



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Adherencia al tratamiento

Lara Traeger, PhD

Megan Moore Brennan, MD

John B. Herman, MD

Puntos clave

Contexto

- Entre los pacientes con enfermedad psiquiátrica, la adherencia al tratamiento se asocia con mejores resultados terapéuticos, menor riesgo de recidiva y hospitalización y mejor cumplimiento terapéutico de los trastornos médicos concomitantes. Sin embargo, las barreras para la adherencia son frecuentes, y la frecuencia de adherencia subóptima sigue siendo gravemente elevada.

Historia

- En las últimas décadas se han desarrollado abordajes para ayudar a los pacientes a seguir el tratamiento de los problemas de salud crónicos. El término «adherencia», fomentado por la Organización Mundial de la Salud, refleja que los resultados óptimos en salud requieren de esfuerzos a múltiples niveles para reducir las barreras terapéuticas que encuentran los pacientes.

Retos para la investigación y la clínica

- La adherencia del paciente es un componente necesario de la respuesta al tratamiento y de la remisión. Se necesitan definiciones y medidas estandarizadas de la adherencia para realizar comparaciones de los factores de riesgo y de los resultados de la intervención entre estudios, y para su traducción al contexto clínico. También se requiere más investigación para establecer formas eficientes y rentables en términos de coste-eficacia para mejorar la adherencia en el medio clínico. Los planes de estudio sobre la adherencia deben incluirse en la educación profesional en salud mental y en los programas de formación continuada.

Apuntes prácticos

- Se anima a los profesionales a colaborar activamente con los pacientes para seleccionar y controlar las pautas de tratamiento psiquiátrico. La adherencia óptima del paciente requiere una serie compleja de conductas. La valoración rutinaria de las barreras, tanto modificables como no modificables, para la adherencia durante todo el transcurso del tratamiento permitirá a los profesionales confeccionar abordajes terapéuticos e intervenciones para cada paciente. La educación del paciente puede potenciar la adherencia al incorporar estrategias cognitivas y conductuales a los planes de cuidados.

Perspectiva general

La mala adherencia a los tratamientos psiquiátricos es un problema clínico muy generalizado que tiene un impacto negativo en la frecuencia de respuesta al tratamiento y de remisión.^{1,2} Aunque para muchos trastornos psiquiátricos se dispone de tratamientos provisionales,³ estos no son eficaces de forma universal. Frecuentemente los pacientes enfrentan dificultades al tomar los medicamentos psicotrópicos prescritos o al asistir a las sesiones de psicoterapia recomendadas, y por ello no consiguen resultados óptimos.^{1,4} Además, algunos pacientes que

cumplen las recomendaciones terapéuticas pueden no experimentar una respuesta clínicamente significativa, y esto suele llevar a que demanden y soliciten las modificaciones de los planes de tratamiento.⁵

La Organización Mundial de la Salud ha definido la adherencia como la medida en que la conducta de los pacientes es congruente con las recomendaciones que han acordado con sus médicos.⁶ Esta definición hace hincapié en que los profesionales deben colaborar con sus pacientes al tomar decisiones sobre el tratamiento. Sin embargo, los investigadores evalúan frecuentemente la adherencia del paciente a las pautas psiquiátricas de formas que no captan la dinámica entre los pacientes, los profesionales y los sistemas sanitarios.⁷ Algunas determinaciones frecuentes son la medida en que toman los medicamentos en la dosis y en el momento prescritos, la asistencia a las consultas clínicas concertadas y la permanencia en la atención. En este capítulo se tratan estas medidas generales (resumiendo los hallazgos sobre la prevalencia de la adherencia al tratamiento psiquiátrico y las barreras para la misma). Este capítulo también subraya el hecho de que la adherencia óptima es un objetivo cambiante que implica conductas complejas del paciente y estímulos multifactoriales, y que puede reforzarse mediante estrategias enfocadas en los pacientes, los profesionales y los sistemas.

Epidemiología de la adherencia

Se estima que la prevalencia de la adherencia del paciente al uso de medicamentos psicotrópicos ha variado ampliamente debido a diferencias en las poblaciones de estudio, los diagnósticos, las clases de fármacos y a la definición de la adherencia. Sin embargo, la evidencia apoya poderosamente la noción de que entre diferentes grupos es frecuente una mala adherencia. Una proporción considerable de los pacientes de la comunidad toman una dosis diaria menor de la prescrita de antipsicóticos (34,6%), hipnótico-sedantes (34,7%), ansiolíticos (38,1%), estabilizadores del estado de ánimo (44,9%) y antidepresivos (45,9%).⁸ En un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos, aproximadamente el 57% de los que habían comenzado con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) para depresión y/o ansiedad ya no cumplían el tratamiento.⁷ De hecho, muchos pacientes con depresión (19-28%) tampoco acuden a las consultas clínicas señaladas.⁹

Los informes de adherencia a la ingesta de medicamentos psicotrópicos reflejan además los problemas de abandono prematuro del tratamiento. Además, muchos pacientes no informan a su médico de que han dejado de tomar el medicamento. En los estudios de ensayos terapéuticos para los trastornos de ansiedad (que generalmente duran 10-12 semanas), el 18-30% de los pacientes abandonaron su tratamiento prematuramente.⁴ Entre los pacientes con depresión que tomaban un ISRS, casi la mitad (47%) habían dejado de cumplir la prescripción en los primeros 2 meses tras el inicio del tratamiento.¹⁰ Igualmente, un análisis acumulado de 1.627 pacientes con psicosis tratados con antipsicóticos atípicos reveló que cerca de la mitad (53%) abandonaron su medicación poco después de comenzar el tratamiento.¹¹ Los investigadores de los Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) comunicaron que casi las tres cuartas partes (74%) de los pacientes con esquizofrenia crónica dejaban el tratamiento en los primeros 4 meses.¹²

