación	V	F
3. Tomo la medicación por decisión propia	V	F
4. La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F

5. La medicación hace que me sienta más cansado/a	V	F
6. Tomo medicación solo cuando estoy enfermo/a	V	F
7. Me siento más normal con medicación	V	F
8. Es antinatural para mi cuerpo y mente estar controlado/a por medicación	V	F
9. Mis pensamientos son más claros con la medicación	V	F
10. Por estar con medicación, puedo prevenir estar enfermo	V	F
Nota: *las frases únicamente se refieren a la medicación psiquiátrica que toma el paciente en el momento de contestar el test.*		

Fuente: Pagès-Puigdemont N, et al (24).

- Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ): Este test evalúa las creencias sobre la medicación en dos secciones: BMQ-General (8 ítems sobre "abuso" y "daño") y BMQ-Específico (10 ítems sobre la "necesidad" del tratamiento y la "preocupación" por sus efectos) como se aprecia en la figura 6. Puede aplicarse en conjunto o por separado y adaptarse a distintos diagnósticos. Se responde en una escala de 1 a 5. Una mayor puntuación en "necesidad" se asocia con

mejor adherencia terapéutica, mientras que una mayor "preocupación" se relaciona con menor adherencia.

Figura 6. Ítems del BMQ

BMQ-GENERAL
Abuso
· Los médicos utilizan demasiados medicamentos. · Los médicos confían demasiado en los medicamentos. · Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.
Daño
· La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando. · La mayoría de los medicamentos crean adicción. · Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos. · Los medicamentos hacen más mal que bien. · Todos los medicamentos son venenos (tóxicos).
BMQ-ESPECÍFICO
Necesidad
· Actualmente mi salud depende de [medicación].

· Mi vida sería imposible sin [medicación]. · Sin [medicación] estaría muy enfermo/a. · En el futuro mi salud dependerá de [medicación]. · [medicación] impide que mi [enfermedad] empeore.
Preocupación
· Me preocupa tener que tomar [medicación]. · A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de [medicación]. · [medicación] es/son un misterio para mí. · [medicación] trastorna/n mi vida. · A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de [medicación].

Fuente: Pagès-Puigdemont N, et al (24).

- Escala Informativa de Cumplimiento de la Medicación (MARS): Diseñada para pacientes con esquizofrenia, examina creencias, experiencias y comportamientos relacionados con la medicación (figura 7). Una puntuación menor de 25 indica un cumplimiento deficiente.

Figura 7. Ítems de la escala MARS

1. ¿Olvida alguna vez tomar la medicación?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No
5. Tomo la medicación solo cuando me encuentro mal.	Sí	No
6. No es natural para mi mente y cuerpo estar controlado por la medicación.	Sí	No
7. Mi pensamiento está más claro si tomo la medicación.	Sí	No
8. Tomando la medicación, prevengo ponerme enfermo.	Sí	No
9. Me noto raro, como un zombi, con la medicación.	Sí	No
10. La medicación hace que me note cansado y lento.	Sí	No

Fuente: Pagès-Puigdemont N, et al (24).

4.4 Rol de la ética en la promoción de la adherencia

La evaluación y promoción de la adherencia al tratamiento implican consideraciones éticas clave: ***el interés superior***, que busca el beneficio del paciente; ***la autonomía***, que garantiza su derecho a aceptar o rechazar el tratamiento; ***la no maleficencia***, que obliga a evitar daños; y ***la privacidad***, que protege su información personal. La monitorización y promoción de la adherencia requieren un enfoque ético que respete estos principios fundamentales (25):

a) Interés superior del paciente en la adherencia al tratamiento

Se suele asumir que una buena adherencia al tratamiento garantiza mejores resultados de salud, pero esto no siempre es cierto. Algunos pacientes siguen las indicaciones a la perfección sin experimentar beneficios, mientras que otros, incluso con adherencia parcial, logran buenos resultados. Esto demuestra que el verdadero interés del paciente no puede reducirse solo a la adherencia, sino que debe evaluarse considerando su experiencia, calidad de vida y prioridades personales. Sin embargo, personal de salud y pacientes pueden tener visiones distintas sobre lo que significa un "buen resultado". Mientras los profesionales se enfocan en indicadores clínicos, los pacientes valoran más el impacto del tratamiento en su vida diaria. Además, la incertidumbre sobre la eficacia de algunas terapias y la falta de información sobre sus riesgos pueden hacer que promover la adherencia sin considerar estos factores no sea realmente ético.

