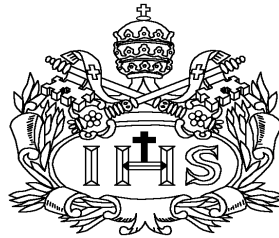


**VIVENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO FRENTE AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO EN EL INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA  
NERVIOSO BOGOTA OCTUBRE 2008**



**MAGDA ROCIO MORA SEPÚLVEDA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA  
BOGOTÁ DC., 2008**

**VIVENCIAS DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO FRENTE A LA ADHERENCIA DEL  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL INSTITUTO COLOMBIANO DEL  
SISTEMA NERVIOSO BOGOTA OCTUBRE 2008**

**Presentado por:**

**MAGDA ROCIO MORA SEPÚLVEDA**

**Trabajo de Grado como requisito parcial para optar por el título de  
Profesional de Enfermería**

**ASESORA:  
MARIBEL PINILLA**

**Enfermera**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA  
BOGOTÁ DC. 2008**

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION .....	10
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	14
3.1. Definición de términos.....	23
4. OBJETIVOS.....	27
4.1. Objetivo General .....	27
4.2. Objetivos Específicos: .....	27
5. PROPOSITOS .....	28
6. MARCO TEÓRICO.....	29
6.1 Generalidades.....	29
6.2 Psicofármacos.....	33
6.3 Tratamiento farmacológico. Adherencia e incumplimiento y vivencias.....	37
7. DISEÑO DE LA METODOLÓGICO.....	47
7.1 Tipo de Estudio.....	47
7.2 Población de estudio.....	47
7.3 Muestra.....	50
7.4 Recolección de Datos.....	50
7.5 Organización y sistematización de la información.....	50
8. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO.....	52
9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	54

9.1. Datos personales y sociodemográficos de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.....	53
9.2. Vivencias de los pacientes, antes durante y después del tratamiento farmacológico.....	62
<b>10. CONCLUSIONES.....</b>	<b>85</b>
<b>11. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>87</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>88</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las vivencia del paciente psiquiátrico frente al tratamiento farmacológico.....	24
Tabla 2: Diagnostico Médico de los pacientes entrevistados , hospitalizados y de Clínica Diurna, institución de tercer nivel, Bogotá 2008.....	53
TABLA 3: Rango de edades de los pacientes psiquiátricos entrevistados Hospitalizados y de Clínica diurna.....	54
Tabla 4: Conformación del núcleo familiar de los pacientes entrevistados , institución de tercer nivel, Bogotá 2008 .....	55
Tabla 5: Estrato Social de los pacientes entrevistados, hospitalizados y de Clínica Diurna.....	57
Tabla 6: Servicio de salud de los pacientes entrevistados , hospitalizados y de Clínica Diurna.....	58
Tabla 7: Nivel educativo de los pacientes entrevistados hospitalizados y de Clínica Diurna.....	59
Tabla 8: Género de los pacientes entrevistados, hospitalizados y de Clínica Diurna.....	59

Tabla 9: Procedencia urbana/rural de los pacientes entrevistados, hospitalizados y de Clínica Diurna.....	60
Tabla 10: Estado Civil, hospitalizados y de Clínica Diurna.....	60
Tabla 11: Ocupación de los pacientes hospitalizados y de Clínica Diurna.....	61
Tabla 12: Conocimientos y actitudes previas a la toma de medicación en pacientes hospitalizados, institución de tercer nivel, Bogotá 2008.....	62
Tabla 13: Pensamientos, sentimientos y comportamientos de los pacientes hospitalizados durante la toma de medicación psiquiátrica, institución de tercer nivel, Bogotá 2008 .....	67
Tablas 14: Aprendizajes que le ha dejado la toma de la medicación psiquiátrica a los pacientes psiquiátricos, institución de tercer nivel, Bogotá 2008 .....	76

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	92
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	95

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer las vivencias del paciente psiquiátrico frente a la adherencia del tratamiento farmacológico en una institución de tercer nivel de atención, Bogotá octubre 2008, donde se tuvieron en cuenta tres tiempos importantes de las vivencias de los pacientes en el antes, el durante y el después, en donde se indago: el antes los conocimientos y actitudes previos del paciente sobre la medicación psiquiátrica, la fuente de información y las actitudes frente al tener que tomar medicación; en el durante se indago sobre: los pensamientos, sentimientos y comportamientos frente a la toma de la medicación psiquiátrica y en el después identificar la percepción de los pacientes psiquiátricos después de haber recibido tratamiento farmacológico para el manejo de su enfermedad y lo que recomendarían a otros que tuvieran que seguir un tratamiento farmacológico. Para ello se realizo un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, en los periodos comprendidos entre agosto y diciembre del año 2008, se aplico la entrevista a 20 pacientes psiquiátricos que se encuentran hospitalizados en dicha institución psiquiátrica de tercer nivel de atención sin realizar comparaciones con otros grupos, se solicito su consentimiento para la participación y las entrevistas fueron grabadas, posteriormente transcritas con la mayor exactitud posible. Los resultados permitieron identificar que no es suficiente conocer sobre los medicamentos, y tener conciencia de la enfermedad sino que es más importante la actitud que el paciente asuma hacia la toma de estos, además que con el transcurrir del tiempo, donde hay experiencias de síntomas, de toma de medicación, de efectos secundarios y de rehospitalizaciones, es que los pacientes aprenden a manejarla. De modo que es importante que se continúe con la exploración del cuidado por parte del personal de enfermería dado que la falta de adherencia en el tratamiento puede reflejarse en el deterioro y el



bajo éxito del tratamiento terapéutico que finalmente intervendrá en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

**Palabras clave:** adherencia al tratamiento farmacológico, vivencias de pacientes psiquiátricos, psicofármacos.

### **ABSTRACT**

The following study had as an objective to know the patients' psychiatric experiences against the adherence of the pharmacological processing in an institution of third level of attention, Bogota October 2008, where we kept in mind three important times of the experiences of the patients before, during and later, so we investigated: before the know-how and prior attitudes of the patient about psychiatric medication, information and attitudes of taking medications; during we investigated on: the thoughts, feelings and behaviors set against it takes of the medications psychiatric and in the later to identify the perception of the psychiatric patients after having received pharmacological processing for the management of their illness and what it would recommend other that had to continue a pharmacological processing. That's what we carried out a study of descriptive, qualitative type, in the periods understood between August and December of 2008, I set up the interview to 20 psychiatric patients that are currently in hospitalized at the psychiatric institution in third level of attention without carrying out comparisons with other groups, we requested their consent for the participation and the interviews were engravings, subsequently transcribed with possible the greater accuracy. The results permitted to identify that is not sufficient to know on the medicines, and to have conscience of the illness but it is more important the attitude that the patient assume toward it takes of these, besides with the pass of time, where there are experiences of symptoms, of takes of medications, of secondary effects and of re hospitalizations, the patients learn to handle it. So that is why it is important continue with the exploration of the taken care of on the part of the personnel of nursing given that the lack of adherence in the processing can be reflected in the deterioration and the low success of the therapeutic processing that finally will intervene in the quality of life of the patients and its families.

**Keywords:** experiences, adherence to the pharmacological processing, psychiatric patients, patient psychiatric.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Mental día a día ha venido incrementándose, y representa un problema importante de salud pública a nivel mundial, capaz de producir importantes alteraciones individuales, familiares y sociales. Dada esta situación, la OMS ha recomendado incluir planes y proyectos de atención en todos los niveles de atención dirigido no solo a la prevención sino al tratamiento oportuno de estas enfermedades<sup>1</sup>.

Se han identificado diferentes aspectos que dificultan la adecuada atención de los pacientes psiquiátricos como lo son: la presión social, dificultad para reconocer la enfermedad, problemas en la definición del diagnóstico y la dificultad al tratamiento farmacológico, entre éste, el incumplimiento de los pacientes frente al tratamiento psicofarmacológico, que altera sustancialmente la adherencia al tratamiento y por lo tanto el pronóstico de las personas que padecen de enfermedad mental.

Teniendo en cuenta esta situación, la investigadora realizó un estudio cualitativo, que permitió conocer las vivencias de los pacientes frente al tratamiento farmacológico, información que se obtuvo directamente de los pacientes con enfermedad mental, hospitalizados total y parcialmente en una institución especializada de tercer nivel de atención. Como criterios de inclusión de la muestra se tuvieron en cuenta para este estudio, el haber sido diagnosticados mínimo desde hace tres años con enfermedad mental, no estar cursando con manifestaciones psicóticas, con el fin de controlar el sesgo de información, y, por

---

<sup>1</sup> Dr. Sabogal G. Miguel **COMUNICADO DE PRENSA ASOCIACION COLOMBIANA PARA LA SALUD MENTAL**, martes 10 de octubre de 2006, Bogotá, <http://www.acsam.com.co/paginas/noticias/diamundialsaludmentalacsam.html>, consultado: (nov.10/ 2008)

consideraciones éticas, sólo se incluyeron pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

Se entrevistaron 20 pacientes con enfermedad mental de los cuales 12 fueron hombres y 8 mujeres, entre los 16 y 60 años. Presentaban diagnósticos de:, trastorno bipolar (7), esquizofrenia (5), depresión (4), episodio psicótico agudo (2), anorexia nerviosa (1), trastorno de personalidad (1), lo cual permitió contar con una muestra representativa en cuanto a las diferentes etapas del ciclo vital y a diferentes entidades psiquiátricas.

A partir del análisis de los datos obtenidos, se pudo conocer las vivencias de estos pacientes frente al tratamiento farmacológico, consideradas a través del tiempo antes, durante y después del inicio de tratamiento farmacológico. En relación a las vivencias antes del inicio del tratamiento farmacológico, se encontró que 11 de los pacientes dijeron tener algún conocimiento de la medicación psiquiátrica obtenida de médicos, de los amigos y la gente, sin precisar la calidad de estos conocimientos. 9 de los 20 pacientes refirieron actitudes de inconformidad, de asumir el tratamiento por exigencia externa, o porque toca. Sólo tres refirieron necesitarla para aliviar los síntomas; y de los 20 sólo 1 refirió necesitar tomarla porque es consciente de la enfermedad. Se pudo identificar también que a pesar de tener conocimientos sobre la enfermedad, la toma de la medicación depende más de la actitud que asume el paciente.

Durante el tratamiento farmacológico la mayoría de los pacientes en cuanto a sus pensamientos, refirió similitud entre positivos y negativos frente a la toma de medicación, sentimientos de incomodidad y depresión frente a los efectos secundarios, de los que en su mayoría refirieron sueño. En cuanto al comportamiento durante la toma de medicación, 12 de los pacientes refirieron recibir apoyo en la administración de la medicación ya sea por el papá, la mamá,

o por una enfermera, y solo 8 pacientes la toman sin recibir apoyo de nadie, pero las razones externas a su voluntad , lo que indica que la mayoría de los pacientes requieren de un apoyo externo, o de un control externo para tomar su medicación y no por verdadera conciencia de su enfermedad para enfrentarla . Se indago de igual manera frente a la toma de la medicación siquiátrica a lo que solo 4 francamente respondieron que incumplían en el tratamiento , 3 respondieron que eran cumplidos en la toma de medicación y el resto manifestó otras causas por las que habían recaído.

En relación a las vivencias después de llevar varios años con su tratamiento farmacológico , las vivencias son más alentadoras y es que una buena parte de los pacientes refiere expresar cambios positivos en sus síntomas y de conciencia de enfermedad:”es muy dura”, a veces soy pesimista” “a veces me deprimó”, vivencias que se correlacionan con la cronicidad de estas enfermedades. Finalmente la mayoría si recomendaría a otras personas que la tomarán. Esta situación muestra que tal vez es solo con el transcurrir del tiempo, donde hay experiencias de síntomas, de toma de medicación, de efectos secundarios y de re-hospitalizaciones, que los pacientes aprenden a manejarla.

Estos resultados son de gran importancia, para los profesionales de la salud, que atienden este tipo de pacientes, especialmente para enfermería, quien proporciona un cuidado directo al paciente y a su familia ya que es la encargada de promover estrategias, conociendo la realidad de los contextos, en este caso las vivencias de los pacientes frente al tratamiento farmacológico; para lograr una mejor adherencia de los pacientes al tratamiento, eje principal para mantener el control de los síntomas y en este sentido lograr una mejor calidad de vida para este grupo poblacional. De igual forma esta investigación pretende a través de su divulgación, reflexionar a cerca del mantenimiento o la creación de nuevas políticas

institucionales y gubernamentales que aseguren un mejor pronóstico y evolución de los pacientes que sufren de enfermedad mental.

## **2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

Se reconoce la importancia de conocer las vivencias de los pacientes en relación al tratamiento farmacológico ya que estas van a permitir conocer e identificar aspectos que alteran o facilitan el acceso terapéutico farmacológico, parte fundamental en el control de los síntomas. Por tal motivo se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuales son las vivencias de los pacientes psiquiátricos frente al tratamiento farmacológico en una Institución de atención de tercer nivel? Bogotá. 2008.

### 3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

En la actualidad cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta, por diferentes factores neuropsiquiátricos, presentando exhibiendo alteraciones de las funciones mentales que están directamente relacionadas con el funcionamiento físico, social y con el estado de salud en general.

En los años 1990 - 2000 la Organización Mundial de la Salud realizo los estudios mundiales de carga de la enfermedad (Global Burden of Disease GBD) en el cual se estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10.5% del total de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD), a causa de enfermedades o trastornos mentales; para el año 2000 esta cifra aumentó a un 12.3%.

Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades, prevalecen tres tipos de trastornos psiquiátricos: los de tipo depresivo unipolar, las lesiones auto infringidas y los trastornos por consumo de alcohol. Teniendo en cuenta la edad, en el grupo de 15 a 45 años de edad se ubicaron seis de los trastornos psiquiátricos más prevalentes, estos fueron trastornos depresivos bipolares, trastornos por consumo de alcohol, lesiones auto infringidas, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y el trastorno de angustia.

El GBD muestra que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables 30.8% de los años perdidos por discapacidad, resaltando la depresión con una proporción del 12% del total de trastornos mentales discapacitantes <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Protección Social, Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, editado por el Ministerio de Protección social y Fundación FES Social 2005, pag: 13, 14, 55, consultado: (Dic/ 15/ 2008)Bogotá.

La discapacidad por trastornos mentales y neurológicos es elevada en todas las regiones del mundo sin embargo, como proporción del total es comparativamente menor en los países en vía de desarrollo debido a la gran carga de otras enfermedades como las transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.

Dada la magnitud de la problemática, los trastornos mentales se establecen como un problema de salud pública, por los costos que implican y por su alto impacto en los individuos, las familias, comunidades y para la sociedad en general. Teniendo en cuenta la importancia de la Salud Mental en el bienestar de los individuos, la Organización Mundial de la Salud ha indicado a todos los países y comunidades en general sobre la importancia de garantizar la salud mental, creando estrategias y proyectos que permitan disminuir la incidencia de enfermedad mental de los individuos y de todos los grupos poblacionales.

El gobierno nacional ha reconocido que existe una serie de falencias alrededor del área de la salud mental, no hay una adecuada investigación en esta área y falta información sobre la prevalencia de trastornos mentales. En el 2002 el Ministerio de Salud ahora Ministerio de Protección Social, identificó la necesidad y pertinencia de realizar un nuevo estudio nacional de salud mental para identificar estas necesidades. Por tal motivo, se unió a la iniciativa de realizar una Encuesta sobre Salud Mental, liderada por la Organización Mundial de la Salud y la Universidad Harvard. En esta se encontró que los trastornos mentales tienen alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento. Más de la mitad de las personas con trastornos mentales severos en Estados Unidos y en algún país europeo no están recibiendo tratamiento y la situación es aún peor en algunos países en desarrollo.

Específicamente los hallazgos de la encuesta realizada por la OMS publicada en el Journal of the American Medical Association (JAMA), muestran con claridad, la alta prevalencia y la carga de los trastornos mentales a nivel mundial, que a pesar



de los tratamientos disponibles permanecen sin atención. El primer reporte de encuesta Mundial de Salud Mental de la OMA incluye 14 países (6 menos desarrollados y 8 desarrollados) con datos de prevalencia, severidad y tratamiento de trastornos mentales de 60.463 entrevistas realizadas a adultos entre el 2001 y el 2003 en América (Colombia, México, Estados Unidos), Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Ucrania) África (Líbano, Nigeria) y Asia (Japón y encuesta separada en Bejín y Shanghái y en la república popular de China); los investigadores encontraron que la prevalencia de algún trastorno en el año previo vario ampliamente de 4.3% en Shanghái a 26.4% en Estados Unidos y 33.1 en Colombia<sup>3</sup>.

En Colombia la presencia de estos trastornos clasificados por regiones, muestra la siguiente distribución: la región Pacífica presenta la muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos 2.7% y de trastornos por consumo de sustancia psicoactiva 1.8%. Bogotá D.C y la región pacífica reportaron la prevalencia mas elevada de trastorno de ansiedad 6.7%. Específicamente Bogotá, D.C es la ciudad que presento la prevalencia más elevada de trastorno mental durante la vida 46.7% lo cual se explica por su elevado índice de trastorno afectivo<sup>4</sup>.

Los trastornos graves fueron asociados con discapacidad importante en los roles (incapacidad para realizar las actividades cotidianas), y aunque la severidad de los trastornos se correlaciono con la probabilidad de tratamiento, en la mayoría de los países entre el 35.5% y el 50.3% en países desarrollados y entre el 76.3% y el 85.4% en los menos desarrollados no recibieron tratamiento. Además se encontró que muchas personas con trastornos subumbral reciben tratamiento, mientras que muchas con trastornos severos no la reciben.

---

<sup>3</sup> Ibíd, pag. 14

<sup>4</sup> Ibíd, pag 14

Estos hallazgos indican que las necesidades no satisfechas de tratamiento entre los casos graves no solamente se deben a la falta de recursos sino la inadecuada localización de estos. Los resultados del estudio nacional de Salud Mental, Colombia 2003, muestran que cuatro de cada 10 individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes y mas crónicos. Es importante resaltar que las edades de inicio más tempranas de los trastornos mentales pueden estar hablando de una mayor exposición a factores psicosociales desencadenantes y plantea una carga de enfermedad en poblaciones vulnerables y un poco acceso a servicio de salud<sup>5</sup>.

Si se considera que las enfermedades mentales interrumpen el pensamiento, los sentimientos, la habilidad de relacionarse con otros y el funcionamiento diario de una persona, lo cual disminuyen la capacidad que tienen las personas para afrontar los diferentes roles que cumplen en la sociedad, debido en parte a alteraciones bioquímicas, se hace indispensable controlar los síntomas, a través de un tratamiento farmacológico que incluyen medicamentos como : neurolépticos que fundamentalmente se emplean para la psicosis, controlan los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, y, los síntomas sicóticos de otras patologías (Demencias, SMO, PMD, Trastornos depresivos sicóticos), antidepresivos, reguladores del humor, benzodiazepinas y antiparkinsonianos, entre otros, para mejorar el funcionamiento de los enfermos<sup>6</sup>.

Es indispensable la adherencia ó cumplimiento terapéutico, que puede ser considerado como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido. Desde la disciplina de Enfermería la taxonomía de la NANDA, (North

---

<sup>5</sup>. Ibíd, pag 55

<sup>6</sup> Rigol, A. / Ugalde, M., **Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica**, 2<sup>a</sup> ed., 2007, Disponible: [http://www.elsevier.es/libros/ctl\\_servlet?\\_f=1045&pidet=9788445813959](http://www.elsevier.es/libros/ctl_servlet?_f=1045&pidet=9788445813959), Consultado:(dic./ 15/ 08)

American Nursing Diagnosis Association) define el cumplimiento a través del Diagnóstico de Enfermería (DdE): "Manejo eficaz del régimen terapéutico", que de forma habitual se recoge en el registro de valoración al ingreso de enfermería, en una unidad de hospitalización, por lo que se plantea la posibilidad de identificar la presencia de este problema en el momento del ingreso, con el fin de establecer intervenciones para corregirlo<sup>7</sup>.

Amplía el concepto Haynes, que definen el cumplimiento como el grado en el cual, la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias. Sin embargo, según otros autores, este término tiene connotaciones discordantes, ya que implica la aceptación pasiva de lo que el profesional define como bueno para el paciente, por lo que prefieren utilizar el término de "adherencia terapéutica", entendiéndola ésta como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido, por consiguiente, la adherencia implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la ejecución simple de una orden terapéutica (como sucede en la hospitalización, cuando el paciente, abandona en manos de la enfermera, la responsabilidad del cumplimiento de su tratamiento).

La adherencia a la terapia farmacológica, incluye: asistir a las consultas programadas, la toma de los medicamentos tal como los indica el médico, de la misma manera se deben cambiar los estilos de vida y realizar todos aquellos análisis o exámenes solicitados por el médico tratante.

---

<sup>7</sup> GARCIA. A, **NADA, North American, Nursing Diagnosis Association**, desde su nacimiento hasta nuestros días, edición 188, 2007-2008, Disponible: <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Num-0-agosto2007pags-17-36.pdf>, Consultado:( Dic./16/08).

Si el paciente no se toma la medicación el impacto a nivel personal puede causar pérdida de la calidad de vida del paciente y su familia incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud. Hay costos de reconocida gravedad que comprometen la estabilidad del paciente puesto que se convierte en una carga para sus familiares puesto que la enfermedad produce cierto grado de dependencia, pierden la capacidad de auto cuidarse, desempeñarse socialmente entre otros.

El incumplimiento de la terapia farmacológica es un fenómeno mundial de graves consecuencias pues se pierde el control de la enfermedad, lo cual conlleva a el deterioro de la persona. Este es un problema que se presenta en todas las edades, desde los niños hasta los ancianos. Se observa en casi todas los estados de las enfermedades crónicas y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia.

Delaney 1998, consideró que el incumplimiento en medicaciones psicotrópicas era la razón primaria de las recidivas, contribuyendo al síndrome de "Puerta Giratoria" en pacientes esquizofrénicos. Gaobel y Pietzcker 1983 determinan que las tazas de incumplimiento en pacientes con primer episodio sicótico son del 75%. Según un estudio por Corrigan y col 1990 el incumplimiento alcanza el 80% en pacientes esquizofrénicos. Datos más recientes del Sanidad de Barcelona (Nov 2005) refiere que únicamente 4 - 12% de pacientes diagnosticados mentalmente, siguen en forma rigurosa el tratamiento, en pacientes esquizofrénicos entre un 25-50% incumplen el tratamiento y entre un 30 y un 60% abandonaron el tratamiento en el primer año.<sup>8</sup>

En pacientes que no tienen buena adherencia al tratamiento tienen un deterioro cognoscitivo y alteraciones del estado de ánimo, causando que la información no se procese o se elabore de manera adecuada, como por ejemplo en demencias,

---

<sup>8</sup> Pinilla A. Maribel, LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS: RETO PERMANENTE PARA LA ENFERMERA, consultado el 23 de Noviembre de 2007.

depresiones y ansiedad, entre otros. En estos casos, las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información: omisión parcial o total del contenido, filtración de acuerdo con creencias personales, aprendizaje incorrecto, aprendizaje fuera de tiempo, aprendizaje incompleto, o a procesar sólo una pequeña parte.

En el caso de estas enfermedades que comprometen además de los procesos cognitivos y afectivos, la conciencia y el desempeño social del individuo, la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente. El factor ambiental juega un papel importante, por ejemplo el paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con la adherencia al tratamiento.

Otros factores que condicionan la toma de la medicación son: el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor). En general se considera que hay alta adherencia al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado.

La adherencia al medicamento disminuye en los siguientes casos: procesos crónicos, polifarmacia, complejidad en el esquema de dosis, dificultad en la vía de administración; situación que requiere de personal entrenado, los medicamentos generan eventos adversos de consideración, como por ejemplo: virilizar e impotencia, adinamia, somnolencia e irritabilidad.

La percepción que el paciente tiene sobre el medicamento debe ser tenido en cuenta, especialmente cuando afecta el desempeño cotidiano de cualquier ser humano, de igual forma la clase terapéutica del medicamento también puede afectar la adherencia en los pacientes.

Teniendo en cuenta la necesidad mundial que se tiene de aumentar la cantidad y calidad de profesionales entrenados para manejar pacientes psiquiátricos, resulta pertinente aumentar los estudios e investigación en el área de la salud mental por parte de los profesionales de enfermería con el fin de mejorar la calidad de la atención y cuidado al paciente psiquiátrico, esto mejorará sustancialmente la adherencia al tratamiento y la rehabilitación de los mismos.

La enfermera en psiquiatría cumple funciones tan importantes como: Manejar e identificar adecuadamente las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de cada psicofármaco, además de investigar y determinar los factores de riesgo que pueden alterar la adherencia al tratamiento en cada grupo de pacientes y los factores sociales e institucionales que también pueden intervenir.

Esta Investigación responde de manera oportuna a los vacíos que tiene el sistema nacional de salud mental; por tal razón este estudio además de analizar las vivencias de los pacientes psiquiátricos frente a su tratamiento farmacológico, también busca inquietar a otros profesionales sobre la importancia de mejorar la adherencia de los pacientes psiquiátricos a la medicación y evidencia la necesidad de mejorar la calidad en las prácticas del cuidado.

### 3.1 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TERMINOS

#### 3.1.1. VIVENCIAS

La vivencia es una función articulada del aparato psíquico, que da la singularidad a cada individuo<sup>9</sup>. Para dar cuenta de ella, es necesario articular la vivencia (mundo interno), con el evento (mundo externo), donde surge la experiencia, que permite dar cuenta de lo pasado y por lo tanto es potencialmente comunicable. Por lo tanto las vivencias son todas aquellas experiencias plasmados en la memoria y el recuerdo de cada persona, e indican en este caso lo que cada paciente vive a lo largo de su tratamiento farmacológico. Representan no solo el momento, sino también el antes, y el después de esta experiencia<sup>10</sup>.