Algunos estudios han demostrado que los adultos con depresión prefieren la psicoterapia a los antidepresivos.¹³ Sin embargo, en una muestra de pacientes de atención primaria con depresión, el 74% refrendaron que las barreras para la atención hacían muy difícil o imposible asistir a sesiones regulares de psicoterapia.¹⁴ Los metaanálisis de ensayos de terapia

cognitivo-conductual (TCC) para trastornos de ansiedad indicaban que en los pacientes que iniciaban TCC, entre el 9 y el 21% abandonaron precozmente el tratamiento.⁴

Impacto clínico y económico de la falta de adherencia

Una mala adherencia a los tratamientos psiquiátricos conduce a peores resultados clínicos y a un exceso de uso de la atención sanitaria; estos factores, a su vez, contribuyen a la carga económica de la enfermedad mental.^{1,15,16} Entre los pacientes con depresión, la falta de adherencia a los antidepresivos se asocia con mayores costes médicos⁷ y supone un 5-40% de los reingresos hospitalarios.⁹ La falta de adherencia a la medicación también es el factor predictivo más potente de recidiva tras un primer episodio de esquizofrenia, independientemente del sexo, de la edad de inicio, de la función previa, de la introspección (insight) del paciente o de otros factores clave.^{2,17} Además, los pacientes con esquizofrenia que no presentan adherencia tienen un mayor riesgo de consumo de drogas y otras sustancias, violencia y victimización, así como una peor calidad de vida global.¹⁸ Aunque está poco estudiado, la falta de adherencia del paciente también puede aumentar el riesgo de insatisfacción y fatiga en los profesionales psiquiátricos. Los hallazgos enfatizan que la intervención multifactorial para mejorar la adherencia tiene el potencial de mejorar la salud y el bienestar de la población y de reducir el exceso de utilización de la atención sanitaria, además de la mejoría individual con el tratamiento específico.⁶

Factores de riesgo de la falta de adherencia

Los factores de riesgo para la falta de adherencia son complejos y variados, y siguen sin conocerse completamente. Los hallazgos se extraen característicamente a partir de análisis secundarios o del abandono de las entrevistas en ensayos controlados aleatorizados que emplean criterios de elección estrictos y controles rigurosos del paciente.⁴ En el entorno clínico, los profesionales deben considerar y abordar estímulos multifactoriales para optimizar la adherencia del paciente (tabla 4-1). A continuación se resumen los factores de riesgo clave.

Tabla 4-1

Influencias multifactoriales sobre la adherencia al tratamiento

Factores	Ejemplos
Clínicos	Síntomas psiquiátricos que pueden interferir en la adherencia Consumo de drogas y otras sustancias Alteración cognitiva
Relacionados con el tratamiento	Eficacia del tratamiento

Factores	Ejemplos
	<p>Efectos secundarios</p> <p>Horario y frecuencia de la dosis</p> <p>Modalidad de psicoterapia</p>
Relacionados con el paciente	<p>Conocimiento sobre los síntomas psiquiátricos y sus tratamientos</p> <p>Actitudes, creencias y problemas en relación con los síntomas/tratamientos psiquiátricos</p> <p>Actitudes, creencias y problemas en relación con el sistema sanitario</p>
Relacionados con el profesional	<p>Conocimiento, actitudes y creencias en relación con los síntomas/tratamientos psiquiátricos</p> <p>Conocimiento, actitudes y creencias en relación con las barreras para la adherencia del paciente</p> <p>Uso de valoraciones e intervenciones para la adherencia durante todo el tratamiento</p> <p>Facilitación de la alianza terapéutica</p> <p>Colaboración con el paciente en la toma de decisiones terapéuticas</p>
Relacionados con el sistema	<p>Cobertura de la atención en salud mental</p> <p>Fragmentación de la atención del paciente</p> <p>Distancia del hogar del paciente respecto a la consulta/disponibilidad de atención</p> <p>Barreras económicas (transporte, financiación, cuidado de los hijos)</p> <p>Barreras para la atención en salud mental de minorías raciales/étnicas</p>
Socioculturales	<p>Actitudes y creencias en relación con los síntomas/tratamientos psiquiátricos en las comunidades identificadas del paciente (p. ej., familiares, culturales y religiosas)</p> <p>Estigma de la salud mental en las comunidades</p>
Interacciones entre factores	<p>Alianza terapéutica profesional-paciente</p> <p>Ajuste entre las preferencias/valores del paciente y los tratamientos</p>

Factores	Ejemplos
	<p>Ajuste entre los recursos/necesidades del paciente y los tratamientos prescritos</p> <p>Grado de confianza del paciente en el profesional y en el sistema sanitario</p> <p>Uso/acceso del paciente a apoyos para sortear las barreras para la adherencia</p>

Factores clínicos

Estado de ánimo

Los síntomas del estado de ánimo pueden aumentar la percepción por parte del paciente de barreras para la atención psiquiátrica e influir adversamente en su adherencia al tratamiento.¹⁴ La disforia y la desesperanza pueden reducir la motivación intrínseca para el mismo. Los pacientes que presentan enlentecimiento psicomotor, disminución de energía y mala concentración también pueden tener dificultades para implicarse en su autocuidado, asistir a las consultas, realizar las tareas de la TCC y/o tomar su medicación adecuadamente. En cambio, cuando aparece un episodio maníaco los pacientes pueden sentir como positiva la elevación del estado de ánimo y la energía, y no querer tomar medicamentos que los enlentecen. Además, cuando están afectados la introspección y el juicio, pueden no creer que tengan una enfermedad que requiera tratamiento.