Los pacientes equilibran los beneficios médicos con los costos asociados al tratamiento, como efectos secundarios, gastos económicos o

incomodidades. Obligar la adherencia sin respetar sus valores y prioridades puede no ser lo mejor para ellos. Un enfoque verdaderamente ético debe considerar no solo la efectividad médica, sino también la experiencia y el bienestar del paciente.

b) Autonomía del paciente en la adherencia al tratamiento

El lenguaje médico suele juzgar a los pacientes según su nivel de adherencia al tratamiento, ignorando su derecho a decidir. La autonomía del paciente, principio ético fundamental, debe prevalecer sobre la beneficencia, evitando presiones o coerción para cumplir con terapias. Sin embargo, en casos donde la no adherencia afecta a la sociedad, como en trasplantes o tratamiento del SIDA, el dilema se complica. La exclusión de pacientes por riesgo de incumplimiento debe basarse en evaluaciones individuales y no en prejuicios sociales.

c) No maleficencia en la adherencia al tratamiento

En los ensayos clínicos, los participantes pueden enfrentar efectos adversos inesperados debido a la naturaleza experimental de las terapias. Esto plantea un dilema ético, pues los investigadores deben equilibrar la promoción de la adherencia con el principio de no maleficencia. Para proteger la autonomía de los sujetos, el consentimiento informado debe ser claro y accesible, explicando riesgos y beneficios en términos comprensibles. Además, la adherencia al tratamiento debe evaluarse continuamente, ya que su falta puede reflejar efectos secundarios o la decisión del participante de retirarse del estudio.

d) Privacidad en la adherencia al tratamiento

El monitoreo de la adherencia al tratamiento influye en las decisiones médicas, como ajustes en la medicación o pruebas adicionales. Tradicionalmente, los médicos dependían del autoinforme del paciente, pero hoy existen registros electrónicos y dispositivos que permiten un seguimiento detallado. Sin embargo, este nivel de vigilancia plantea preocupaciones éticas, ya que puede afectar la privacidad del paciente y ser utilizado por aseguradoras para evaluar riesgos o costos de atención. El monitoreo encubierto, aunque puede revelar incumplimientos, puede vulnerar la autonomía y privacidad del paciente. En investigaciones, solo se permite sin consentimiento si presenta un riesgo mínimo, no afecta el bienestar del participante y es esencial para el estudio.

En este contexto, la tecnología ha desarrollado un sensor digital para monitorear la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar. Este sensor genera información y transmite los datos a dispositivos móviles, permitiendo al paciente y al personal sanitario hacer un seguimiento del cumplimiento terapéutico. Si bien esta tecnología podría mejorar la adherencia y beneficiar la salud pública, también genera preocupaciones sobre aspectos como la privacidad y autonomía. Al recopilar y almacenar datos en la "nube", surgen riesgos de seguridad y acceso no autorizado. Además, los pacientes pueden sentirse presionados a aceptar su uso, ya sea por órdenes médicas o por miedo a consecuencias como el aislamiento involuntario (26).

En definitiva, el desafío ético en la promoción y vigilancia de la adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos radica en equilibrar el beneficio

para la salud pública con la autonomía del paciente. Se necesitan regulaciones claras para garantizar que estas herramientas se usen de manera justa y ética.

4.5 Estrategias de fomento para el cumplimiento terapéutico en psiquiatría

No existe una única estrategia que garantice que todos los pacientes sigan sus tratamientos en cualquier contexto o enfermedad. Los estudios han demostrado que la efectividad de las intervenciones varía según el tipo de paciente, el enfoque utilizado y la forma en que se mide la adherencia.

Dado que la adherencia terapéutica está influenciada por múltiples factores, se recomienda combinar diferentes estrategias para lograr mejores resultados. Es importante tener en cuenta que la efectividad de estas intervenciones puede disminuir con el tiempo, por lo que es necesario evaluarlas periódicamente. También hay poca evidencia sobre su impacto en los resultados clínicos. A continuación, se presentan algunas estrategias clave para mejorar la adherencia al tratamiento (27,28):

a. Intervenciones Técnicas: Estas estrategias buscan facilitar la toma de medicamentos mediante cambios en la forma o frecuencia de administración. Algunas opciones incluyen:
   - Simplificación del tratamiento: Uso de medicamentos de liberación sostenida para reducir el número de dosis diarias o cambio de comprimidos a formulaciones líquidas para quienes tienen dificultades para tragar.