Para esta investigación, **el antes** refleja los conocimientos previos, de donde los adquirieron y la alternativa de asumir el tratamiento farmacológico; **el durante** expresa lo que piensan, sienten y hacen frente a la toma del medicamento; y **el después** se refirió a lo aprendido del tratamiento y lo que recomendarían a otros que están tomando medicación psiquiátrica. La operacionalización del concepto vivencia aparece en la siguiente tabla:

---

<sup>9</sup> RODRIGEZ, A. disrupción, trauma psicótico y consecuencias no frecuentes en situaciones desastre y desplazamiento forzado interno. Modulo IV, septiembre 2008

<sup>10</sup> CALDERÓN. L, FORERO. B, Vivencias de la Depresión en Adolescentes de un Municipio de Risaralda, Agosto. Diciembre, 2007, Disponible en: Biblioteca General Pontificia Universidad Javeriana, Consultado: (28/07/ 08)

**Tabla 1: Operacionalización de las Vivencias de los Pacientes psiquiátricos frente al tratamiento farmacológico**

<b>MOMENTOS</b>	<b>COMPONENTES</b>	<b>ASPECTOS A INDAGAR</b>
<p style="text-align: center;"><b>ANTES</b></p> <p>Hace referencia al conocimiento previo que haya tenido de la medicación psiquiátrica, de donde lo adquirió y su actitud previa frente a la posibilidad de tener que tomarlo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>PENSAMIENTOS Y ACTITUDES</b></p> <p>Son los conocimientos y actitudes previas al tratamiento psicofarmacológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conocimiento previo de la medicación psiquiátrica.</li> <li>○ Fuentes de información del conocimiento</li> <li>○ Actitudes previas frente al tratamiento farmacológico</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>DURANTE</b></p> <p>Hace referencia a la toma de medicamentos en el preciso momento que inicia el padecimiento de la enfermedad, sus pensamientos, sentimientos y comportamientos frente a este.</p>	<p style="text-align: center;"><b>PENSAR, SENTIR Y ACTUAR</b></p> <p>Pensamientos, sentimientos y comportamientos asumidos por el paciente frente a la experiencia nueva de síntomas psiquiátricos y la necesidad de tomar la medicación para su alivio.</p>	<p>Pensamientos en relación a la toma de la medicación.</p> <p>Sentimientos en relación a los efectos que producen al paciente.</p> <p>Comportamientos que asume en el momento de tomar los medicamentos ..</p>
<p style="text-align: center;"><b>DESPUÉS</b></p> <p>Hace referencia a las reflexiones que hacen los pacientes mentales que vienen tomando medicamentos psiquiátricos en su experiencia de vida.</p>	<p style="text-align: center;"><b>APRENDIZAJES</b></p> <p>Conocimiento adquirido a través de sus experiencias de tomar la medicación siquiátrica.</p>	<p>Experiencias relacionadas con el tratamiento y el estado de su salud.</p> <p>Enseñanzas que quieran compartir.</p>

Fuente: Conceptualización hecha desde la propuesta realizada por el doctor DANIEL GONZALO ESLAVA sobre vivencias, 2008.



### **3.1.2 PACIENTE PSIQUIATRICO**

El paciente psiquiátrico, es aquel quien según la OMS posee una enfermedad mental donde hay déficit de múltiples funciones corticales superiores y entre ellas: la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El déficit cognoscitivo se acompaña generalmente, y a veces es precedido de un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación (6)<sup>11</sup>. Además de los trastornos de conducta graves, los pacientes se muestran sin *insight* o conciencia de enfermedad, con juicio distorsionado de la realidad.

Para esta investigación el paciente psiquiátrico es aquel que está diagnosticado con una enfermedad mental que requiere un tratamiento farmacológico para el control de sus síntomas. Su condición mental ha afectado su comportamiento, y en muchos casos compromete sus capacidades para seguir desarrollándose tanto intelectual, física y emocionalmente. En la actualidad se encuentra hospitalizado total o parcialmente y accede a participar en la investigación, cumpliendo con los criterios de inclusión.

### **3.1.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

Designar el cumplimiento y seguimiento por parte del paciente, del tratamiento que se le aconseja llevar. El cumplimiento o forma correcta que el paciente sigue las prescripciones médicas, y el no cumplimiento del tratamiento, es una situación que se presenta en todos los individuos, que asumen el rol de pacientes. En este caso el incumplimiento aumenta cuando nos referimos a enfermedades crónicas, caracterizadas por tratamientos prolongados y por diferentes razones como son

---

<sup>11</sup> Ibid., p.16

las molestias que provoca el tratamiento como los efectos secundarios de la medicación, la toma de decisiones basadas en juicios de valor personales, la negación de la enfermedad, los costos de los medicamentos, y la misma presencia de un trastorno mental como por ejemplo, la esquizofrenia o los trastornos de personalidad. Los pacientes psiquiátricos presentan un mayor grado de incumplimiento que los pacientes no psiquiátricos.

Para la investigación el tratamiento farmacológico serán las experiencias referidas por el paciente psiquiátrico en torno a la medicación indicada por el medico para disminución de sus síntomas antes, durante y posterior a enfermar mentalmente.

#### **3.1.4 INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL**

Para la legislación colombiana un hospital de III nivel de atención es aquel que cuenta con especialidades medicas básicas ( ginecología, medicina interna, anestesiología, cirugía general), hospitalización y unidad de cuidados intensivo, además cuenta con unidad de terapia intensiva neonatal, especialidades medicas como neurocirugía, nefrología, unidad de transplantes, Tomografía, resonancia magnética, entre otros. Utiliza alta tecnología y máxima resolución diagnostica-terapéutica y atiende a los pacientes que los Hospitales de segundo nivel de atención remiten<sup>12</sup>

La Clínica Montserrat es una institución especializada en la atención integral, promoción desarrollo, e investigación en el campo de la salud mental y sus disciplinas afines. Es una institución hospitalaria de tercer nivel la cual presta su servicio específico en el área de psiquiatría a todas las personas particulares o afiliadas a las empresas con las cuales tiene convenio la misma.

---

<sup>12</sup> Diferencia entre **PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGUNDO Y TERCERO** en un hospital, Disponible en: <http://mx.answers.yahoo.com/question/index?qid=20060828111403AArSiEm>, consultado: enero 15/ 2008, Consultado: (03/03/08)

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las vivencias del paciente psiquiátrico frente al tratamiento farmacológico en una institución de III nivel. Bogota. 2008

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los conocimientos y actitudes previas al tratamiento farmacológico.
  
- Conocer los pensamientos, sentimientos y comportamientos durante la toma de la medicación psiquiátrica.
  
- Identificar la percepción de los pacientes psiquiátricos después de haber recibido tratamiento farmacológico para el manejo de su enfermedad.

## 5. PROPOSITOS DEL ESTUDIO

- Aportar conocimientos a los profesionales del área de la salud mental, especialmente a enfermeras interesadas en el área de la Psiquiatría, con el fin de conocer vivencias relacionados con el tratamiento farmacológico instaurado en este tipo de pacientes, de esta forma se podrá mejorar la calidad de la atención y del cuidado a este grupo de pacientes.
- Servir como medio de consulta a la Institución donde se realizó la investigación “INSTITUTO COLOMBIANO DE SISTEMA NERVIOSO, CLINICA MONTSERRAT”, para implementar estrategias de adherencia al tratamiento farmacológico, definiendo protocolos de administración de medicamentos con base en las realidades vividas por estos pacientes.
- Aportar a la línea de “Conceptualización y Practica de Enfermería” de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana y motivar la realización de estudios posteriores o investigaciones para profundizar sobre este tema o en relación con él.

## 6. MARCO TEORICO

### 6.1. GENERALIDADES

En los años 1990 y 2000 la Organización Mundial de la Salud realizo los estudios mundiales de la carga de la enfermedad (global Burden of disease GBD). En el GBD 1990 se estimo que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10.5% del total de años ajustados a vida por discapacidad (AVAD) perdidos por todas las enfermedades y lesiones<sup>13</sup>.

Entre las 20 causas principales AVAD para todas las edades figuran tres trastornos psiquiátricos: los trastornos afectivos unipolares, las lesiones autoinfringidas y los trastornos por consumo de alcohol; y para el grupo de 15-44 años de edad se ubican 6 de los trastornos psiquiátricos, los trastornos depresivos unipolares, los trastornos por el consumo de alcohol, lesiones autoinfringidas, la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de angustia<sup>14</sup>.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. En efecto, en 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) observados en América Latina y el Caribe. En 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, según datos obtenidos del sitio web del proyecto Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El excedente de discapacidad aportado por las enfermedades mentales obedece a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades

---

<sup>13</sup> Ministerio de Protección Social, Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, editado por el Ministerio de Protección social y Fundación FES Social 2005, pag: 13, 14, 55, consultado: (Dic/ 15/ 2008)Bogotá

<sup>14</sup> Ibíd. Pag 55

crónicas. En América Latina y el Caribe esta carga, que es cada vez mayor, y podría obedecer a la transición epidemiológica como son: al desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades crónicas; a que se presta mayor atención a ciertos trastornos emergentes, tales como la violencia y el sida; y a un cambio en la estructura poblacional que lleva a que un mayor número de personas alcancen la edad que las coloca en riesgo de sufrir los trastornos mentales propios de la adultez<sup>15</sup>.

Con respecto a estos últimos cambios, cabe recordar que el Banco Mundial proyecta que entre 2000 y 2015 la población total de América Latina y el Caribe aumentará en 28%, de 508 a 622 millones de personas. Esas proyecciones indican que el aumento poblacional más rápido se observará en el grupo de personas de edad más avanzada. La población de 50 años de edad o más aumentará en más de 60%; la que se encuentra entre los 50 y 64 años de edad verá un aumento de 68%, y la de 65 años o más ascenderá en 49%. La población entre los 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentará en 22%<sup>16</sup>.

En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales según regiones del país, analizando en primer lugar la prevaecía de cualquier trastorno alguna vez en la vida, se observo la región de Bogotá es la que presenta la prevaecía más elevada 46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevaecía para cualquier trastorno para todo el país<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Ibíd. Pag 55

<sup>16</sup> Ibíd. Pag 54

<sup>17</sup> KOHN Robert y compañía, **Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública**, Public Health 18(4/5), 2005, Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/revistaesalud/index.php/revistaesalud/article/viewPDFInterstitial/76/153>, consultado: 16-09-08

**Tabla 5. Prevalencias de trastornos mentales según regiones**

Diagnósticos	Bogotá		Central		Atlántica		Oriental		Pacífico		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Prevalencia de vida</b>												
Cualquier trastorno del estado de ánimo	21.2	3.2	15.5	1.8	13.4	1.1	8.1	1.7	15.3	1.9	15.0	0.9
Cualquier trastorno de ansiedad	21.7	3.5	19.9	1.9	14.9	1.9	19.4	3.7	22.0	2.5	19.3	1.1
Cualquier trastorno relacionado con sustancias	11.0	2.4	11.8	1.2	8.8	1.2	5.9	1.1	12.3	2.7	10.6	0.8
Cualquier trastorno	46.7	5.7	41.1	2.8	35.1	2.3	37.6	6.9	41.6	4.2	40.1	1.6
Cualquier trastorno principal	43.1	5.1	37.2	2.6	29.6	1.6	34.5	6.3	40.2	4.3	36.4	1.5
<b>Prevalencia de 12 meses</b>												
Cualquier trastorno del estado de ánimo	10.9	1.9	7.0	1.2	6.4	0.8	4.1	1.0	6.0	1.0	6.9	0.6
Cualquier trastorno de ansiedad	14.2	3.6	11.3	1.3	10.8	1.5	10.3	3.3	13.4	2.9	11.7	0.9
Cualquier trastorno por sustancias	2.3	0.8	3.6	0.7	2.3	0.5	2.1	0.6	3.2	1.6	3.0	0.4
Cualquier trastorno	18.4	3.8	15.7	1.7	15.0	1.4	13.9	4.1	17.8	4.1	16.0	1.2
Cualquier trastorno principal	19.5	3.0	16.5	1.5	15.3	1.4	14.2	3.3	18.5	4.0	16.6	1.0

Fuente: REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA, VOL. XXXIII / NO. 3 / 2004

La representación social y las actitudes hacia los trastornos mentales y su tratamiento juegan un papel importante, tanto en la detección como en el tratamiento del enfermo mental. Estas representaciones sociales condicionan el modo en el que los terapeutas, los pacientes y sus familias se ven unos a otros. Son también factores determinantes del grado de cumplimiento de los pacientes con el tratamiento propuesto. Ciertos estudios sobre la actitud de la población general hacia el tratamiento psiquiátrico y, en particular hacia la medicación psicotrópica, han demostrado que la sociedad apenas diferencia entre los diferentes trastornos mentales y los distintos tipos de medicación psicotrópica y sus indicaciones. Así, en Australia se observó que el mismo sistema de creencias respecto a los tratamientos adecuados se aplicaba a diversos trastornos mentales (Jorm *et al.* 1997a). En Alemania, la sociedad prácticamente no hace distinción

entre esquizofrenia, depresión mayor y trastorno de pánico en lo concerniente al tratamiento, y se da mayor preferencia a la psicoterapia que a la medicación (Angermeyer, Daümer y Matschinger 1993, Angermeyer y Matschinger 1996a). Para Benker, Kepplinger y Sobota (1995), la mayoría de la población alemana prescinde de recurrir a la medicación psicotrópica en casos de trastorno mental.

El espectro de las enfermedades mentales parece reducido a dos extremos: locura y malestar psíquico, dentro del cual la sociedad clasifica también algunos trastornos severos como la depresión. Para la locura hay una tendencia a aceptar la medicación; para el malestar psíquico la medicación se suele rechazar en general, ya que no es percibida como una enfermedad.

Otros trabajos dirigidos principalmente al reconocimiento de los trastornos psiquiátricos, sus causas y pronóstico, así como la actitud hacia los que padecen tales trastornos, han mostrado algunas veces resultados más diferenciados en la sociedad en general (Jorm *et al.* 1997b, 1997c, Link *et al.* 1999) y en muestras específicas de población (Eker 1989, Arkar & Eker 1992). Aunque parece que se establecen pocas diferencias entre los diversos trastornos psiquiátricos, parte de estos trabajos tienden a mostrar que la esquizofrenia se percibe con más facilidad como una enfermedad y se considera a menudo que tiene consecuencias más sombrías y provoca un distanciamiento social mayor que otros trastornos.<sup>18</sup>

Las Reformas Psiquiátricas han contribuido a que las enfermeras de salud mental tengan una relevante intervención en los procesos de reforma e intervención, que ha sido posible gracias a la existencia del conocimiento, a la capacidad de los profesionales para exigir la puesta en práctica de la mejor prestación de cuidados

---

<sup>18</sup> GOERG, Danielle y compañía, Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos, *The European journal of psychiatry* edición en español, oct.-dic. 2004, Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2004000400004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1579-699X2004000400004&script=sci_arttext&tlng=es), consultado(10/08/08)



psiquiátricos, como eje principal para modificar actitudes en el propio colectivo. Todo ello ha contribuido a que la transformación del rol profesional de enfermería en salud mental sea una realidad.