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se asocian con hipervigilancia hacia los estímulos internos y/o externos, lo que puede influir en la adherencia del paciente a las recomendaciones terapéuticas de varias formas. Algunos pacientes se encuentran muy ansiosos si tienen que salir de su casa y asistir a las citas clínicas programadas. La ansiedad también puede interferir en el incremento de las dosis hasta los valores óptimos o en la reducción progresiva de los medicamentos, ya que estos pacientes pueden atribuir síntomas físicos transitorios a los cambios realizados en la dosificación de los fármacos. En los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, los rituales de recuento y los temores de contaminación pueden impedir la adherencia a las pautas de medicación y a la psicoterapia.

Psicosis

La mayoría de los informes sobre adherencia a las pautas de tratamiento psiquiátrico se han enfocado en los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia. Los problemas relacionados tanto con los trastornos como con su tratamiento representan barreras significativas para la adherencia. Algunos factores (como los síntomas positivos, el sufrimiento emocional y los efectos secundarios del tratamiento [p. ej., acatisia]) son predictivos de una mala adherencia.¹⁹⁻²³ Entre los pacientes tratados con antipsicóticos atípicos, el abandono precoz

del tratamiento se ha atribuido a su percepción de escasa respuesta, empeoramiento de los síntomas e incapacidad para tolerar los fármacos.¹¹ Es importante señalar que los pacientes que requieren un cambio o un aumento de su tratamiento actual tienen un riesgo más elevado de abandono.²⁴

Consumo de drogas y otras sustancias

El consumo de drogas y otras sustancias es un factor de riesgo importante en la falta de adherencia de los pacientes con diversos trastornos psiquiátricos.^{25,26} Los pacientes que creen que puede ser peligroso mezclar alcohol o drogas ilegales con los fármacos prescritos pueden evitar la medicación en favor de los primeros. La intoxicación y la abstinencia de drogas también influyen en la atención, la memoria y el estado de ánimo del paciente, lo que a su vez puede interferir en la adherencia. La carga económica de las drogas y otras sustancias también puede afectar negativamente a la capacidad del paciente para financiar los medicamentos y las consultas.

Factores del paciente: conocimientos, actitudes y creencias

En los diferentes trastornos psiquiátricos, la percepción de los pacientes sobre su enfermedad y su tratamiento predice de forma congruente el nivel de adherencia. Es más probable que los pacientes presenten adherencia a su pauta de tratamiento si creen que tienen una gran necesidad de este y que el riesgo de efectos adversos relacionados con los medicamentos es bajo.^{4,27,28} Por otra parte, el estigma de la salud mental, la negación del propio diagnóstico y la ausencia de introspección incrementan el riesgo de falta de adherencia.^{19,20,22,23,29} Los pacientes también pueden abandonar el tratamiento si piensan que es inútil una vez que se ha resuelto la fase aguda de la enfermedad.³⁰ En un estudio de pacientes con trastorno bipolar I, más de la mitad presentaban falta de adherencia al tratamiento 4 meses después de un episodio agudo de manía.³¹ En relación con la psicoterapia, los ensayos de TCC para la ansiedad han mostrado que los pacientes con baja motivación para el tratamiento, poca disposición al cambio y/o baja confianza en la TCC en comparación con otros tratamientos tienen un elevado riesgo de abandono precoz.

Desigualdades económicas y raciales/étnicas

Las barreras estructurales y económicas para tomar los medicamentos y asistir a las consultas (p. ej., falta de recursos para el cuidado de los hijos, transporte o financiación) son factores de riesgo importantes para la falta de adherencia.^{4,14} Los seguros de salud de EE. UU. han restringido históricamente los servicios de salud mental más que otros servicios médicos. Es más probable que algunos pacientes se priven de los medicamentos psiquiátricos si están intentando equilibrar los costes de los fármacos para varios problemas de salud.

Las desigualdades raciales/étnicas en el acceso a una atención psiquiátrica de calidad están bien documentadas.^{32,33} Sin embargo, entre los pacientes que inician una medicación o psicoterapia, la evidencia de diferencias en la idoneidad del tratamiento o la persistencia en la atención es más equívoca.³⁴ Algunos estudios de esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo indican que los pacientes negros y latinos tienen menos adherencia a los medicamentos psiquiátricos en relación con los pacientes blancos.^{24,26,31,35} En estas desigualdades puede

subyacer una combinación de factores, como el acceso a la atención psiquiátrica; las diferencias en el metabolismo, la respuesta y los efectos secundarios del medicamento, y las creencias y problemas de los pacientes con el tratamiento.³¹ Los profesionales deben tener en cuenta estos factores durante la selección, dosificación y abordaje del tratamiento.

Encuentros clínicos

Una mala alianza terapéutica médico-paciente y una ausencia de seguimiento aumentan el riesgo de falta de respuesta al tratamiento y de abandono.^{4,36} La adherencia y los efectos de la medicación deben controlarse de forma continuada. Los profesionales pueden ayudar a los pacientes a gestionar sus expectativas comentándoles que ciertos tratamientos pueden causar efectos secundarios o requerir ajustes antes de aportar beneficios para los síntomas psiquiátricos y la calidad de vida. Las siguientes secciones resumen las recomendaciones para valorar la adherencia e integrarla en todas las fases del tratamiento.

