



MODALIDAD

PONENCIA



CONGRESOS PI  
by PSYCHOLOGY INVESTIGATION

**QUE ASPECTOS SON RELEVANTES AL HABLAR DE  
ADHERENCIA FAMILIAR EN EL TRASTORNO MENTAL  
GRAVE**

**Ernesto Martín Padilla\***  
**Universidad de la Sabana**  
**Colombia**

El proyecto pertenece a la línea de investigación “Salud y Contextos de Interacción” del grupo de investigación PROCESOS PSICOLÓGICOS Y CONTEXTO SOCIAL, de la Facultad de Psicología. Participa simultáneamente el grupo KHEIRON BIOÉTICA UNISABANA de la facultad de Medicina, en cuya línea de investigación “Bioética Clínica” se inscribe simultáneamente este proyecto.

Este trabajo plantea que la inclusión de la familia a los procesos de intervención en el caso de pacientes con trastorno mental grave (TMG) es de gran relevancia, ya que los trastornos mentales no solo impactan al paciente, sino directamente a sus relaciones más significativas, es decir a sus familiares y allegados, en distintas formas: “La presencia de un enfermo crónico altera a todos los miembros de la familia; en particular, la persona que lo cuida enfrenta sobrecarga de trabajo y niveles intensos de estrés” (Trujano, Ávila, Vega & Nava, 2012, p. 78).

. El término de Trastorno Mental Grave (TMG) hace referencia a una condición clínica de alta prevalencia y cronicidad, que implica una duración prolongada que puede conllevar a un grado de discapacidad y disfunción social (Ministerio de sanidad y política social 2009). Ortiz, Alonso, Ubis y Ruiz (2010) destacan como rasgo distintivo de la cronicidad y gravedad del trastorno mental “la aparición en el paciente de síntomas persistentes e incapacitantes para el desarrollo de la vida cotidiana” (p. 4). Goldman *et al* (1981, citados por Ortiz, *et al.*, 2010) incluyen en esta categoría de trastorno mental grave a personas que padecen síndromes cerebrales orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresivos, maniicodepresivos recurrentes y

psicosis paranoides o de otros tipos. Estas personas “soportan un grado variable de discapacidad y disfunción social, lo que les conduce a tener dificultades para desenvolverse autónomamente en la comunidad e integrarse socialmente” (Ortiz, *et al*, 2010, p.7).

En el mundo, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe el tratamiento más elemental (Ministerio de la Protección Social, 2003). Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción en materia de salud mental. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012)

## **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

La adherencia terapéutica es uno de los retos más importantes de la medicina en general, y la psiquiatría y psicología. Se ha definido adherencia como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo” (NCCSDO, 2005). En el proceso de atención terapéutica en enfermedades crónicas como el trastorno mental grave (TMG) se considera que la “no-adherencia” a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica y se puede atribuir tanto al paciente como a la familia, dado que el paciente psiquiátrico tiene factores que limitan su autonomía y su capacidad de comprender y asumir responsabilidad sobre su salud, por lo que el papel de la familia es definitiva (Roca, *et al*, 2007).

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

## **MEMORIAS VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

puesto de manifiesto que la falta de cumplimiento es un hecho global e inherente a la naturaleza humana, en diversas áreas de la medicina como reumatología, cardiología, pediatría y psiquiatría (Sackett, *et al.*, 1978; Freire, 1986; Strunk, *et al.*, 2002). En la práctica clínica se observa una mayor dificultad para la consecución de la remisión clínica tras las discontinuaciones del tratamiento. Por otra parte, implica unos altos costes sanitarios (Thieda, *et al.*, 2003; Gilmer, *et al.*, 2004). Hasta la actualidad, los principales factores de riesgo señalados para el incumplimiento han sido el incumplimiento previo, un deficiente insight, una actitud negativa o una respuesta subjetiva al tratamiento, la dependencia a tóxicos actual o pasada, la deficiente alianza terapéutica, un menor tiempo de evolución y altas hospitalarias sin un plan de seguimiento y/o un entorno adecuados (Lacro, *et al.*, 2002; Ascher, *et al.*, 2006).