Una de las actividades propias de la disciplina de enfermería, es la administración de medicamentos, la incorporación del tratamiento del paciente a las actividades de la vida diaria, la observación de éste, detectando los posibles efectos no deseados y la interacción del tratamiento médico con el resto de medicamentos, así como sus beneficios y riesgos. La enfermera prepara y manipula los medicamentos, revisa las técnicas, procedimientos y normas de seguridad y controla la respuesta del paciente a la medicación permitiendo un actuar con seguridad, facilitando la mejoría y protegiendo al paciente de posibles riesgos de error.

## **6.2. PSICOFARMACOS**

Existen en la actualidad varios grupos de medicamentos psicotrópicos, entre ellos los neurolepticos que fundamentalmente se emplean para la psicosis, controlan los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, y, los síntomas psicóticos de otras patologías (Demencias, SMO, PMD, Trastornos depresivos psicóticos). Tienen ventajas grandísimas en cuanto a su acción y ventajas en relación a su presentación, ya que las tabletas orodispersables facilitan la absorción en pacientes paranoides y sin conciencia de enfermedad mental, y la presentación de depósito permite la liberación prolongada y mantienen un efecto prolongado por varias semanas. Sin embargo debido a sus efectos secundarios extrapiramidales, anticolinérgicos, antiadrenérgicos, hepáticos, hematológicos y otros como el Síndrome Neuroleptico Maligno, la fotosensibilidad, la amenorrea, la ginecomastia

y el aumento de peso, interfieren en la comodidad del paciente, ocasionando incumplimiento y abandono del mismo<sup>19</sup>.

Algunos puntos psicoeducativos a tener en cuenta desde enfermería durante la administración de antipsicóticos, están relacionados con los efectos secundarios. Todas las fenotiazinas y sus derivados producen somnolencia, se le debe aconsejar al paciente en éste sentido. Realizar acciones en caso de hipotensión, identificar efectos secundarios extrapiramidales y anticolinèrgicos. Cuidados especiales, como toma de cuadros hemáticos con la clozapina, por las alteraciones en la línea blanca y en general control estricto de la medicación por parte de la familia, cuando el paciente se encuentra ambulatoriamente.

Los antidepresivos, que en la actualidad existen muchos, todos eficaces, requieren un tratamiento continuo una vez superada la crisis, de al menos 4 a 6 meses. Su acción es elevar la concentración de neurotransmisores, especialmente serotonina y noradrenalina en la sinapsis. Los triciclicos actualmente tienden a ser desplazados por su relativa toxicidad. Permiten recuperación del sueño y apetito de 2 a 4 semanas, situación por la cual los pacientes tienden a abandonar el tratamiento. Los ISRS son más seguros, producen menos efectos secundarios, pero la fluoxetina tiende a ser utilizada abusivamente. En los IMAO el efecto terapéutico tarda de 1 a 3 semanas en observarse. Pueden producir crisis hipertensivas al mezclarse con tiramina.

Alrededor del 80% de las depresiones agudas, responden satisfactoriamente al tratamiento con antidepresivos.

Algunos de los aspectos psicoeducativos importantes que debe considerar la enfermera a la hora de administrar antidepresivos son los siguientes: promover la

---

<sup>19</sup> Pinilla A. Maribel, LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS: RETO PERMANENTE PARA LA ENFERMERA, consultado el 23 de Noviembre de 2007.

vigilancia constante por el riesgo suicida a pesar de estas tomando medicamentos y con los medicamentos, acompañar al paciente durante el proceso de su enfermedad depresiva. Un control estricto de su medicación, preferiblemente suministrar las dosis, supervisada por la familia. Educar sobre el tiempo de demora en que se percibe mejoría, una vez se ha iniciado la medicación y sobre la continuidad del tratamiento farmacológico, una vez sea dado de alta de las hospitalizaciones. Enseñar sobre la presencia de signos de hipotensión ortostática y/o hipertensión arterial con los IMAO, y la forma como corregirla.

En relación con los Reguladores del Humor, el 70% de los enfermos con Trastorno afectivo bipolar mejoran con litio, aunque la mejoría tarda entre 1 a 2 semanas en producirse. Es necesario controlar los niveles séricos de litio, niveles por encima de 1.5mEq/lit producen toxicidad, este se elimina por vía renal.

Las Benzodiazepinas reducen el estado de ansiedad y ejercen una acción depresora, sobretodo del sistema nervioso central. Tienen además acciones hipnóticas y sedantes, relajantes musculares y anticonvulsivantes. Producen depresión respiratoria, somnolencia, sensación de cansancio, adicción, desorientación, ataxia, agitación y amnesia retrograda.

Existen barreras que dificultan el cumplimiento de las benzodiazepinas y una tendencia a minimizar la importancia clínica de los trastornos de ansiedad y el sufrimiento para el paciente, transmitiendo dudas a los pacientes, lo que ocasiona el incumplimiento. Por otra parte el temor del paciente a la adicción y el hecho de que las benzodiazepinas de vida corta y media, requieren ser suministradas en varias dosis durante el día.

Gracias a la aparición de nuevos tratamientos farmacológicos, se ha experimentado un control de los síntomas en éstas enfermedades, pero existe un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con el tratamiento, con las

consecuentes recaídas y las nuevas hospitalizaciones, por lo cual resultan muy importantes las acciones de la enfermera en psiquiatría, desde las sencillas que implicarían el conocimiento y manejo de los distintos grupos de psicofármacos, hasta las de tipo investigativo con el fin de determinar cuáles son los factores de riesgo que alteran la adherencia en cada grupo de pacientes.

En el ámbito comunitario, y al amparo de las funciones propias, la enfermera de salud mental también ejerce en diversas intervenciones: potencia la promoción, mantenimiento y prevención de la salud integral, así como la asistencia, tratamiento y rehabilitación, a través de practicar abordajes individuales, familiares y grupales, usando métodos y técnicas de Enfermería donde personaliza, capacita y socializa al paciente psiquiátrico. Potencia las capacidades individuales que permiten al sujeto un afrontamiento eficaz de los hechos para mantener la vida, la salud y el bienestar y conseguir así una autonomía que le lleve a la normalización y la mayor calidad de vida posible, formula diagnósticos enfermeros, referidos a los procesos de auto cuidados. Lo anterior, asumiendo el incremento de responsabilidades, derivadas del ejercicio autónomo de su profesión, postulando la Filosofía Humanística, que es esencial para la prestación del cuidado enfermero, y conociendo y asumiendo los postulados y filosofía de la Atención Primaria de Salud, en el contexto del Sistema Nacional de Salud.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Germán Pacheco Borrella. **PRESENTE Y FUTURO DE LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL** Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: \*]; Conferencia 57-CI-B: [28 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa57/conferencias/57\\_ci\\_b.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa57/conferencias/57_ci_b.htm) PACHECO B, consultado (17/08/08).

### **6.3. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. ADHERENCIA – INCUMPLIMIENTO Y VIVENCIAS.**

Según datos del Ministerio de Sanidad, acerca de la intensidad de este problema, solamente entre el 4 y el 12% de los pacientes con trastornos mentales siguen de forma rigurosa el tratamiento farmacológico. Los problemas de baja adherencia en los pacientes psicóticos están íntimamente relacionados con los problemas de recaídas. Así un 77% de los pacientes que siguen el tratamiento según la pauta prescrita viven libres de recaídas. Y, la situación se desarrolla en cadena ya que el número de recaídas está proporcionalmente relacionado con el nivel de calidad de vida, el grado de deterioro y la evolución general del estado de salud<sup>21</sup>

Lograr la adherencia al tratamiento terapéutico, una de las tareas que más retos implica, labor tanto del médico, como de la enfermera y de los demás profesionales del área; en el ámbito hospitalario, como extrahospitalario; permite no sólo el alivio de los síntomas, y la disminución de los efectos secundarios, sino que proporciona calidad de vida, habilidad para el cuidado personal, uso del tiempo libre, el regreso o ingreso a un rol económicamente productivo y una mejor relación con su familia, al igual que disminuye las recaídas, evita nuevas hospitalizaciones y disminuye los costos socioeconómicos<sup>22</sup>.

Es imprescindible reconocer que existen aspectos a considerar que dificultan el cumplimiento del tratamiento farmacológico como son: la negación de la enfermedad, la dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo,

---

<sup>21</sup> Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. Rev Presencia 2006 ene-jun;2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php> [ISSN:1885-0219] Consultado el 04 de Abril de 2008

<sup>22</sup> Pinilla. Maribel, **LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS: RETO PERMANENTE PARA LA ENFERMERA**, 2008

deficiencias sensoriales, cuando se desconfía del tratamiento y de los profesionales implicados en el mismo, las creencias, la personalidad del paciente, la necesidad de dependencia, la capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento. Además, la mejoría de la sintomatología, los efectos imaginarios del fármaco, o medicamentos de mal sabor o de difícil deglución y/o la interferencia del medicamento con otros hábitos del paciente.

Estas dificultades, aumentan o disminuyen de acuerdo al tipo de enfermedad psiquiátrica que padezca el paciente. En disfunciones afectivas parece ser más estable el cumplimiento del tratamiento, en las alteraciones cognitivas, se dificultan la fluidez y el proceso terapéutico; de otra parte los sentimientos de desesperanza, efectos secundarios, incurabilidad e irreversibilidad son propios de estos cuadros, facilitan el incumplimiento y autopercepción pesimista de la probabilidad de mejoría. En los estados maníacos, la falta de introspección, falta de conciencia de enfermedad mental y la hipomanía, con la grandiosidad, el aumento de energía y el entusiasmo eufórico, inciden en el incumplimiento; además el aumento de peso, la lentitud mental, la disminución de la concentración. Por la cronicidad de estas enfermedades se aconseja que una persona se responsabilice del tratamiento del paciente.

Autores anglosajones han demostrado aumento en las tasas de incumplimiento en Trastornos de Personalidad y abuso de sustancias. Además por la falta de soporte social y laboral, la necesidad de consumo y adicción, problemas económicos y la co-morbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la frecuente mala disposición que adopta el personal médico y paramédico frente a ellos y la relación enfermera-paciente implica un ejercicio interpersonal fundamental en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. Cuando ésta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos.

El cumplimiento mejora, en relación con la confianza que se pueda transmitir, y en relación a las capacidades y conocimientos que se posee. Además de ser atenta, la enfermera debe ser amigable, asequible y mostrarse interesada, la comunicación no verbal, el contacto visual, la sonrisa, la adopción de posturas abiertas, los gestos, actitudes, entonación, son factores que influyen significativamente en el mantenimiento de la relación terapéutica e indirectamente sobre el cumplimiento de las prescripciones<sup>23</sup>.

El cumplimiento terapéutico disminuye cuando el tratamiento se prolonga en el tiempo, es de carácter profiláctico, ó cuando las consecuencias de la retirada son a largo plazo. Los factores que afectan al cumplimiento son de diversa índole.

Según Haynes podemos distinguir entre:

- a) Factores del paciente: edad, sexo, raza, grupo social, situación laboral, nivel de educación, factores económicos.
- b) Factores de la enfermedad: gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalización previa.
- c) Factores del régimen terapéutico: complejidad de las pautas terapéuticas, efectos secundarios, costes, duración del tratamiento.
- d) Factores de la estructura sanitaria: accesibilidad de los pacientes, infraestructura de recepción de visitas, tiempos de espera, concertación de visitas, frecuencia de visitas.
- e) Factores de la comunidad: implicación de la familia, conocimientos generales de salud, conflicto entre las normas sociales y la conducta a seguir.

Cirici, distingue entre las variables que influyen en la adherencia al tratamiento, los siguientes motivos como más habituales para su abandono:

---

<sup>23</sup> *Ibíd.*, p.26

1. Mala relación entre el profesional y el paciente.
2. Falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento. Ejemplo: no entender las pautas de administración, confundir la indicación terapéutica, confundir los efectos secundarios por síntomas de la enfermedad, pensar que la medicación es adictiva, pensar que sólo debe tomarse en la fase aguda de la enfermedad.
3. Efectos secundarios molestos: acatisia, disfunciones sexuales, rigidez muscular,
4. Dificultades de memoria.
5. Pautas complejas de administración.
6. Presiones sociales para el abandono.
7. Vergüenza por el estigma social. Considerar que tomar medicación equivale a ser enfermo mental y rechaza otras ideas.
8. Abuso del alcohol y drogas.
9. Cansancio o aburrimiento después de tratamientos prolongados.
10. Miedo a ser percibido con impregnación de fármacos ("neuroleptizado").
11. Embarazo.
12. Aumento de peso.
13. Confiar en medicinas alternativas.
14. Negación de la enfermedad.

Otras razones por las cuales un paciente no cumple con el esquema de tratamiento indicado pueden ser.

Deterioro sensorial: La pérdida de la visión y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas.