Valoración de la adherencia

Actualmente no existe una medida de referencia de la adherencia al tratamiento ni un consenso sobre el grado óptimo de adherencia de los pacientes. Los instrumentos disponibles para valorar la adherencia a los medicamentos psicotrópicos son cuestionarios realizados al paciente, diarios, pastilleros electrónicos, registros de prescripción, recuentos de pastillas, pruebas analíticas, tratamiento con observación directa e información colateral.³⁷ Los profesionales deben considerar el potencial y las limitaciones de cada método en el contexto de los recursos disponibles y el propósito que pretende la valoración. Los cuestionarios realizados al paciente³⁸ y los diarios son baratos, pero pueden estar sujetos al impacto de la discapacidad social o al olvido. Los pastilleros electrónicos aportan datos detallados de la adherencia, pero pueden ser poco prácticos cuando controlan múltiples medicamentos. La exactitud de los recuentos se reduce cuando el paciente tiene muestras gratuitas y pastillas sobrantes de otras prescripciones. Las pruebas analíticas pueden identificar la presencia de clases de medicamentos o fármacos individuales, pero no pueden confirmar la administración diaria. Cuando esté indicado, pueden usarse múltiples medidas para permitir una visión más completa de la adherencia.

Integración de la adherencia en la evolución del tratamiento

Consulta inicial

Es frecuente que los profesionales subestimen las barreras para la adherencia al tratamiento.³⁹ La adherencia debe ser un elemento explícito y central del tratamiento desde la consulta inicial ([tabla 4-2](#)). El médico empieza facilitando la alianza terapéutica de forma precoz, transmitiendo una actitud cálida, no crítica, y demostrando apoyo y compromiso con el bienestar del paciente.^{40,41} Las tareas clave consisten en explorar los valores y perspectivas del paciente en relación con sus síntomas y su tratamiento asumible. Al evaluar las barreras modificables (p. ej., información errónea acerca de los medicamentos), el profesional puede

identificar posibilidades de intervención. También debe valorar las barreras no modificables para la adherencia (p. ej., si el paciente vive lejos de la consulta) con el fin de recomendar opciones terapéuticas factibles.

Tabla 4-2

Incorporación del interrogatorio relacionado con la adherencia a la consulta inicial

Componentes	Áreas de investigación
Anamnesis de la enfermedad actual	<p>¿Qué creencias tiene el paciente sobre síntomas y tratamientos asumibles?</p> <p>¿En qué medida están relacionadas las barreras para la adherencia con los síntomas actuales?</p> <p>¿Cómo pueden afectar los síntomas actuales a las conductas de adherencia?</p>
Antecedentes psiquiátricos	<p>¿En qué medida están relacionadas las barreras para la adherencia con el riesgo psiquiátrico previo?</p> <p>¿Cuáles fueron las actitudes del paciente en relación con la medicación frente a la psicoterapia?</p>
Consumo de drogas y otras sustancias	¿El paciente está consumiendo activamente alcohol o drogas ilegales?
Antecedentes médicos	¿Cuáles son las creencias del paciente sobre las enfermedades médicas y sus tratamientos?
Medicamentos	<p>¿Qué actitudes, creencias y problemas tiene el paciente con su medicación actual?</p> <p>¿Cómo se adapta el paciente a los efectos secundarios de su medicación actual?</p> <p>¿Qué tipo de barreras para la adherencia presenta el paciente?</p>
Antecedentes familiares	¿Cuáles son las actitudes y creencias y la adaptación familiar a los síntomas psiquiátricos?
Antecedentes sociales	<p>¿Cuáles son las actitudes y creencias sobre los síntomas y tratamientos psiquiátricos en las comunidades cultural y religiosa identificadas del paciente?</p> <p>¿Cuántos problemas económicos o situaciones vitales no modificables influyen en la capacidad para obtener, almacenar y tomar ciertos medicamentos, o para asistir a la consulta?</p>

Componentes	Áreas de investigación
	¿Qué función tendría la familia en la toma de decisiones y en el control del tratamiento?
Exploración del estado mental	¿En qué medida puede influir el deterioro cognitivo, de la introspección (insight) y/o del juicio en la adherencia al tratamiento?

Planificación del tratamiento

La colaboración activa ayudará al profesional y al paciente a desarrollar un plan de tratamiento adecuado, asumible y viable. El médico puede presentar los pros y los contras de las opciones disponibles de tratamiento para llegar a las recomendaciones terapéuticas. Tras la selección del tratamiento, puede expresar su confianza en él y por tanto fomentar el optimismo en que dará lugar a un cambio positivo. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, los profesionales también deben abordar las expectativas de los pacientes exponiendo que los medicamentos pueden requerir ajustes antes de que confieran beneficios. Comentarán a los pacientes que el tratamiento puede suspenderse si es ineficaz, si causa efectos secundarios intolerables o si crea otros problemas importantes a la persona. Es importante señalar que la mejor forma de que algunos pacientes se comprometan con un plan terapéutico en particular es reforzar su sensación de que tienen la capacidad de poder decir «no».