- Sistemas de recordatorio: Mensajes de texto, aplicaciones móviles o dispositivos electrónicos que alertan al paciente sobre la toma del medicamento. Sin embargo, la aceptación de estas tecnologías es mayor en los jóvenes y su uso tiende a disminuir con el tiempo.
- Pastilleros y sistemas personalizados de dosificación (SPD): Métodos económicos y efectivos para organizar la medicación según los horarios prescritos, aunque no solucionan la falta de adherencia cuando es intencional.
- Dispositivos de autocontrol: Equipos como glucómetros o tensiómetros que permiten a los pacientes monitorear su salud y reforzar el hábito de seguir su tratamiento.

b. Intervenciones Conductuales: Al ser la adherencia un comportamiento, se pueden aplicar estrategias que ayuden a los pacientes a establecer hábitos saludables y mantener la constancia en su tratamiento.
   - Refuerzo positivo y adaptación del tratamiento: Personalizar la medicación según las rutinas del paciente, usar calendarios o sistemas de recordatorio, y fortalecer el compromiso con su salud.
   - Entrevista motivacional: Técnica que fomenta la comunicación entre el profesional de salud y el paciente, identificando barreras y promoviendo cambios sin imposición, sino mediante una actitud colaborativa.

c. Intervenciones Educativas: Brindar información clara y accesible es clave para que los pacientes comprendan la importancia de su tratamiento. Esto puede hacerse a través de:

- Material educativo: Información oral, escrita, audiovisual o digital, entregada en consultas, llamadas o visitas domiciliarias.
- Programas de Pacientes Expertos: Iniciativas donde personas con la misma enfermedad comparten sus experiencias, fomentando el autocuidado y la adherencia sin depender completamente del profesional de salud.

d. Intervenciones de Apoyo Familiar y Social: El tratamiento no solo depende del paciente, sino también de su entorno. Contar con el apoyo de la familia y amigos puede marcar una gran diferencia, ya que ellos pueden motivarlo, recordarle la importancia de su medicación y acompañarlo en el proceso. Un tratamiento integral, donde el paciente no se sienta solo, aumenta las posibilidades de éxito.

e. Intervenciones en el Profesional Sanitario: Los profesionales de la salud juegan un papel clave en asegurar que los pacientes comprendan y sigan correctamente su tratamiento. A través de campañas de concienciación y formación continua, pueden educar tanto a los pacientes como a otros profesionales sobre la enfermedad y su manejo. Además, la actualización constante en tratamientos y estrategias de seguimiento permite un mejor control de la enfermedad, optimizando el diagnóstico, el pronóstico y la adherencia a la medicación.

Referencias Bibliográficas

1. Hazif-Thomas C, Donnart C, Tristchler-Le Maître MH. Questions de santé mentale et de libertés au croisement des dilemmes soignants remontés aux espaces de réflexion éthique régionaux. Encephale [Internet]. 2025 [citado 28 de febrero de 2025]; 51(1S):S23-S32. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.11.004
2. Márquez Vega PA, Ticona Aquino WIF, Bustamante G. Bioética en la Atención de Pacientes Psiquiátricos. Rev. Act. Clin. Med [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2025]. Disponible en: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000500007&nrm=iso
3. Gutiérrez Medina H, Yanes Díaz D, Peraza Pérez de Prado D, Santos Treto Y, Rivera Venereo E, Bello Viego R. Enfoque bioético a fomentar durante la especialización en Psiquiatría. EDUMECENTRO [Internet]. 2017 [citado 28 de febrero de 2025]; 9(4):81-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000400007
4. Megías-Lizancos F, Aguilera-Serrano C. La ética del cuidado en salud mental: Manual. Barcelona: ELSEVIER; 2023.
5. Cornejo F, Mejía D. Conflictos bioéticos en el paciente con problemas de salud mental. PFR [Internet]. 2019 [citado 28 de febrero de 2025]; 4(3). Disponible en: https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/136
6. León FJ. Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. Rev. chil. neuropsicol [Internet]. 2010 [citado 28 de

febrero de 2025]; 5(1Esp):13-20. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314919003