De otra parte, no se puede abordar a la persona diagnosticada con un trastorno mental o físico como el único objetivo en la intervención, ya que la familia se constituye en el sistema consultante, y va a verse involucrada en el proceso de atención. Al respecto, Launer (2006) señala la necesidad de desarrollar modelos de trabajo conjunto con las familias y además, destaca la importancia de emplear estrategias dialógicas y reflexivas orientadas a generar cambios en el significado de la experiencia, abogando por una modalidad de intervención colaborativa. En este sentido, ha habido avances en el tratamiento con personas con trastornos psicológicos, donde se ha involucrado a la familia en la atención, como una unidad, basándose en las siguientes premisas:

a) Que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad; y b) Que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados” (Hernández, *et al.*, 2006, p. 140).

En el caso del trastorno mental grave (TMG), esto se hace mucho más relevante, dada la complejidad de la evolución del cuadro clínico, que se convierte en crónico, muchas veces con deterioro gradual. En esta situación “se requiere que los pacientes se enfrenten a un número de diferentes prácticas de autocuidado y adherencia a los complejos regímenes

basados en el hogar que a menudo son recomendados por el cuidado de la salud” (Ok, Marks & Allegrante, 2008, p. 637).

El proyecto por lo tanto tiene como un propósito desarrollar una caracterización que permita evaluar la participación activa de la familia en el proceso de intervención, por medio de la construcción del concepto de “adherencia familiar” en el marco de la salud mental.

## **MÉTODO**

El estudio tiene dos fases, una primera fase cualitativa y una segunda fase (en desarrollo) cuantitativa. En la primera fase, que se reporta en este trabajo, se diseñó un método de construcción de una caracterización, desde un enfoque social interpretativo. Se emplearon como estrategias de indagación las entrevistas semiestructuradas. Se llevaron a cabo doce entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud (Médico psiquiatras, Psicólogos y enfermeras), con experiencia en atención a familias de pacientes con trastorno mental incapacitante. Como estrategia de validación y triangulación, se usó la técnica DELPHI, con una encuesta de resultados para corroborar consensos y diferencias en los participantes; nueve de ellos hicieron la retroalimentación. Los análisis de la información cualitativa se realizaron desde el procedimiento propio de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002). Se utilizó como apoyo el Atlas-ti 6.0.

## **RESULTADOS**

Todos los resultados fueron consensuados como pertinentes para la resiliencia familiar por parte de los participantes, lo que indica saturación de la información. Dichos resultados se organizaron en dos categorías que agruparon los aspectos de la adherencia de la familia frente al proceso terapéutico, denominadas como: a) familia y tratamiento y b) actitudes de la familia hacia el paciente. Una tercera categoría, que funciona como contraste, fue c) factores que afectan negativamente la adherencia familiar. Estos resultados están en proceso de publicación (Martín, Obando & Sarmiento, en prensa)

# MEMORIAS VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN PSYCHOLOGY INVESTIGATION

## CATEGORÍA I: FAMILIA Y TRATAMIENTO

**1. COOPERACIÓN CON EL TRATAMIENTO:** Que el rol de la familia sea de acompañamiento al consultante en el proceso terapéutico, participando de forma activa, asistiendo a las consultas, ayudando al paciente a seguir su tratamiento visitando al paciente si está hospitalizado y participando en las actividades que la institución propone. Igualmente, la familia debe brindar apoyo económico y en los trámites legales para garantizar la atención al paciente.

**2. CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD:** Que a familia tenga conocimiento acerca de la enfermedad y del tratamiento buscando apoyo y asesoría de profesionales para el manejo del paciente, y tenga conciencia de la enfermedad y la promueva en el paciente.

**3. ATENCIÓN A LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:** Que la familia este pendiente de la evolución de la enfermedad y alerte sobre los cambios del paciente, mantenga una comunicación suficiente y adecuada con los profesionales tratantes, y verifique las dificultades en la evolución del tratamiento.

## CATEGORÍA II: ACTITUDES FAMILIARES HACIA EL PACIENTE

**CUIDADO AL PACIENTE:** Que la familia se apoye entre sus miembros y al cuidador, se haga cargo del paciente y de sus necesidades, y adquiera rutinas y hábitos que favorezcan el cumplimiento del proceso terapéutico.

**PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE:** Que la familia anime al paciente para desempeñarse en tareas de autocuidado, y le permita expresar sus opiniones, emociones y necesidades.