Introducción a la adherencia

El profesional debe explicar la función de la adherencia para facilitar los objetivos del tratamiento tan pronto como sea posible. Esto abarca normalizar las dificultades de la adherencia, preparar al paciente para la valoración regular de la misma y adoptar una actitud no crítica del riesgo de sus fallos de adherencia. Dependiendo de las barreras del paciente para la adherencia, los profesionales pueden integrar estrategias específicas en el plan de tratamiento, como aumentar la frecuencia de las visitas clínicas,⁴² usar inyecciones depot de los medicamentos antipsicóticos,^{43,44} limitar el número de dosis diarias⁴⁵ y seleccionar los fármacos basándose en efectos secundarios tolerables.⁴⁶ Los autores de las 2009 Expert Consensus Guideline Series sobre la adherencia de los pacientes con enfermedad mental grave también enfatizaron la importancia, cuando existen, de los servicios que reducen las barreras logísticas para la atención.⁴⁷

Valoración continuada

La adherencia puede cambiar con el tiempo, y la utilización excesiva de los fármacos es más frecuente durante las fases precoces del tratamiento, mientras que su infrautilización es más habitual en fases tardías.⁴⁸ La evaluación inicial del paciente, con la elaboración del perfil de síntomas y de sus barreras para la adherencia, guiará la naturaleza y extensión de la valoración de la misma durante su seguimiento ([tabla 4-3](#)). Las conversaciones regulares ayudarán al profesional a forjar una relación terapéutica en la que el paciente se sienta cómodo analizando sus retos en relación con la adherencia.

Tabla 4-3

Modelos de mala adherencia al tratamiento farmacológico y problemas correspondientes que deben explorarse

Modelo de adherencia	Problemas potenciales que deben explorarse
Toma una dosis más alta de la recomendada	<p>¿Ha entendido las recomendaciones de tratamiento y/o son asumibles?</p> <p>¿Los síntomas se tratan inadecuadamente con la dosis inferior?</p> <p>¿Está abusando el paciente de la medicación?</p>
Toma una dosis más baja de la recomendada	<p>¿Ha entendido las recomendaciones de tratamiento y/o son asumibles?</p> <p>¿Los efectos secundarios son demasiado problemáticos?</p> <p>¿Se ha conseguido el efecto deseado con la dosis más baja?</p> <p>¿El paciente está preocupado por la tolerancia a la medicación o por la dependencia?</p> <p>¿El paciente está usando erróneamente la medicación sobrante?</p>
Pierde una dosis semanal	<p>¿Ha entendido las recomendaciones de tratamiento y/o son asumibles?</p> <p>¿El paciente se enfrenta a dificultades particulares los días que no toma la dosis?</p> <p>¿El paciente se salta la dosis o duplica la siguiente?</p>
Toma las pastillas cada 2 días	<p>¿Ha entendido las recomendaciones de tratamiento y/o son asumibles?</p> <p>¿El paciente se enfrenta a dificultades particulares los días que no toma la dosis?</p> <p>¿El paciente se enfrenta a dificultades económicas por el gasto que implica la medicación?</p>
Toma la medicación esporádicamente	<p>¿Ha entendido las recomendaciones de tratamiento y/o son asumibles?</p> <p>¿El paciente tiene un entendimiento o aceptación suficiente de la enfermedad que se le está tratando o del mecanismo de acción del tratamiento?</p>

El médico también debe preguntar sobre la adherencia de manera empática, sin hacer juicios de valor, usando un tono de curiosidad sincera («¿Cómo va con la medicación?»). Después de introducir el tema, el profesional puede preguntar a los pacientes qué medicamentos están tomando y cómo los toman. Las preguntas abiertas identificarán si están haciendo el tratamiento de forma incorrecta (dándose cuenta de ello o no). Un interrogatorio amable tiene menos probabilidad de parecer vergonzoso o punitivo («A muchas personas les resulta difícil tomar la medicación, ¿usted ha olvidado tomarla alguna vez?»).

Resolución de problemas en las barreras para la adherencia

La mayoría de los pacientes enfrentarán barreras para la adherencia óptima durante la evolución del tratamiento. El profesional debe invertir tiempo durante las citas clínicas para explorar la falta de adherencia y para confeccionar estrategias adecuadas para aumentarla. Un abordaje fundamental se centra en el desarrollo y mantenimiento de una alianza terapéutica fuerte con el paciente. Las secciones siguientes y la [tabla 4-4](#) aportan ejemplos de estrategias más enfocadas.

Tabla 4-4

Componentes de las intervenciones enfocadas en el paciente para reforzar la adherencia

Componentes	Estrategias de muestra
Educación	Educación sobre los síntomas objetivo, sus tratamientos y los efectos secundarios del tratamiento Información en múltiples formatos (oral, escrito, visual)
Motivación	Desarrollo de una fuerte alianza terapéutica profesional-paciente Identificación de la motivación intrínseca para la adherencia (p. ej., metas vitales) Otras recompensas y refuerzos para la adherencia Orientación entre iguales
Habilidades	SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Identificación de los pasos implicados en la adherencia óptima y barreras potenciales Creación y prueba de soluciones potenciales a las barreras Uso de metas progresivas para alcanzar el grado deseado de adherencia PENSAMIENTO ADAPTATIVO