7. Vázquez Ortiz M, Lleó Jiménez G, Zulueta Yate M. La relatividad del secreto profesional en la medicina legal. Rev Hum Med [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2025]; 13(3):728-741. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000300010
8. Rojas O. Confidencialidad en psiquiatría. RMCLC [Internet]. 2012 [citado 28 de febrero de 2025]; 23(5):634-639. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70359-0
9. Bertolín Guillén JM. Deontología y confidencialidad en psiquiatría y psicología clínica en España. RBD [Internet]. 2021 [citado 28 de febrero de 2025]; (52):173-178. Disponible en: https://doi.org/10.1344/rbd2021.52.32034
10. Ministerio de Salud Pública. Documento de socialización del Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial. Quito: MSP; 2016
11. Constitución de la República del Ecuador, del 2008. Registro oficial No. 449 del 20 de octubre de 2008. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
12. Ley Orgánica de Salud, reforma del 08 de diciembre de 2015. Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de diciembre de 2006. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf
13. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, del 21 de mayo de 2021. Registro Oficial Suplemento 459 del 26 de mayo de 2021. Disponible en:

https://www.finanzaspopulares.gob.ec/wp-content/uploads/2021/07/ley_organica_de_proteccion_de_datos_personales.pdf

14. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos, reforma 29 de diciembre de 2017. Registro Oficial Suplemento 162 del 31 de marzo de 2010. Disponible en: https://www.telecomunicaciones.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/LEY-ORGANICA-DEL-SISTEMA-NACIONAL-DE-REGISTRO-DE-DATOS-PUBLICOS.pdf
15. Ley de Derechos y Amparo al Paciente, reforma del 22 de diciembre de 2006. Registro Oficial Suplemento 626 del 03 de febrero de 1995. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf
16. Decreto Supremo No. 323, del 07 de mayo de 1976. Ley de Estadística. Registro Oficial 82 del 07 de mayo de 1976. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Ley%20de%20Estadistica.pdf
17. Acuerdo Ministerial 5216. Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud, del 31 de diciembre de 2014. Registro Oficial Suplemento 427 del 29 de enero de 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/A.M.-5216-Reglamento-de-informacion-confidencial-en-SNS.pdf
18. Neilson G, Chaimowitz G. Informed Consent to Treatment in Psychiatry. Can J Psychiatry [Internet]. 2015 [citado 28 de febrero de 2025]; 60(4):1-11. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4459249/
19. Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, del 21 de febrero de 2011. Registro Oficial 398 del 04 de marzo de 2011.

Disponible en: http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/lotaip/mayo_2015/a2/Ley%20Organica%20de%20Donacion%20y%20Trasplante.pdf

20. Ley 100. Código de la niñez y adolescencia, reforma del 07 de julio de 2014. Registro Oficial 737 del 03 de enero de 2003. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf
21. Acuerdo Ministerial 5316. Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial, del 05 de noviembre de 2015. Registro Oficial Edición Especial 510 del 22 de febrero de 2016. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-11/Documento_00005316-Apru%C3%A9bese-y-exp%C3%ADdese%20-Modelo-Gesti%C3%B3n-Aplicaci%C3%B3n-del-Consentimiento-Informado-en-Pr%C3%A1ctica-Asistencial.pdf
22. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud [Internet]. 2016 [citado 10 de marzo de 2025); 7 (1):25-30. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.001
23. 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]. 2024 [citado 10 marzo de 2025]; 53(2):192-205. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006
24. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapeútica. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado 10 de marzo de 2025]; 59(3):163-72. Disponible en: https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i3.7387

25. Rand CS, Sevick MA. Ethics in Adherence Promotion and Monitoring. Controlled Clinical Trials [Internet]. 2000 [citado 10 de marzo de 2025]; 21(5S1):241S–247S. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0197-2456(00)00085-4
26. Silva DS, Snyder J. The ethics of new technologies to track drug adherence. CMAJ [Internet]. 2018 [citado 17 marzo de 2025];190(40):E1209-E1210.Disponible en: https://doi.org/10.1503/cmaj.171514
27. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm [Internet]. 2018 [citado 10 de marzo de 2025]; 59(4):251-258. Disponible en: https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357
28. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado 10 de marzo de 2025]; 16(3):226-232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226



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.



Carmen Victoria Molina Calle

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

Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica de Cuenca. Magíster en Gestión del Cuidado por la Universidad Católica de Cuenca. Maestrante en Cuidados Paliativos por la Universidad Iberoamericana del Ecuador. Es autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con la investigación en educación superior, enfermería y ciencias de la salud.