**VINCULACIÓN AFECTIVA CON EL PACIENTE:** Que la familia brinde apoyo emocional al paciente, evite reaccionar negativamente ante los síntomas, y conserve un vínculo afectivo manteniendo muestras de afecto entre sus miembros.

### **CATEGORÍA III: FACTORES QUE AFECTAN NEGATIVAMENTE LA ADHERENCIA FAMILIAR**

**DISTORSIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO MENTAL:** El desconocimiento o la negación de la familia de la enfermedad, la oposición al tratamiento por creencias religiosas y culturales de la familia, o las interpretaciones inadecuadas acerca de las reacciones del paciente que puedan propiciar hospitalizaciones innecesarias.

**ACTITUDES NEGATIVAS DE LA FAMILIA Y DEL PACIENTE:** El aislamiento social del paciente por parte de la familia por sentimientos de vergüenza o estigmatización de la enfermedad, Las experiencias negativas con el paciente, El abandono y la delegación de la responsabilidad por parte de la familia, Los problemas de relación entre los miembros, o La resistencia del paciente a que la familia se involucre.

### **CONCLUSIONES**

Los profesionales de la salud que participaron en esta investigación coinciden en la relevancia del concepto de “adherencia familiar” para los tratamientos de pacientes con trastorno mental grave. En este sentido, La familia debe manifestar su compromiso para seguir el tratamiento elegido en cada uno de los términos consensuados con el médico, participando y colaborando con la institución, con el paciente y el cuidador. En los pacientes reacios a tomar la medicación se debe intentar persuadirlos y conseguir un cambio de actitud con respecto a la terapia. Igualmente, como se señala en estudios previos, es importante iniciar tratamiento solo en los pacientes convencidos en los que se ha conseguido el consenso y compromiso con el mismo (Knobel, *et al.*, 2000); en este punto, la psicoeducación al

## **MEMORIAS VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

paciente y su familia es la estrategia no para prevenir una mala adherencia terapéutica, evitando así cambios innecesarios en el tratamiento (Roca, *et al.*, 2007).

Como estrategia para la participación de las familias en los procesos terapéuticos, (Ortiz, *et al.*, 2010) indican el construir una alianza terapéutica para modificar las creencias sobre la enfermedad, incrementar la capacidad de solucionar problemas, disminuir la angustia y la culpa, mantener expectativas razonables y educir la atmosfera familiar adversa, resguardando así el bienestar de todos los miembros.

Finalmente, estos resultados apuntan a una segunda fase, donde se avance en la construcción y validación de un instrumento psicométrico para evaluar la calidad de la adherencia familiar al tratamiento.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Ascher, H., Zhu, B., Faries, D., Lacro, J., & Dolder, C. (2006). A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7),1114-1123.
- Freire B. (1986). Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 6, 23-42.
- Gilmer, T., Dolder, D., Lacro, J., Folsom, D., Lindamer, L., García, P., et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699.
- Hernández, I., Fernández, M.A, Irigoyen, A. & Hernández, M.A (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en medicina familiar*, 8(2), 137-143



- Kingdon, D., Rathod, S., Hansen, L., Naeem, F., & Wright, J. (2007). Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(1): 28-36.
- Knobel, H., Codina, C., Miró, J. M., Carmona, A., García, B., Antela, A et al. & Viciano, P. (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 18(1), 27-39
- Launer, J. (2006). New stories for old: Narrative based primary care in Great Britain. *Families Systems and Health*, 24 (3), 336-344.
- Martín, E., Obando, D. & Sarmiento, P. (En prensa). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social.
- Ministerio de sanidad y política social (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D [NCCSDO] (2005). Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Disponible en: [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1412-076\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012), *Encuesta mundial de salud mental 2012*. [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/)
- Ortiz, A., Alonso, I., Ubis, A. & Ruiz, M. (2010). *Trastorno mental grave de larga evolución*. Barcelona: Masson.
- Roca, M., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodríguez, A., & Giner, J. (2007). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso Clínico Español. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35.

## MEMORIAS VI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Sackett, D., Haynes, R., Gibson, E., Taylor, D., Roberts, R., & Johnson A. (1978). Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling and Health Education*, 1, 18-21.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia.