Componentes	Estrategias de muestra
	Interrogatorio socrático para guiar al paciente en el descubrimiento de modelos problemáticos en relación con la adherencia (p. ej., desesperanza depresiva)
	Reestructuración cognitiva para generar pensamientos más realistas y útiles
	USO DE CLAVES
	Alarma diaria (teléfono móvil o reloj de pulsera)
	Pastillero o pastillero electrónico
	Aplicación en teléfono móvil para la adherencia
	Recordatorios o pegatinas escritas en zonas clave de la casa del paciente
	Recordatorios por parte de un cuidador informal
	Confección del horario de la medicación de acuerdo con el horario y las actividades de la vida diaria
Recordatorios telefónicos o en el ordenador para tomar las pastillas y/o su reposición, y para las consultas	
APOYO	Asesoramiento/educación del paciente en habilidades de búsqueda de apoyo
	Intervenciones con la familia o de grupo
	Tratamiento del caso o asesoramiento económico para mejorar el acceso a la atención
Logística	Horario simplificado de las dosis
	Control de la adherencia mediante un diario o un pastillero electrónico

Educación

Los pacientes se beneficiarán del conocimiento y de la introspección acerca de su enfermedad y su tratamiento. La educación debe aportarse en múltiples formatos (p. ej., oral, escrito, gráfico) para ilustrar los fundamentos de las dosis y horarios del tratamiento y las razones de su posible duración. Sin embargo, frecuentemente los pacientes enfrentan retos complejos y variados al abordar sus pautas de medicación. Las intervenciones que combinan la educación del paciente con estrategias cognitivas y conductuales son más eficaces que el uso de

estrategias educativas solas. Los abordajes multifactoriales han conducido a una mejoría moderada tanto en la adherencia como en los resultados clínicos en los diversos estados de salud.⁴⁹⁻⁵¹ Cuando se dispone de ellas, algunos pacientes también pueden beneficiarse de TCC u otras terapias centradas en el problema para una intervención más intensiva sobre la adherencia.

Motivación

Basándose en el modelo transteórico, la disposición al cambio puede fluctuar a través de cinco fases, desde la precontemplación (antes de comprometerse con la necesidad de tratamiento psiquiátrico) hasta su mantenimiento (ya con adherencia al tratamiento).⁵² El profesional debe explorar de forma continuada las motivaciones del paciente para el tratamiento. Según la necesidad, pueden usarse técnicas de entrevista motivacional para valorar la motivación intrínseca y resolver la ambivalencia hacia el tratamiento.⁵³ Cuando otros mandan o urgen a los pacientes a iniciar un tratamiento, estos tienen un mayor riesgo de falta de adherencia en relación con los que ya están dispuestos al cambio.⁴

Habilidades

Incluso con conocimientos y motivación para el tratamiento, muchos pacientes necesitan reforzar sus habilidades de solución de problemas para mejorar la adherencia a la pauta prescrita.⁵¹ La adherencia comprende una serie compleja de tareas. Los profesionales pueden utilizar el [cuadro 4-1](#) como punto de partida para ayudar al paciente que ha quebrantado la adherencia con pasos prácticos e identificar las posibles barreras en cada paso –como la obtención de la medicación (p. ej., dificultades para su financiación), el almacenamiento de los fármacos (p. ej., vivienda inestable o deseo de ocultar el diagnóstico psiquiátrico a un compañero del hogar), la toma de los medicamentos a su hora (p. ej., problemas de olvido o un trastorno por déficit de atención concomitante) o la aparición de problemas con el profesional (p. ej., deseo de evitar ser un «mal» paciente)–. El interrogatorio socrático puede ayudar a un paciente a descubrir pensamientos o patrones de conducta problemáticos que interfieran en la adherencia.

Cuadro 4-1 Tareas relacionadas con la adherencia para pacientes en tratamiento psiquiátrico

- Describa los síntomas psiquiátricos (frecuencia, gravedad, características).
- Comprenda la información sobre los medicamentos recomendados.
- Colabore con el profesional para tomar las decisiones terapéuticas.
- Obtenga los medicamentos prescritos.
- Guarde los medicamentos de forma segura.
- Siga la dosis y el horario de la pauta (y/o tome decisiones en relación con la toma de medicamentos cuando sea necesario).
- Identifique, trate y sobrelleve los efectos secundarios.
- Obtenga ayuda de un cuidador informal si es necesario.
- Asista a las citas clínicas de seguimiento regularmente.
- Identifique y plantee los problemas que tiene con los medicamentos.
- Continúe colaborando para dosificar y modificar la pauta según necesidad.

Una vez identificadas las barreras, el profesional puede trabajar con el paciente para crear y probar soluciones que las reduzcan. Una de las razones más frecuentes citadas por los pacientes para la falta o el retraso en el uso de los fármacos psiquiátricos es el olvido.⁸ Basándose en la intervención sobre la adherencia para los pacientes con depresión y enfermedades médicas concomitantes,⁵⁴ se les estimula a que identifiquen un plan (p. ej., poner una alarma diaria) y un método de seguridad (p. ej., pegar un recordatorio en el espejo del baño) para abordar cada barrera específica. Además, el profesional puede ayudar a revisar la pauta diaria del paciente y el horario de la medicación para acoplarlos con actividades específicas que el paciente no olvide nunca (p. ej., cepillarse los dientes o llenar la cafetera por la mañana). Finalmente, los pacientes pueden beneficiarse del aprendizaje de estrategias de pensamiento adaptativas como la reestructuración cognitiva, para reducir pensamientos de interferencia intensos (p. ej., «Mi necesidad de medicación es señal de que soy una persona débil»). El médico y el paciente revisarán el éxito de estas estrategias en cada consulta, repasándolas según la necesidad y estableciendo metas progresivas para lograr una adherencia óptima.