Erika Michelle Carchi Flores

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

Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica de Cuenca. Magíster Universitario en la seguridad clínica del paciente y calidad de atención sanitaria por la Universidad Internacional de la Rioja; Magíster en Enfermería con mención en Enfermería Quirúrgica por la Universidad Regional Autónoma de los Andes; Magíster en Salud Pública por la Universidad de las Américas. Diplomado en Formación de Investigadores por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería (RED-IE). Autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas, así como de capítulos de libro, centrados en temáticas vinculadas a la salud y bienestar por ciclos de vida.



Luis Marcelo Naula Lliguicota

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

Soy Licenciado en Ciencias de la Enfermería, egresado de la Universidad Católica de Cuenca Campus Cañar, donde adquirí una sólida formación en los fundamentos de mi profesión. Mi compromiso con el desarrollo profesional me impulsó a obtener una Maestría en Gerencia Hospitalaria en la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo y maestrante en Enfermería con mención en Cuidados Críticos en la Universidad Regional Autónoma de los Andes. Además, mi dedicación a la investigación se evidencia en la publicación de artículos científicos, lo que demuestra mi interés en contribuir al avance de la práctica de la enfermería basada en la evidencia.



María de los Ángeles Estrella González

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

Licenciada en enfermería por la Universidad de Cuenca: Diploma Superior en Desarrollo Local y Salud por la Universidad Técnica Particular de Loja. Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud por la Universidad Técnica Particular de Loja, Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, por la Universidad Técnica Particular de Loja. Doctora en Ciencias de la Salud, por la Universidad del Zulia-Venezuela. Docente de la Unidad Académica de Salud y Bienestar carrera de Enfermería Campus Azogues (UCACUE, Ecuador). Coordinadora del grupo de Investigación Yachay Jampi (YAJA) Conocimiento y salud. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería (RED-IE). Autora y coautora de varios artículos en revistas indexadas y autora de libros y capítulos de libro.

Sus áreas de investigación se centran en temáticas vinculadas a la salud pública, la educación superior y las ciencias de la salud, con énfasis en el enfoque de género como determinante social de la salud.



Verónica Dalila Cantos Heredia

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

Licenciada en Enfermería. Magíster en Salud Pública por la Universidad de las Américas. Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería RED-IE. Autora de artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto, así como de capítulos de libro. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con Epidemiología, Salud escolar, Enfermería comunitaria.



Xavier Rodrigo Yambay Bautista

Miembro del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca (CEISH-UCACUE)
Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Médico por la Universidad Católica de Cuenca. Psicólogo del Trabajo por la Universidad Politécnica Salesiana. Magíster en Medicina Legal y Forense (Universidad de Cuenca). Magíster en Análisis Biológico y Diagnóstico de Laboratorio (Universidad Técnica Particular de Loja), Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local (Universidad Técnica Particular de Loja). Miembro activo de la Red de Investigación en Enfermería (RED-IE). Miembro activo del grupo de Investigación Yachay Jampi (Conocimiento y Salud). Ha participado como ponente en eventos a nivel nacional. Autor y coautor de libros y capítulos de libro, así como de varios artículos en revistas indexadas y arbitradas de alto impacto. Es colaborador en proyectos de investigación desarrollados por la Universidad Católica de Cuenca. Sus líneas de investigación abordan temáticas relacionadas con la Salud Pública, Epidemiología, Salud mental, y Medicina Legal.

Adherencia a la medicación farmacológica en

Pacientes psiquiátricos



Un enfoque desde la enfermería

REDLIC Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea

La adherencia a la medicación farmacológica es un elemento clave en el tratamiento de los trastornos mentales y uno de los mayores retos en la práctica clínica. Desde una mirada ética, humana y profesional, esta obra analiza el papel fundamental de la enfermería en el acompañamiento, educación y apoyo a los pacientes psiquiátricos para favorecer el cumplimiento terapéutico.

Adherencia a la medicación farmacológica en pacientes psiquiátricos: un enfoque desde la enfermería aborda temas como las consecuencias de la no adherencia, el impacto del estigma, la relación terapéutica, la educación en salud, la confidencialidad y los dilemas éticos presentes en la atención en salud mental.

Dirigido a profesionales, docentes y estudiantes de enfermería, así como a todos los interesados en la atención psiquiátrica, este libro ofrece herramientas reflexivas y prácticas para fortalecer una atención más empática, ética y centrada en la persona, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

ISBN: 978-9942-659-40-8