Deterioro cognoscitivo y estados alterados del ánimo llevan a que la información no se procese o se elabore de manera alterada, por ejemplo: demencias, depresiones, ansiedad, en estos casos las distracciones y la información atropellada pueden representar una sobrecarga, que altera significativamente el



aprendizaje, generando diversas formas de procesamiento de la información, omisión parcial o total del contenido, filtración de acuerdo con creencias personales aprendizaje incorrecto, aprendizaje fuera de tiempo, aprendizaje incompleto, al procesar sólo una pequeña parte, aspectos de la enfermedad. En ocasiones el paciente se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento.

De otra parte, hay menos cumplimiento cuando se toma el medicamento de modo preventivo, en el caso de enfermedades asintomáticas o cuando no hay consecuencias inmediatas. El incumplimiento a la terapia es especialmente difícil en el caso las enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo, por ejemplo en las enfermedades mentales, en las cuales la adherencia a la terapia es un verdadero reto para el cuidador, quien depende de la cooperación del paciente.

El factor ambiental, es importante también considerarlo ya que el paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con el tratamiento. Además factores a tener en cuenta como; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor), o factor asociado al medicamento.

En general se considera que hay alto cumplimiento al tratamiento cuando éste es corto o por tiempo limitado. El cumplimiento al medicamento disminuye en los siguientes casos, procesos crónicos polifarmacia, cuando varios medicamentos deben ser tomados al mismo tiempo, cuando el esquema de dosis es complicado, cuando la vía de administración requiere personal entrenado, cuando el

medicamento exhibe eventos adversos de consideración como virilización, impotencia, entre otros.

La percepción que el paciente tiene del medicamento debe ser tenida en cuenta en especial cuando éste afecta el desempeño cotidiano. La clase terapéutica del medicamento también afecta el cumplimiento, siendo alta en los medicamentos cardiovasculares y antidiabéticos (por el temor a morir si no se toma) y baja con el uso de sedantes y antidepresivos. En el caso de no cumplimiento al medicamento, las situaciones más frecuentes son: no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo a las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis) suspensión prematura del tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico, tomar el medicamento con bebidas o alimentos prohibidos o con otros medicamentos contraindicados, medicamentos vencidos o guardados en lugares no apropiados, las fallas en recibir la medicación ocasionan el 54% de las consultas hospitalarias y el 58% de las hospitalizaciones.

En la interacción médico- paciente, es muy importante la calidad y claridad de las instrucciones dadas por el médico tratante con relación a la duración, forma y horarios de la medicación. El cumplimiento se puede afectar si el paciente no tiene una adecuada habilidad para hacer preguntas de las dudas que tiene o si la comunicación médico-paciente o viceversa es deficiente. La duración de la consulta es también causa no cumplimiento si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo.

Las consecuencias del no-cumplimiento al tratamiento están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de

reconocida gravedad que comprometen la vida del paciente. Si el médico tratante no es consciente del no cumplimiento, puede cometer errores como: prescribir dosis mayores que resultan innecesarias y en algunos casos peligrosas, ordenar estudios invasivos innecesarios, ordenar estudios que incrementan costos al sistema<sup>24</sup>.

La poca adherencia al tratamiento se relaciona con bajo estatus laboral, abuso de alcohol y otros tóxicos, pacientes jóvenes y varones; sin embargo otros autores afirman que existe una escasa relación entre factores sociodemográficos y tratamiento y que ésta es mucho mayor entre la falta de cumplimiento y las características del trastorno. Así los pacientes con trastorno de personalidad pueden tener más problemas para cumplir las prescripciones médicas debido a su resistencia para aceptar el diagnóstico y reconocer los síntomas. Los pacientes bipolares disminuyen el cumplimiento en las fases maníacas agudas, mientras que los depresivos tienen mayor dificultad para tomar de forma constante la medicación. Con relación a la esquizofrenia el cumplimiento disminuye ante la presencia de síntomas positivos y desorganización conductual. Se calcula que alrededor del 50% de los pacientes no siguen correctamente las indicaciones terapéuticas.

Como regla general, un tercio de los pacientes siempre parece tomar la medicación como se le prescribe, otro tercio lo hace a veces, y el tercio restante casi nunca lo hace de la manera prescrita. El no seguir las prescripciones y pautas indicadas aumenta en gran medida el riesgo en las patologías crónicas y/o graves, siendo un factor de gran influencia en la evolución de trastornos como la esquizofrenia, los trastornos bipolares, la depresión o los trastornos de ansiedad.

---

<sup>24</sup> Ibid, p 17

El incumplimiento o la falta de adhesión terapéutica afecta hasta el 80% de las personas con psicosis (8). También se observan tasas altas de incumplimiento terapéutico en pacientes con trastornos bipolares (hasta el 64%). La falta de cumplimiento terapéutica es una de las variables más importantes que inciden en las recaídas del paciente psiquiátrico y contribuye en gran medida al "síndrome de puerta giratoria" de los pacientes con trastornos esquizofrénicos.

Aproximadamente el 16% de los pacientes esquizofrénicos que reciben medicación neuroléptica recaen en el primer año, mientras que este porcentaje se eleva al 74% en aquellos que no toman medicación. Así mismo el no cumplimiento se relaciona con un mayor "deterioro esquizofrénico", considerando éste como la presencia destacada y continua de los llamados síntomas negativos de la enfermedad (inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad y contenido del lenguaje, así como la comunicación no verbal, deterioro del aseo y aspecto personal y del comportamiento social) . El mal cumplimiento, es por tanto, uno de los principales determinantes del resultado final de la esquizofrenia, ya que no sólo aumenta las posibilidades de recaída, y re hospitalización, sino la duración de los reingresos.

Los miembros del equipo de atención en salud (médico, enfermera, terapeuta, farmacéuta, etc.), deben estar entrenados para brindar las instrucciones claras, suficientes y pertinentes para el nivel mental y socio-cultural del paciente. El encuentro médico-paciente es una situación en la cual el paciente debe, entender el propósito de la medicación, identificar el medicamento que debe tomar, conocer la duración del tratamiento, comprender el esquema de dosificación por seguir. Tanto el médico debe tener en cuenta las limitaciones físicas de los pacientes y que los insertos estén escritos en letra de tamaño adecuado. El tratamiento debe ser lo más sencillo y con los mínimos efectos secundarios. La evidencia

demuestra que con una adecuada motivación, educación y apoyo, se pueden superar las dificultades de lograr un adecuado cumplimiento.

Con el resto de profesionales del área de la salud, la comunicación asertiva es fundamental, sugiere que el profesional de la salud y el paciente encuentren áreas de la salud que compartan y sean el punto de partida para construir conjuntamente un acuerdo acerca de la naturaleza de la enfermedad y el más apropiado esquema terapéutico. Tanto médico/enfermera como paciente deben ser capaces de discutir conceptos acerca del esquema terapéutico de manera abierta y honesta, debiendo existir concordancia entre ellos, la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento requerido y los riesgos y beneficios asociados con el tratamiento planteado.

Este nuevo abordaje reemplaza la postura de un profesional que trata de imponerse al paciente y mejorar el cumplimiento a la terapia. No hay duda que, si el paciente no se involucra en el proceso de toma de decisiones, es poco probable que se cumplan las instrucciones necesarias para mejorar la condición del sujeto.

Algunos estudios como el realizado por Goerg y colaboradores. 2004, encontraron que las principales razones alegadas por los pacientes para no elegir la medicación fueron: dudas sobre la efectividad de la medicación (45,6% de los que no la eligieron) y miedo a los efectos secundarios (43,4%). Otras razones, que tenían que ver con las características de las personas presentadas en las historias, que supuestamente no necesitaban medicación (30,5%) o no estaban enfermas (24%), o con actitudes negativas hacia la medicación en general, fueron menos citadas. Muy pocos sujetos afirmaron no estar familiarizados con la medicación psiquiátrica (4,6%).

Los pacientes psiquiátricos presentan un mayor grado de incumplimiento que los pacientes no psiquiátricos. Se estima que, en la población general atendida en los centros de salud de atención primaria, entre el 20 y el 50% cumple el tratamiento de forma parcial y, en caso de pacientes con esquizofrenia se produce un aumento del incumplimiento que puede llegar al 70-80%. Según datos del Ministerio de Sanidad, acerca de la intensidad de este problema, solamente entre el 4 y el 12% de los pacientes con trastornos mentales siguen de forma rigurosa el tratamiento farmacológico. Los problemas de baja adherencia en los pacientes sicóticos están íntimamente relacionados con los problemas de recaídas. Así un 77% de los pacientes que siguen el tratamiento según la pauta prescrita viven libres de recaídas. La situación se desarrolla en cadena ya que el número de recaídas está proporcionalmente relacionado con el nivel de calidad de vida, el grado de deterioro y la evolución general del estado de salud. Por otro lado, si se consigue que el paciente tenga una situación estable, desde el punto de vista sintomatológico, se puede trabajar más el abordaje de los componentes sicosociales (en el marco de lo que se conoce como rehabilitación sicosocial).

Cabe resaltar que se evidencia carencia de estudios que indaguen sobre las vivencias y percepciones de los pacientes psiquiátricos sobre la baja adherencia al tratamiento, esto resulta preocupante teniendo en cuenta que las consecuencias de esta situación se pueden ver reflejadas en la débil rehabilitación, disminuyendo sustancialmente la calidad de vida de quienes padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, sin tener en cuenta las consecuencias para la funcionalidad del núcleo familiar.

## **7. DISEÑO DE LA METODOLOGÍA**

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación cualitativa, descriptiva, se realizó durante el periodo comprendido entre agosto y diciembre del año 2008. Describe las vivencias de 20 pacientes psiquiátricos que se encuentran hospitalizados en una institución psiquiátrica de tercer nivel de atención, frente al tratamiento farmacológico, sin realizar comparaciones con otros grupos. El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue una entrevista semiestructurada que se aplicó directamente de los pacientes con enfermedad mental hospitalizados y que estuvieron recibiendo tratamiento psicofarmacológico.

El instrumento consta de dos partes:

- I. Datos personales y socio demográficos.
- II. Entrevista semiestructurada.

### **7.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Son todos los pacientes que se encontraban hospitalizados total y parcialmente, en la institución de tercer nivel y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: llevar más de tres años con enfermedad mental, ubicados en Psiquiatría General Norte, Psiquiatría General Sur, y Clínica Diurna, cuya participación fue voluntaria, y que en el momento no se encontraran con sintomatología psicótica activa. Se consideraron como criterios de exclusión que se encontraran en unas unidades de cuidado intensivo o con sintomatología psicótica activa.

### **7.3 MUESTRA:**

La muestra se obtuvo aleatoriamente teniendo en cuenta el volumen de pacientes hospitalizados durante el mes de Octubre, y de acuerdo a que cumplieran los criterios de inclusión. Se aplicó la entrevista a 20 pacientes hospitalizados: 15 en hospitalización total y cinco pacientes en hospitalización parcial.

### **7.4 RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de los datos, se llevó a cabo el siguiente procedimiento: a los pacientes que se encontraban hospitalizados de forma parcial o total, se les dio a conocer la investigación, los objetivos, propósitos e instrumentos, en una reunión programada para tal fin, coordinada con el staff de la clínica, previo aprobación del Comité de Ética de la institución.

Posteriormente se solicitó su consentimiento para la participación, el cual quedó registrado, en la hoja correspondiente, luego se programó individualmente la fecha de diligenciamiento de la entrevista con cada paciente.

La entrevista que constaba de los datos personales, sociodemográficos y 8 preguntas correspondían a las vivencias antes, durante y después del tratamiento farmacológico, se aplicó en un tiempo promedio de 45 minutos. Estas fueron grabadas, y posteriormente transcritas con la mayor exactitud posible.

### **7.5 ORGANIZACIÓN Y SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION**

Para llevar a cabo al análisis de los datos proporcionados durante las entrevistas, se hizo necesaria la elaboración de un cuadro que agrupaba de manera ordenada las ocho preguntas hechas a los pacientes y sus respuestas, las cuales conservaron el lenguaje verbal utilizado por ellos.



Una vez se organizó la información en cada cuadro, se rescataron las afirmaciones que más reflejaban las vivencias de cada paciente de acuerdo con la etapa de su propio proceso frente al tratamiento farmacológico (antes, durante, después).

Para el análisis de datos se realizó una matriz incorporando tanto las preguntas como las respuestas obtenidas en las entrevistas realizadas individualmente. Estas fueron sintetizadas, tabuladas y analizadas y permitieron establecer y describir las vivencias de los pacientes psiquiátricos frente al tratamiento farmacológico.

## 8. ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

De acuerdo con la **Resolución 8430 de 1993** la presente investigación se clasifica en el grupo de investigaciones sin riesgo, entendidas estas como los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación no dirigidos a la intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

El estudio contó con la autorización del Comité académico y de Investigación del Instituto del Sistema Nervioso Clínica Montserrat. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a los participantes del estudio.

Para controlar el sesgo de información, se indicó a los participantes del estudio que los resultados se utilizarían exclusivamente para efectuar programas de promoción y prevención en salud y se garantizó la confidencialidad mediante el autodiligenciamiento de encuesta anónima.

**Respeto por las personas:** Los pacientes participantes en la investigación fueron tratados como agentes autónomos, con la posibilidad de aceptar o no su participación en este estudio. Los pacientes psiquiátricos en tratamiento que desearon participar voluntariamente en la investigación, ingresaron voluntariamente y tuvieron acceso a toda la información acerca de ésta.

**Beneficio:** Con esta investigación se buscó recopilar la información dada por los pacientes psiquiátricos con el fin de identificar situaciones que alteren la adherencia al tratamiento farmacológico durante la hospitalización total o parcial<sup>25</sup>, para reflexionar acerca de estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

---

<sup>25</sup> Ley 911 de 2004., Tribunal Nacional Ético de Enfermería., Capítulo IV “De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia”.