Los pacientes también pueden beneficiarse de las habilidades de comunicación para incrementar el apoyo social para la adherencia en su familia o comunidad. En ocasiones, los seres queridos del paciente tienen preocupación o una alta expresión emocional en el hogar en relación con el tratamiento, lo cual puede evitar la adherencia. El profesional y el paciente pueden planificar iniciar una conversación abierta de estos temas con sus seres queridos para incluirlos en la relación colaborativa e invitarlos a «andar en el camino del tratamiento» con el paciente. Para abordar los problemas de alta expresión emocional pueden ser necesarias intervenciones familiares.⁴

Logística

Como se comentó anteriormente, muchas barreras no modificables reducen el acceso de un paciente a los cuidados, como las limitaciones en la cobertura de los seguros para salud mental o en los recursos, o la movilidad limitada para asistir a las citas clínicas. Además, algunos problemas como la depresión agudizan la desesperanza de superar este tipo de barreras.⁵⁵ Los pacientes con recursos limitados necesitan un apoyo práctico y específico con ideas para la solución de problemas y para obtener acceso a los servicios disponibles. Los profesionales pueden considerar alternativas de menor coste, explorar cómo pagan los pacientes otros medicamentos y derivarlos a expertos cuando sea posible.

Orientaciones futuras

Investigación

Para comparar los resultados de los estudios y trasladar esta información a la práctica clínica se requieren una terminología y unas medidas estandarizadas de la adherencia al tratamiento. Los estudios prospectivos de la falta de adherencia que incluyan medidas a priori de los posibles factores de riesgo, medidas múltiples de la adherencia y períodos de seguimiento más prolongados aumentarán nuestra comprensión sobre ella, así como nuestra capacidad para identificar a los pacientes con riesgo de falta de adherencia o abandono del tratamiento con el tiempo. Estos hallazgos, a su vez, ayudarán a los investigadores y clínicos a enfocarse

en los factores de riesgo modificables en pacientes que necesiten intervenciones más intensivas para la adherencia.

También se necesita más investigación para establecer modos eficientes y rentables de mejorar la adherencia –particularmente entre pacientes médicamente complejos y/o con menor función–. En los modelos de atención escalonada o colaborativa los asistentes sociales proporcionan ayuda a los pacientes al consultar a un psiquiatra supervisor y a su centro de atención primaria.⁵⁶ La atención telefónica es otro modelo para mantener la implicación del paciente en sus cuidados y controlar la respuesta al tratamiento.^{57,58} Los estudios económicos cuantitativos darán un impulso a la atención privatizada y las organizaciones gubernamentales, al permitir a los investigadores demostrar que las intervenciones que mejoran la adherencia producen beneficios en el coste, como reducción de las visitas a los servicios de urgencias y de las hospitalizaciones.

Formación

En la formación de los profesionales psiquiátricos para la valoración y el abordaje de la adherencia al tratamiento existen lagunas importantes. Los programas formativos de la residencia pueden constituir una oportunidad para enseñar sobre la integración de la adherencia a la atención clínica rutinaria. Se han recomendado los siguientes componentes curriculares: 1) definición de la adherencia; 2) identificación de la relación entre adherencia y eficacia del tratamiento; 3) valoración de la adherencia; 4) intervención para reforzar la adherencia, y 5) mantenimiento de la alianza terapéutica.⁵⁹ Los congresos nacionales y los programas de formación médica continuada (FMC) constituyen ocasiones adicionales para divulgar las intervenciones de vanguardia y los resultados de la investigación.

Conclusión

La importancia de la adherencia al tratamiento en los pacientes con trastornos psiquiátricos no se exagera. La adherencia aumenta la probabilidad de que los pacientes presenten respuesta al tratamiento y remisión, reduciendo por tanto la carga de enfermedad mental en ellos y en el sistema sanitario. La mejoría de la adherencia requiere estrategias dirigidas a las barreras multifactoriales. En el contexto clínico, los profesionales deben utilizar un abordaje colaborativo con los pacientes e integrar la valoración de la adherencia y las intervenciones sobre la misma en todas las fases del tratamiento. Para ayudar a los pacientes a incrementar el conocimiento, la motivación, las habilidades y el apoyo para la adherencia al tratamiento pueden confeccionarse estrategias breves. La instrucción de los profesionales y los programas de FMC precisan aumentar la atención sobre la adherencia como una parte integral de la atención clínica y como una oportunidad para mejorar la calidad de vida del paciente y optimizar la utilización de la atención sanitaria.⁶⁰

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Akerblad A-C, Bengtsson F, von Knorring L, et al. Response, remission and relapse in relation to adherence in primary care treatment of depression: a 2-year outcome study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21:117–124.
2. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1099–1105.
3. Nathan PE, Gorman JM. *A guide to treatments that work*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2007.
4. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2012;26:583–589.
5. Gaynes BN, Warden D, Trivedi MH, et al. What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *FOCUS J Lifelong Learn Psychiatry*. 2012;10:510–517.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Available from: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>; [Cited 2013 Jul 27].
7. Cantrell CR, Eaddy MT, Shah MB, et al. Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy: a real-world comparison of adherence and economic outcomes. *Med Care*. 2006;44:300–303.
8. Bulloch AGM, Patten SB. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45:47–56.
9. Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2003;13:S69–S75.
10. Ereshefsky L, Saragoussi D, Despiégl N, et al. The 6-month persistence on SSRIs and associated economic burden. *J Med Econ*. 2010;13:527–536.
11. Liu-Seifert H, Adams DH, Kinon BJ. Discontinuation of treatment of schizophrenic patients is driven by poor symptom response: a pooled post-hoc analysis of four atypical antipsychotic drugs. *BMC Med*. 2005;3:21.
12. McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS, et al. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry*. 2006;163:600–610.
13. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW, et al. Ethnicity and preferences for depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:182–191.