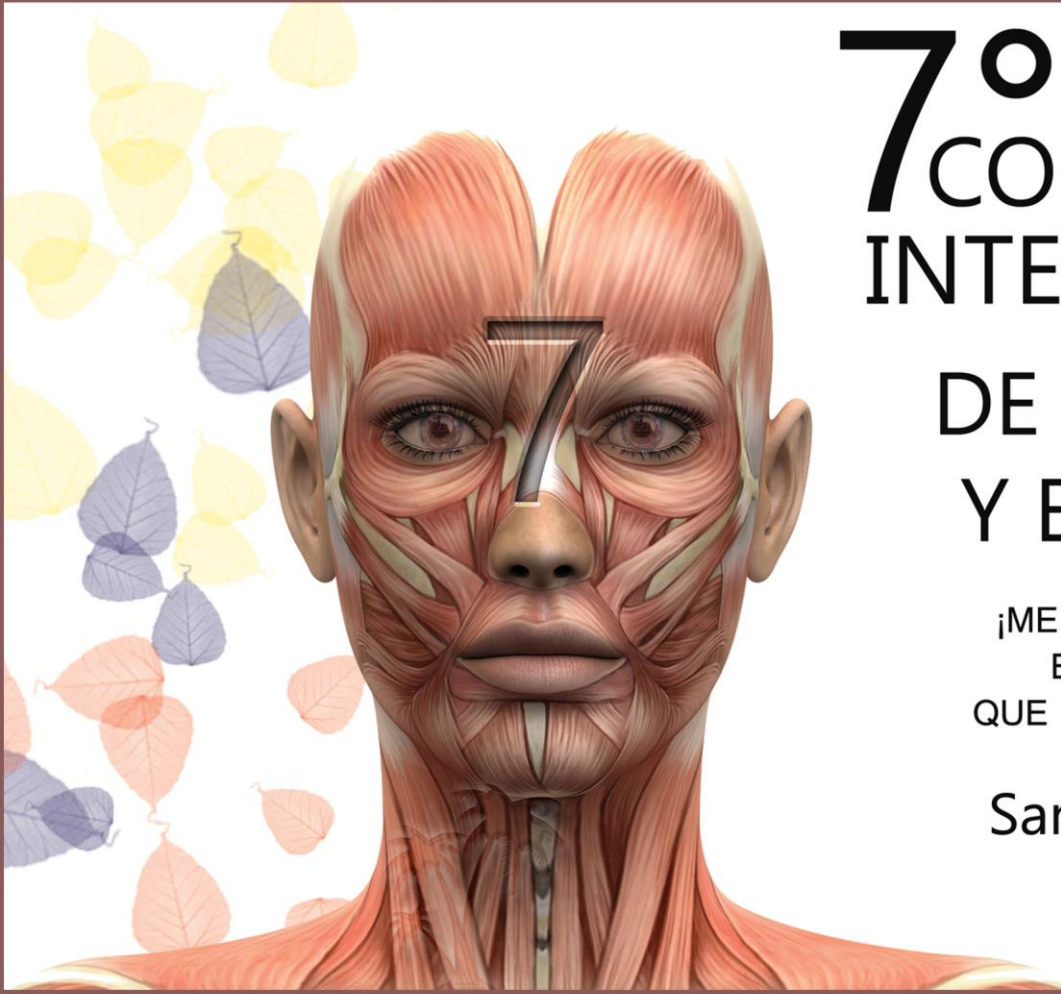
Strunk, R., Bender, B., Young, D., Sagel, S., Glynn, E., Caesar, M., et al. (2002). Predictors of protocol adherence in pediatric asthma clinical trial. *Journal of Allergy and Clinic Immunology*. 2002, 110, 596-602.

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

Trujano, R., Ávila, D., Vega, Z. & Nava, C. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en psicología*, Año XVI (26), 78-84

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

**PSYCHOLOGY INVESTIGATION**



# 7<sup>o</sup> CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA Y EDUCACION

¡ME MIRAS PERO NO ME VES  
ENTONCES QUE ES LO  
QUE REALMENTE QUIERES VER!

Santa Marta Colombia  
2018



CONGRESOS PI  
by PSYCHOLOGY INVESTIGATION