**Justicia:** Los datos recolectados de los pacientes psiquiátricos, se manejaron con privacidad, omitiendo los nombres de los participantes y utilizando esta información sólo con fines de investigación.

## 9. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio cualitativo en una institución de tercer nivel en octubre de 2008 en la ciudad de Bogotá, donde se buscó conocer las Vivencias de los Pacientes Psiquiátrico Frente al Tratamiento Farmacológico, se tomó una muestra de 20 pacientes aleatoriamente, de los cuales 15 eran hospitalizados y 5 de clínica diurna. Con diferentes diagnósticos: 7 pacientes con trastorno bipolar (1 de clínica diurna y 6 hospitalizados), 5 pacientes con esquizofrenia (2 de clínica diurna y 3 hospitalizados); 4 pacientes con depresión hospitalizados , , 2 pacientes con episodio sicótico agudo (1 en hospitalización y 1 paciente en clínica diurna), 1 paciente con trastorno de personalidad hospitalizado y 1 paciente con anorexia nerviosa de clínica diurna, que permitió conocer las vivencias antes, durante y después del tratamiento farmacológico, desde diferentes perspectivas de la enfermedad mental, dada la variedad de diagnósticos médicos.

El análisis se orienta a brindar elementos al personal de salud, sobre el conocimiento y posteriormente el acompañamiento al paciente en su tratamiento farmacológico, que contribuya a mejorar la calidad de vida durante la hospitalización y en la vida diaria.

Los datos se organizaron en tablas, siguiendo el orden del instrumento, permitiendo finalmente dar respuesta a los objetivos específicos y general del trabajo de investigación.

## 9.1. DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS

**TABLA 2: DIAGNÓSTICOS MÉDICOS DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS HOSPITALIZADOS Y DE CLÍNICA DIURNA, INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL, BOGOTÁ 2008.**

DIAGNOSTICO	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
ESQUIZOFRENIA	2	3	5
TRASTORNO BIPOLAR	1	6	7
ANOREXIA NERVIOSA	1		1
DEPRESION		4	4
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		1	1
EPISODIO SICOTICO AGUDO	1	1	2
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>20</b>

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

Si se tiene en cuenta el diagnostico de los pacientes encuestados, 7 de los pacientes tienen diagnostico de trastorno bipolar, 5 con esquizofrenia, 4 con depresión, 1 trastorno de personalidad, 1 con anorexia nerviosa purgativa y 2 con episodios sicóticos agudos, el panorama no es desalentador en cuanto a factores de riesgo se refiere (tabla 2). Como lo mencionan varios autores: Gaobel y Pietzcker en 1983 las tasas de incumplimiento son del 75% en pacientes con un primer episodio sicótico, Corrigan y Cols en 1980 refiere que el incumplimiento es del 80% en pacientes sicóticos; aspectos como la negación de la enfermedad, las deficiencias sensoriales, la desconfianza frente al tratamiento y a los profesionales en el caso de los pacientes esquizofrénicos y la falta de introspección, la falta de conciencia de enfermedad mental, la hipomanía y la grandiosidad, el aumento de

la energía en el caso de los pacientes con trastorno afectivo bipolar interfieren con el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Además de las creencias de cada paciente, la personalidad, la necesidad de dependencia, la capacidad de soportar la ansiedad que genera el propio tratamiento, los efectos imaginarios del fármaco, o medicamentos de mal sabor o de difícil deglución y/o la interferencia del medicamento con otros hábitos del paciente, sentimientos de desesperanza, efectos secundarios, incurabilidad e irreversibilidad, el aumento de peso, la lentitud mental, la disminución de la concentración son causas propias que hacen que el paciente con estos cuadros presente incumplimiento al tratamiento.

**TABLA 3: RANGO DE EDADES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

EDAD	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	Total
Adolescente Media 14-16	1		1
Adolescencia Tardia 17-19		3	3
Adulthood Temprana 20-40	2	8	10
Adulthood Intermedia 40-65	2	4	6
TOTAL	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

El rango de edad de los pacientes encuestados se encontró dentro de 16 a 60 años, quienes estaban recibiendo su tratamiento farmacológico con diferentes psicofármacos, como antipsicóticos típicos (haloperidol, sinogan), antipsicóticos atípicos (abilify, olanzapina, seroquel), antidepresivos (prozac, lexapro), anticonvulsivantes (epamin), reguladores del humor (valcote y atemperator) y benzodiacepinas (rivotril), permitiendo de igual forma contar con una muestra

representativa, en el sentido de tener la posibilidad de conocer el cumplimiento, para los distintos grupos de psicofármacos.

Como lo menciona Haynes, existen diferentes factores que afectan el cumplimiento del tratamiento farmacológico de manera general. Uno de ellos son los factores personales: como la edad, el sexo, la raza, el grupo social, la situación laboral, y el nivel de educación.

Con relación a las edades, de los 20 encuestados en la institución de tercer nivel, la mayoría se encuentran en edades entre los 20 y 40 años (10 pacientes), es decir que la mayoría son adultos tempranos, quienes se encuentran hospitalizados por presentar sintomatología mental, y quienes en esta etapa del ciclo vital sufren transitoriamente alteración de su calidad de vida, perdiendo su capacidad para auto cuidarse y desempeñar sus roles (estudiante , trabajador, padre, hijo, etc), pero esta condición puede persistir, alterando aún más su calidad de vida si hay incumplimiento de su tratamiento . Se encontró 6 pacientes entre los 40 y 65 años (adultos intermedios); luego 3 entre los 17 y 20 años (adolescentes tardíos) y finalmente un adolescente medio de 16 años.

En esta categoría, se encuentra similitud entre la muestra, y el referente teórico, en relación a que la enfermedad mental, se presenta en todas las edades, desde los niños, en este caso adolescentes, hasta los ancianos. Si bien existe menos pacientes adolescentes en esta muestra, se consideraría que es el grupo más vulnerable, para presentar incumplimiento del tratamiento, dadas las características específicas de este grupo de edad (creencias, la gravedad percibida en cuanto a posibles consecuencias de una enfermedad, la dificultad para aceptar la enfermedad, mayor incapacidad en cuanto al cumplimiento de los horarios, menor posibilidad de tolerar los efectos secundarios).

**TABLA 4: CONFORMACIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS, INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL, BOGOTÁ 2008**

PERSONAS CON QUIEN VIVE	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
PADRES	2	1	3
PADRES Y HERMANOS		3	3
MAMÀ Y HERMANOS	1	1	2
MAMÀ	2	2	4
PAPÀ		1	1
ESPOSO E HIJOS		5	5
SOLO		2	2
Total	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En la investigación se encontró que cada paciente vive con miembros diferentes en su hogar: con el esposo e hijos 5 pacientes (hospitalizados), con la mamá 4 pacientes (2 diurnos y 2 nocturnos), 3 viven con sus padres (2 diurnos, 1 hospitalizados), con los padres y hermanos viven 3 pacientes (hospitalizados), con la mamá y hermanos viven 2 pacientes (1 diurno y 1nocturno), 2 pacientes que viven solos (hospitalizados) y con el papá solo vive 1 paciente (hospitalizado). Se encuentra que la mayoría de los pacientes conviven con sus parejas e hijos, seguido de los pacientes que viven con la mamá y de los que viven con padres y hermanos, permitiéndonos ver que la mayoría de los pacientes tienen un factor protector y es que afortunadamente cuentan con compañía para apoyarse, especialmente el poder contar con alguien quien les recuerde la medicación. Como se encuentra en la literatura el factor ambiental, es importante también considerarlo ya que el paciente que vive solo (en la mayoría mujeres) con frecuencia falla en cumplir con el tratamiento. Además factores a tener en cuenta como; el aislamiento social, las creencias sociales y los mitos en salud (tomar



medicinas solo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, o darse el caso que, si la dosis dada es buena, una dosis mayor es mejor), o factor asociado al medicamento.

**TABLA 5: ESTRATO SOCIAL DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

ESTRATO SOCIAL	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
1		0	0
2		1	1
3		2	2
4	2	2	4
5	3	6	9
6		4	4
TOTAL	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En relación el estrato social, se encontró que 9 pacientes, pertenecen a estrato 5, 4 a estrato 6, 4 a estrato 4, 2 a estrato 3, y 1 a estrato 2; mostrando que la mayoría de los encuestados pertenecen a estrato alto (tabla 4), coincidiendo ello, con el contexto social de ubicación de la institución de tercer nivel (zona norte de Bogotá) y con las políticas institucionales de la clase social de pacientes admitidos. De otra parte esta condición, hace que disminuya el riesgo para la adquisición de la medicación psiquiátrica. Estudios de la literatura sobre tratamiento farmacológico adherencia- incumplimiento nos señala que la poca adherencia al tratamiento se relaciona con bajo estatus laboral, abuso de alcohol y otros tóxicos, en su mayoría pacientes jóvenes y varones; sin embargo otros autores afirman que existe una escasa relación entre factores sociodemográficos y tratamiento y que ésta es mucho mayor entre la falta de cumplimiento y las características del trastorno.

**TABLA 6: SERVICIO DE SALUD DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

SERVICIO DE SALUD	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
POS		1	1
MED. PREPAGADA	4	13	17
OTRA	1	1	2
NINGUNA			
TOTAL	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

De acuerdo a los servicios de salud con que cuentan los usuarios, en su mayoría son medicina prepagada correspondientes a 17 personas, 2 pacientes son particulares y 1 al POS. Aunque la legislación colombiana, obliga las instituciones de salud a suministrar cualquier tipo de medicación a los pacientes de medicina prepago, asegurando el suministro de esta mientras este hospitalizado el paciente, se desconoce si una vez se dado de alto, el paciente tenga los recursos suficientes para adquirirla. Sin embargo supone que el poder contar con un servicio de medicina prepagada, implica la posibilidad de contar con recursos para acceder un servicio de salud y con posibilidad de adquirir la medicación, factores que facilitan el cumplimiento del tratamiento farmacológico; pero hay que profundizar sobre este aspecto.

**TABLA 7: NIVEL EDUCATIVO DE PACIENTES ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<b>Nº DE PACIENTES DIURNOS</b>	<b>Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	<b>TOTAL</b>
BACHILLER	4	6	10
PREGRADO	1	6	7
POSTGRADO		3	3
TOTAL	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

El nivel educativo, muestra que la mayoría (10 pacientes) son bachilleres, (7) en pregrado y (3) con postgrados, de igual forma , estas condiciones se convierten en factores protectores para el cumplimiento, dado el acceso a recursos tanto en conocimiento, como materiales, que facilitan la comprensión y el manejo terapéutico de la enfermedad

**TABLA 8: GÉNERO DE PACIENTES ENTREVISTADO Y DE CLÍNICA DIURNA**

<b>Genero</b>	<b>Diurno</b>	<b>Hospitalizado</b>	<b>Total</b>
Femenino	1	7	8
Masculino	4	8	12
Total	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En cuanto al género, se encontró que 12 de los pacientes encuestados, pertenecen al género masculino, y aunque no es muy relevante la comparación al numero de mujeres, permite mostrar las limitaciones que este genero tiene en lo que se refiere a aceptación de la enfermedad, posibilidad de socialización, posibilidad de pedir ayuda y de cumplir con el tratamiento que interfiere con su vida cotidiana, que se desarrolla en su mayoría en el ámbito público.

**TABLA 9: PROCEDENCIA URBANA / RURAL, DE PACIENTES ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

AREA	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
RURAL		1	1
URBANA	5	14	19
TOTAL	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En relación a la procedencia, como parte de los factores individuales que afectan el tratamiento, se encontró que 19 de los pacientes viven en área urbana y solo un 1 paciente viven en área rural, esto debido a las condiciones geográficas de ubicación y acceso de la institución, facilita en algunos aspectos como: accesibilidad de los recursos, del conocimiento, de contar con apoyos familiares, el cumplimiento del tratamiento.

**TABLA 10 : ESTADO CIVIL DE PACIENTES ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

ESTADO CIVIL	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
SOLTERO	5	10	15
CASADO		4	4
U. LIBRE		1	1
SEPARADO			
VIUDO			
OTROS			
TOTAL	5	15	<b>20</b>

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En el estado civil 15 de los pacientes son solteros, 4 casados y solo 1 en unión libre, lo que nos muestra la incapacidad de la mayoría de pacientes con

enfermedad mental de construir y mantener relaciones afectivas, dadas por las características de sus síntomas. Sin embargo si se examina la categoría de con quien viven, (Tabla 3), 5 de los pacientes viven con su pareja sentimental y sus hijos, mientras que 4 viven con la mamá, 3 con los padres y hermanos, 3 con los padres, 2 solos, 2 con la mamá y hermanos y solo 1 vive solo con el papá; la mayoría vive acompañado por alguien, expresando de una parte la dependencia que causa la enfermedad, pero también la posibilidad de convertirse en un factor protector, como se mencionó anteriormente, por la posibilidad de contar con alguien que lo asista, o lo supervise en la administración de la medicación, logrando un mejor cumplimiento del tratamiento farmacológico, y menor posibilidad de enfermar.

**TABLA 11: OCUPACIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS Y DE CLÍNICA DIURNA**

OCUPACIÓN	Nº DE PACIENTES DIURNOS	Nº DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	TOTAL
ESTUDIANTE	2	7	9
TECNICO	1		1
PRFESIONALES	1	6	7
OTROS	1	2	3
	5	15	20

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

De otro lado dentro de la ocupación de los pacientes encuestados se encontró que en su gran mayoría eran estudiantes (9 pacientes), seguido por 7 pacientes que eran profesionales, 3 se dedicaban a otras ocupaciones y solo 1 era técnico, por lo cual pude ver que el acceso a la educación para estos pacientes es alta, lo que les permite ser mas concientes de los beneficios que les brinda su tratamiento farmacológico.