14. Mohr DC, Hart SL, Howard I, et al. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* 2006;32:254–258.
15. Malla A, Norman R, Schmitz N, et al. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychol Med.* 2006;36:649–658.
16. Katon W, Cantrell CR, Sokol MC, et al. Impact of antidepressant drug adherence on comorbid medication use and resource utilization. *Arch Intern Med.* 2005;165:2497–2503.
17. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res.* 2012;139:116–128.
18. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:453–460.
19. Perkins DO, Johnson JL, Hamer RM, et al. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *Schizophr Res.* 2006;83:53–63.
20. Kamali M, Kelly BD, Clarke M, et al. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2006;21:29–33.
21. Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, et al. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:211–216.
22. Droulout T, Liraud F, Verdoux H. Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale.* 2003;29(5):430–437.
23. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med.* 2003;33:1149–1160.
24. Ahn J, McCombs JS, Jung C, et al. Classifying patients by antipsychotic patterns using latent class analysis: characteristics of nonadherent groups in the California Medicaid (Medi-Cal) program. *Value Heal J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2008;11:48–56.
25. Jónsdóttir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:23–33.
26. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, et al. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:106–113.

27. Aikens JE, Nease Jr DE, Nau DP, et al. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med*. 2005;3:23–30.
28. Aikens JE, Kroenke K, Swindle RW, et al. Nine-month predictors and outcomes of SSRI antidepressant continuation in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:229–236.
29. Yen C-F, Chen C-S, Ko C-H, et al. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:403–409.
30. Byrne N, Regan C, Livingston G. Adherence to treatment in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:44–49.
31. Fleck DE, Keck Jr PE, Corey KB, et al. Factors associated with medication adherence in African American and white patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:646–652.
32. Samnaliev M, McGovern MP, Clark RE. Racial/ethnic disparities in mental health treatment in six Medicaid programs. *J Health Care Poor Underserved*. 2009;20:165–176.
33. Alegría M, Chatterji P, Wells K, et al. Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiat Serv*. 2008;59:1264–1272.
34. Teh CF, Sorbero MJ, Mihalyo MJ, et al. Predictors of adequate depression treatment among Medicaid-enrolled adults. *Health Serv Res*. 2010;45:302–315.
35. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004;161:692–699.
36. Wang PS, Schneeweiss S, Brookhart MA, et al. Suboptimal antidepressant use in the elderly. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25:118–126.
37. Velligan DI, Lam Y-WF, Glahn DC, et al. Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: a review of the literature. *Schizophr Bull*. 2006;32:724–742.
38. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67–74.
39. Norell SE. Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance. *Soc Sci Med [E]*. 1981;15:57–61.
40. Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, et al. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1211–1218.

41. Priebe S, Watts J, Chase M, et al. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2005;187:438–443.
42. Patel NC, Crismon ML, Miller AL, et al. Drug adherence: effects of decreased visit frequency on adherence to clozapine therapy. *Pharmacotherapy.* 2005;25:1242–1247.
43. Parellada E, Andrezina R, Milanova V, et al. Patients in the early phases of schizophrenia and schizoaffective disorders effectively treated with risperidone long-acting injectable. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2005;19:5–14.
44. Laux G, Heeg B, van Hout BA, et al. Costs and effects of long-acting risperidone compared with oral atypical and conventional depot formulations in Germany. *Pharmacoeconomics.* 2005;23:49–61.
45. Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, et al. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:354–360.
46. Young SD, Oppenheimer DM. Different methods of presenting risk information and their influence on medication compliance intentions: results of three studies. *Clin Ther.* 2006;28:129–139.
47. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pr.* 2010;16:306–324.
48. Demyttenaere K, Mesters P, Boulanger B, et al. Adherence to treatment regimen in depressed patients treated with amitriptyline or fluoxetine. *J Affect Disord.* 2001;65:243–252.
49. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, et al. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol.* 2003;23:389–399.
50. Vergouwen ACM, Bakker A, Katon WJ, et al. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:1415–1420.
51. Safren SA, Otto MW, Worth JL, et al. Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behav Res Ther.* 2001;39:1151–1162.
52. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical model of change. In: Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration.*, New York: Basic Books; 1992:300–334.
53. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change.* New York: Guilford Press; 2013.

54. Safren S, Gonzalez J, Soroudi N. *Coping with chronic illness: a cognitive-behavioral approach for adherence and depression therapist guide*. ed 1 New York: Oxford University Press; 2007.

55. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, et al. Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *J Clin Psychol*. 2010;66:394–409.

56. Fann JR, Fan M-Y, Unützer J. Improving primary care for older adults with cancer and depression. *J Gen Intern Med*. 2009;24:S417–S424.

57. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, et al. Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. *JAMA*. 2012;307:2278–2285.

58. Cook PF, Emiliozzi S, Waters C, et al. Effects of telephone counseling on antipsychotic adherence and emergency department utilization. *Am J Manag Care*. 2008;14:841–846.

59. Weiden PJ, Rao N. Teaching medication compliance to psychiatric residents: placing an orphan topic into a training curriculum. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2005;29:203–210.

60. Rosenbaum L, Shrank W. Taking our medicine—improving adherence in the accountability era. *N Engl J Med*. 2013;22:694–695.

(Stern, 20171024, pp. 38.e1-45.e2)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.