## 9.2. VIVENCIAS DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Para complementar los resultados de esta investigación y conocer las vivencias de los pacientes psiquiátricos frente a su tratamiento farmacológico, dentro de la secuencia en el tiempo que se propuso en el estudio (antes, durante y después), a continuación se hace mención, a las expresiones de los pacientes de sus experiencias en relación con las vivencias que han llevado durante su tratamiento farmacológico.

**TABLA 12: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PREVIAS A LA TOMA DE MEDICACIÓN PSIQUIATRICA EN PACIENTES PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS, INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL, BOGOTÁ 2008**

ENTREVISTA	Conocimientos e ideas que tenia de la medicación psiquiátrica	De donde ha adquirido esos conocimientos	Actitud frente a la toma de medicación psiquiátrica
D1	Le tengo mucho miedo a eso....., a un manicomio o algo así, pero he aprendido a manejar ese miedo	Lo que hablaba la gente	Yo no les creía, lo hacia por darle gusto a mis papas, hay cosas que uno aprende a manejar, llegue al psiquiatra porque mis papas me trajeron, porque yo me salgo de control muy fácil
D2	Tenia idea básica de que era el tratamiento psiquiátrico	El medico neurólogo que me veía	En este momento no es que la medicina haga mal, pero a veces los psiquiatras deben saber hasta que punto se debe estar en el hospital unos mas enfermos que otros y duran menos que en el hospital, eso es la forma como vea el psiquiatra al paciente
D3	No mucho, sabia de	Mis amigos	No pues una medicina como

	algunos medicamentos que tomaban los drogadictos para drogarse		una aspirina
<b>D4</b>	Yo sabia que existía el valium	Me contaban	Fue muy duro para mí, me ha tocado asumir eso ya son varios años
<b>D5</b>	No nada		Yo no me lo tomaba por ignorancia, yo lo escondía, sin embargo la primera hospitalización mi mama me dijo tómese lo, yo me hago responsable y empiezo a tomármelo y se me baja el nivel de ansiedad
<b>H6</b>	Si la quetiapina para bajar la ansiedad, la estuve tomando por unos días hace ya un tiempo	Medico	No yo me los tomo, porque me han ayudado a dormir, a veces no puedo dormir, doy muchas vueltas y me da calor
<b>H7</b>	Si sabia que los usaban para drogarse, le daban un uso malo.	Voz populi, o sea la gente hablaba de eso	De negación, porque es que a mi me vio un psicoanalista y me dijo que eso no servia, el me daba lexotan para dormir
<b>H8</b>	Lo que yo sabia era que daban efectos secundarios.	Cuando hacíamos charlas entre compañeros en el trabajo	Para mi fue algo como de apoyo porque lo que sentía en el momento quería que se me acabara y el medico me explicaba que se me iban a ir las voces y se me iban a terminar las alucinaciones entonces lo acepte de una.
<b>H9</b>	Si yo sabía mucho de eso	Primero que todo soy enfermera, fuera de eso tengo familiares que han sufrido de lo mismo, entonces sabia	Pensé que era lo mejor para mi
<b>H10</b>	Mas o menos si tenia entendido que era para cuidar la alucinación y las dosis	Yo lo leí.	No yo pensé que eran poquitos días y no fue así, yo trate de votarlos algunas veces
<b>H11</b>	Pues tenia entendido que me iban a bajar un poquito	Médicos	Pues me sentí muy bien, porque las esperanzas que

	la ansiedad y la tristeza y que iba a bajar de peso		tenia de ponerme bien eran muchas
<b>H12</b>	No yo desde muy niño comencé con medicación psiquiátrica para manejar la depresión, a los 9 años estuve tomando prozac y otras cosas así	Los médicos	No, la gracia es tomarlo, porque si se lo medican a uno es para que se lo tome, el que tiene el título es el que me dice a mi y el especialista y es el que sabes, es decir y por algo me lo da, pues a pesar de las contraindicaciones yo lo he tomado con juicio
<b>H13</b>	Antes tomaba seroxat que era un antidepresivo y lo deje porque se me acabo y eso fue lo que causo la siguiente depresión y fue cuando me internaron aquí y me diagnosticaron como bipolar.	Yo averiguaba.	Pues no me gusta porque no me gusta depender de fármacos y no entiendo porque no me regresaron a lo que tomaba con eso estaba bien, aquí ensayaron de todo y me han podido sanar que se supo que funciona si
<b>H14</b>	No sabia nada		Suspendí el tratamiento porque me dieron pastillas, entonces me la tomaba unas veces si, otras veces no, entonces ya dijeron que inyección para no dejarlo de tomar
<b>H15</b>	Ninguno		Yo seguí las instrucciones directamente como me las daba el medico, tiene unos efectos secundarios demasiado fuertes, me los tome dos años todos los días, eso si me inhabilitaba en el trabajo
<b>H16</b>	No		El cuerpo humano es perfecto que uno se puede nivelar inclusive hay yerbas, las drogas las sacan de las yerbas y le introducen químicos que han sido estudiados durante años para poder complementar estos dos químicos y volverlos una droga.
<b>H17</b>	No conocía ningún		Pues nada, me los tomaba



	medicamento psiquiátrico.		
<b>H18</b>	Si claro.	Mi mamá tuvo que tomar medicación psiquiátrica por una depresión	No nada, estaba demasiado mal, para ponerme a pensar en eso.
<b>H19</b>	Si rivotril, pero no el uso que le dan aquí.	Amigos que la tomaban pero no preescrita, y una persona que sufre creo que de Alzheimer.	No, importa
<b>H20</b>	No pues sabia de los antidepresivos porque mi hermana también había tenido cuadro de depresión.	Por el medico	No yo acepte, porque yo soy conciente de que estoy enferma y debo tomarme el tratamiento para mejorarme.

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En primer lugar se indago a cerca de todas aquellas experiencias vividas **antes** de su tratamiento, en este aspecto se exploraron los conocimientos que los pacientes tenían sobre la medicación siquiátrica, y de quien los habían adquirido, de los cuales 11 pacientes tuvieron conocimiento alguna vez de su vida sobre la medicación siquiátrica antes de que la tomaran, expresándose así: “Tenia idea básica de que era el tratamiento psiquiátrico; No mucho, sabia de algunos medicamentos que tomaban los drogadictos para drogarse; Yo sabia que existía el valium; Si yo sabía mucho de eso”, como estas muchas otras expresiones de haber conocido antes la medicación psiquiátrica.

Adquirieron esos conocimientos de diferentes formas: por médicos (6), familiares (1) amigos (3), gente (3), por cuenta propia (2); lo que nos indica que la mayoría de los pacientes sabían de la medicación psiquiátrica, más es difícil precisar los contenidos asertivos, o nó, ó míticos, etc, que se pudieran haber recibido. Ciertos estudios sobre la actitud de la población general hacia el tratamiento psiquiátrico y, en particular hacia la medicación psicotrópica, han demostrado que la sociedad

apenas diferencia entre los diferentes trastornos mentales y los distintos tipos de medicación psicotrópica y sus indicaciones. Así, en Australia se observó que el mismo sistema de creencias respecto a los tratamientos adecuados se aplicaba a diversos trastornos mentales (Jorm *et al.* 1997a). Por otro lado la forma como el paciente iba a asumir el tener que tomar medicación psiquiátrica, 9 pacientes encuestados manifestaron inconformidad, poco compromiso, por exigencia o indiferencia (“los efectos secundarios son muy fuertes”...“La medicina me hace mal” .....“la escondía, mi mamá me dijo que me la tomara” “porque toca”...“no me gusta depender” . Sólo tres personas mostraron una actitud más positiva, para disminuir los síntomas. Y de los 20 pacientes, sólo uno respondió que era conciente de tomársela, por la enfermedad. El anterior panorama muestra, que no es suficiente conocer sobre los medicamentos, sino que es más importante la actitud que se tiene hacia la toma de estos. La investigadora considera que desde enfermería es un aspecto importante para trabajar con los pacientes.

**Tabla 13: PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS, DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS DURANTE LA TOMA DE LA MEDICACIÓN PSIQUIATRICA EN INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL, BOGOTÁ 2008**

Entrevista	Que piensa de tener que tomar medicación psiquiátrica, en los horarios, dosis y con las recomendaciones establecidas por el medico tratante?	Que efectos le produce la medicación psiquiátrica y que sentimientos le genera estos efectos?	Describa que hace usted normalmente a la hora de tomar la medicación; y alguien lo apoya, durante la administración de los mismos?	La actual hospitalización, se debió al incumplimiento del tratamiento farmacológico, en que aspectos usted lo incumple y porque no se toma la medicación psiquiátrica?
D1	A veces pienso que pueden llegar a hacerme daño porque son droga, pero a mi también me hacen electroshokes	Me da sueño	Mi papa siempre me lo da, como ya me han bajado el medicamento me lo corta y me lo da y el me apoya con eso, yo hablé ayer con el todas mis cosas, lastima que no puedo hacer lo mismo con mi mama, con ella es muy difícil las cosas no se porque.	No yo vengo todos los días que me pusieron lunes, miércoles y viernes pero yo estoy cumpliendo con mi tratamiento claro.
D2	En un momento no funcionaba las drogas pero ahorita si están funcionando; Porque me los	Los medicamentos hacen efecto como uno se los tome, uno tiene que saber que tiene un	Mi mama a veces me lo da, otras veces yo me lo tomo, con jugo	No en este momento estoy acá porque se supone que estaba enfermo y ya el

	tomaba con trago, y ahorita llevo arto tiempo bien o sea la droga si esta haciendo efecto	problema y que tiene que aceptarlo y no tiene que ponerse a tomar ni fumar y porque de ahí depende la salida de acá	de naranja.	doctor me dio pásese a diurno, pero la medicación me la estoy tomando muy juicioso
<b>D3</b>	No normal, asi esta bien.	Me producen sueño	Es que yo antes lo tomaba mas por obligación porque a mi no me hacia ningún efecto la droga entonces yo me la tomaba muy de noche para poder dormir, entonces me hacia el que me las tomaba y las dejaba por ahí.	Bueno es que yo tuve un accidente en una moto y me pegue en la cabeza después de eso yo no me acuerdo de nada y entonces mi mamá me llevo a donde un psiquiatra y me aconsejo a venir acá y me dejaron acá interno y ya. Dure 2 semanas interno acá y Salí y el proceso era continuar viniendo de día y por eso estoy acá.
<b>D4</b>	No eso no me afecta, yo cargo mi pastillero.	Todo lo mas la olanzapina me tranquiliza	Yo solo llevo mi horario.	No nada que ver, fue por una angustia acumulada, llevaba ya muchos años sin ser hospitalizado
<b>D5</b>		No me ayuda para nada, simplemente es por cumplir.	En este momento tengo enfermera quien se encarga actualmente de mi medicación, sin embargo	La última hospitalización fue en agosto porque había bajado mucho de peso y se me bajaron los electrolitos. pero

			<p>como mi propósito es ponerme un poco mas juiciosa yo busco los mejores horarios para tomarme la medicación pero fue bastante complicado porque mi mama también es una persona que sufre de depresión</p>	<p>eso no me sirve, pues nunca he confiado en ella porque tengo miedo a la codependencia a la medicación</p>
<b>H6</b>	<p>No yo pienso que la dosis esta bien, pues la verdad es que si a veces me quedo como un zombi, pero bien los horarios no son problema.</p>	<p>Sueño, me quedo como zombi</p>	<p>Pues es que la enfermera viene con el medicamento y ya yo me lo tomo, entonces es fácil acordarme.</p>	<p>No pues , yo tuve una discusión con mis papas y me fui de la casa entonces yo mismo decido hospitalizarme porque yo ya había estado pero como paciente externo con un terapeuta y entonces me hospitalizaron aquí para que me trataran y me ayuden a manejar mi impulsividad</p>
<b>H7</b>	<p>Afortunadamente mi medico me da dosis adecuadas. Los horarios, por eso fue que deje de tomarlos un tiempo porque me iba a tomar y pues no me la</p>	<p>Mareo, pensar mas rápido no es que piense mejor, sino que le vienen a uno las ideas mas rápidamente</p>	<p>No pues a veces mi papá me acuerda o a veces yo. Uno sabe que tiene que tomársela todos los días</p>	<p>Si deje de tomarlos por rumbear, porque no me voy a devolver a la casa a tomarme el medicamento a las 9, a veces me llevo la pastilla.</p>

	tomaba			
<b>H8</b>	La dosis creo que esta bien y los horarios si a mi me tocara tomarlos fuera que ya no este aquí si lo haría porque hasta el momento me ha controlado	Somnolencia y a veces me dan ganas de llorar.	Las enfermeras son las enfermeras encargadas de darnos la medicación y ellas nos la dan en el horario mas conveniente pues porque no la dan por ejemplo a media mañana o en la tarde	No, por que tuve una recaída, porque la empresa en la cual yo trabajo allá hay psicólogas y ellas tenían conocimiento de lo que me estaba pasando, ya me habían ordenado una cita al psiquiatra y entonces ya ese miércoles me dio esa reacción y opte por llamar al medico y me hospitalizaron
<b>H9</b>	En este momento pues lo estamos estudiando, porque digamos que la dosis no esta funcionando, pero digamos que los primeros 5 años no tenía ningún problema.	Sabes que no he tenido ninguna, ni somnolencia, nada extraño.	Nadie me apoya, simplemente yo se que tengo que tomármela a cierta hora y me la tomo.	Se debió a una crisis en la parte depresiva
<b>H10</b>	Por el momento bien.	Sueño.	Yo a veces me la tomo y a veces mi mamá me lo da.	Si porque los deje de tomar, hace tres años los tomo, hace tres meses lo baje y supuestamente por eso vine.
<b>H11</b>	La verdad pues me parece bien aunque me da mucho sueño	Sueño.	No cuando tenía muchas crisis me los dan.	Porque tuve una crisis y deje de tomar los medicamentos

				porque yo ya me había sentido bien entonces por eso los deje
<b>H12</b>	<p>Creo que es adecuado, cuando empecé a tomar el medicamento como me cambiaron de pastilla todavía estoy como medio dormido, pero el medico me dijo eso es mientras el cuerpo se me acostumbra a la droga y ya me estabilizaba, pues ellos son los que saben las dosis y sabrán como funciona eso, a mi siempre me han dado la medicación antes de irme a dormir, por ese lado entonces como que no tengo el afán, a las 10, 12 de la noche me la tomo.</p>	<p>Me produjo efectos secundarios en mi vida sexual y eso me hacen sentir bastante frustrado y la somnolencia, como el adormecimiento, a veces como que se me traba la boca, por ese lado es molesto para desempeñarse bien en la vida y eso hace que uno este adormecido por una pastilla.</p>	<p>No mi mamá me acuerda o a veces me acuerdo yo solo dependiendo, en general no se me olvida y nada un vasito de agua y me la tomo y a la camita a dormir.</p>	<p>Porque tuve una crisis, no por el medicamento sino porque tuve una crisis no, no yo siempre me tomo el medicamento, no tengo ningún problema.</p>
<b>H13</b>	<p>Vuelvo a lo que te dije, preferiría regresar a la que tomaba antes que me funcionaba bien y no tomar tantos medicamentos adicionales</p>	<p>Por lo general el único que me genera algún efecto colateral es el seroquel me da sueño, me da mucha sequía en la boca, en los ojos, lo hace sentir a uno volando, nada le</p>	<p>Ya lo hago como un hábito, nadie me recuerda.</p>	<p>A que me están haciendo un cambio de medicamento, he dejado de tomar la medicación u par de veces, por un día, cuando se me acaba y lo compro.</p>

		importa		
<b>H14</b>	Con la dosis estoy de acuerdo, aunque al principio la anterior medicación si los horarios se me dificultaban, pero ahorita en este momento estoy bien	Somnolencia.	Lo hago sola.	Me están haciendo el cambio de medicación.
<b>H15</b>	No nada	Embotamiento, temor y eso le da a uno ansiedad porque uno siente que se vuelve un trabajador ineficiente, entonces siente una angustia, ansiedad de que le vaya mal en el trabajo.	No yo me la tomo solo.	Me empecé a angustiar mucho tal vez por falta de trabajo, en enero hice unos trabajos muy difíciles, hace 5 meses que no me pagaban y creía que esa plata había perdido, soy muy impaciente y muy intranquilo y trabajando casi no dormía. Me dejaron hospitalizado aquí, pero no estoy tan mal, entre el martes y me voy el jueves
<b>H16</b>	Creo que la dosis es muy alta, claro porque estoy tomando rivotril, acetaminofen, valcote y atemperator, se me olvida tomarlos, pero quiero comprar un pastillerito, lunes, martes, miércoles	Me genera depresión, el medico me dio medicamento para eso pero no me ayudan nada.	Necesito tomar un hábito, porque me los tomo solo cuando yo me acuerdo, seria chévere un mensaje de texto.	Como estoy haciendo una película y soy el productor y director, tengo un equipo de trabajo de 12 personas, te imaginas manejar un equipo de trabajo de 12 personas



<b>H17</b>	Yo siempre soy muy estricta en mis horarios, pero los médicos estaban preocupados que porque yo llevo ya un mes de estar hospitalizada y rechazo todos los medicamentos, yo creo que una de las bases de haber rechazado los medicamentos no por mi propia fuerza sino porque el organismo los rechazo, no los acepto es porque me dan dosis muy altas, el organismo mío esta acostumbrado desde hace 27 años a que son tolerantes por mucha hasta cierta edad.	Un medicamento que no recuerdo su nombre me dejo una mañana como un borracho.	No yo me los tomo juiciosa.	No porque son crisis que se me forman por agresión psicológica, agresión verbal y agresión física
<b>H18</b>	Están perfectos.	Ningún efecto negativo, solo me tranquilizan, fui muy clara con el medico que yo no quería cosas que me tumbaran o que idiotizaran o que me hicieran perder mis 5 sentidos y así fue. A veces se me olvidan las cosas.	Si estoy en mi casa pues sola, si es aquí en la clínica pues me los dan	Es por una crisis de depresión.
<b>H19</b>	Me parece bien.	No, uy si pierdo la	No me la dan las	Nunca había

		memoria a corto plazo.	enfermeras.	tomado medicamentos, fue por la depresión.
<b>H20</b>	Los míos si son adecuados, he visto que los de otros compañeros son dosis fuertes, entonces estoy conforme con la mía y los horarios son bien	Pues mas tranquilidad como mas pasiva, no siento tantos nervios, pero así fuertes, fuertes no.	Me buscan y me la dan las enfermeras.	Por el cuadro de depresión.

*FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).*

En segundo lugar se tuvo en cuenta aspectos relacionados **durante** su tratamiento en relación con sus pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con la toma de la medicación, donde se encontró que en relación a los pensamientos 8 pacientes expresan rechazo hacia la medicación, que le hacen daño, que las dosis son inadecuadas, que tomaba trago, dificultad para tomarlos por los horarios, que la dosis de antes era mejor, permitiendo mostrar los pensamientos negativos hacia la toma de medicación. Mientras que 7 pacientes si refieren unos pensamientos más positivos: piensan que ahora la dosis si funciona, el horario de la noche es mejor, si los tiene que tomar, pero les da sueño.

En relación a los efectos a 6 pacientes les produce sueño, correlacionando así que la medicación siquiátrica dentro de sus efecto secundario provoca somnolencia, otros refirieron que los ponía zombees, les daba mareo, ganas de llorar, depresión, perdían la memoria y les alteraba la vida sexual. En relación a los comportamientos a la hora de tomar la medicación, 12 de los pacientes reciben apoyo en la administración de la medicación ya sea por el Papá (2 pacientes), por la Mamá (3 pacientes), por una Enfermera (6 pacientes) y solo 8 pacientes la toman sin recibir apoyo de nadie , pero las razones por las que los toman son: “porque de eso depende mi salida”.....”me gustaba más la de

antes”...”me la tomo aunque me da miedo la codependencia”.....”por obligación” ...”por cumplir” , lo que indica que la mayoría de los pacientes dependen de alguien quien les recuerde tomar su medicación y de los que la toman, lo hacen por razones diferentes ser conscientes de requerirla para enfrentar su enfermedad. Se indaga de igual manera si el motivo por el cual se encuentran hospitalizados es haber dejado de tomar la medicación psiquiátrica a lo que solo 4 francamente respondieron que si, 3 respondieron que eran cumplidos en la toma de medicación y el resto manifestó otras causas por las que habían recaído. De modo que encontramos que solo 4 pacientes hospitalizados son conscientes del incumplimiento, situación importante para iniciar una intervención terapéutica en este sentido; otros aducen otras causas y de los 20 sólo 3 son cumplidores del tratamiento, correlacionando ello con los hallazgos teóricos. Para Benker, Kepplinger y Sobota (1995), la mayoría de la población alemana prescinde de recurrir a la medicación psicotrópica en casos de trastorno mental. Delaney 1998, consideró que el incumplimiento en medicaciones psicotrópicas eran la razón primaria de las recidivas, contribuyendo al Síndrome de Puerta Giratoria” en pacientes esquizofrénicos. Por su parte el Ministerio de Sanidad de Barcelona (Nov 2005) refieren que únicamente un 4 – 12% de pacientes diagnosticados mentalmente, siguen en forma rigurosa el tratamiento, en pacientes esquizofrénicos entre un 25-50% incumplen el tratamiento y entre un 30-60% abandonan el tratamiento en el primer año.

**Tabla 14: APRENDIZAJES QUE LE HA DEJADO LA TOMA DE LA MEDICACIÓN PSIQUIATRICA A LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS, INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL, BOGOTÁ 2008**

Entrvistas	Cambios que experimenta en relación a los síntomas?		Recomendaciones que haría a otra persona que tenga que tomarla?
	Si experimenta	No experimenta	
<b>D1</b>	Me siento mas controlado sabes, he olvidado muchas cosas por los electrochokes, pero vuelven con el tiempo, yo pienso me va a tomar un tiempo pero la enfermedad es muy dura y yo no tengo esperanza, porque es mental, soy muy pesimista		Hay un amigo que en la UCI, que no quiso hacerse los electroshokes y me llamo ayer y me pregunto que como eran los electroshokes que le daba un poquito de miedo y yo le dije pues a mi me han ayudado bastante. Le diría que se los tomara o le diria no se viejito porque no conozco tu enfermedad.
<b>D2</b>		Igual, o sea eso de que sienta cosas diferentes no, pero comparados con lo pasado pues claro pero ya estoy adaptado a la droga y entonces no siento nada y me ha hecho mucho bien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ser consiente de su problema.</li> <li>2. no tomar ni fumar.</li> <li>3. tomar la medicación porque se enferma y lo traen para acá</li> </ol>
<b>D3</b>		La verdad lo único que me da es sueño porque es que mío problema es otro y no me lo puede curarse la medicina tradicional, porque es que mi problema no es	Yo creo que eso depende de cada persona porque algunos le sirve un 100 %, yo tengo un amigo que toma esta medicación y el dice

		<p>cerebral, es como mas espiritual y entonces no hay ninguna medicina que cure como el alma, es que o sea si fuera del cuerpo me lo cura pero es que mi enfermedad no esta en el cuerpo esta es no se en donde.</p>	<p>que si le sirve.</p>
<b>D4</b>	<p>Ya por los años que llevo tomando la medicación el organismo, entonces ya no es tan notorio para mi el efecto, pero que me actúa me actúa sin duda alguna, por ejemplo cuando me da un ataque o algo así que ya hace mucho que no me da, inmediatamente me calmo.</p>		<p>No si yo le diría que tiene que cuidarse, en horario y todo, es indispensable y necesario porque ya se ha descubierto hace muchos años que la esquizofrenia, la bipolaridad es tratada con drogas como cualquier otra enfermedad, simplemente es lo mismo, es que anteriormente había mucho tabú.</p>
<b>D5</b>		<p>Me parece que la parte mental la maneja el 100% uno y da paso a que uno este mas tranquilo, uno es el que tiene el poder de la mente, pero generalmente que el medicamento actúe en mi es falso, yo podría decir que me tomo juiciosísima el medicamento pero sigo mal, sigo triste, sigo deprimida, pero al</p>	<p>Que vaya a donde una persona confiable, medico tratante confiable, personalmente yo que no estoy con tanta medicación, por lo que te digo que afecta el sistema nervioso y puede llevarlo a ser dependiente a el medicamento, sin embargo me parece que si esta muy crónica debe tomar la</p>

		contrario yo digo me quiero ayudare, me voy a tomar esta medicación es un punto que me ayuda.	medicación de una porque eso la recupera, pero si hasta ahora esta en etapa de inicio, debe buscar otras opciones y alternativas para poder ayudarla
<b>H6</b>	Me ayuda a pensar las cosas, tu sabes que las personas agresivas hacen y después se arrepienten, la verdad como que me ayuda un poquito a pensar lo que voy a hacer y antes de actuar pienso, luego hago, claro que también necesito colaborar porque la droga me ayuda, tengo que ser consiente de que yo me debo ayudar		Primero que todo que para dar ese paso tiene que ser muy sincero mas que con el psiquiatra con si mismo y pues pensar bien lo que va a hacer no si le dan 30 pastillas se las toma y no pregunta para que son.
<b>H7</b>	Me deprimen un poco, lo que hace es que alarga los síntomas, duro más tiempo bajito de ánimo, eufórico. Siento que no me suben (no me vuelvo eufórico) y reconozco cuando me suben (me vuelvo eufórico) y también pienso que si no me los tomara caería en depresión		Um eso es muy raro no, si tiene algo muy fuerte, entonces si se lo recomendaría

	más fuerte.		
<b>H8</b>	Si, bastante, inclusive me dio un cuadro acá y me pusieron una inyección que era pues bastante fuerte y al momento me actúo		Yo lo que primero le diría es que le preguntara al medico que beneficios le traería la toma de medicamentos y si aparte de los medicamentos van haber algunas pruebas por ejemplo fisioterapéuticas, ósea que primero se asesorara bien, porque por lo general uno visita al medico y el medico le dice tómese esta pastilla pero uno no pregunta esa pastilla para que es, que efecto te va a causar, me va a solucionar lo que tengo
<b>H9</b>		Por eso te digo hasta hace 5 años notaba mejoría, después de estos ósea los 2 no he sentido ninguna, entonces ha sido el problema y el proceso.	Absolutamente, hasta ahora no hay ninguna otra forma de cómo ayudar.
<b>H10</b>		Pues yo creo que no me sirven, pues en mi caso no veo que eso me pueda ayudar, porque siento que sin medicamentos puedo estar bien	No si que se la tome, que lo haga.
<b>H11</b>	Si, me quita la ansiedad, el estrés,		Yo le diría que la tome. Igual a uno el

	como la tristeza, me siento mucho mejor, el día que yo llegue a la clínicas estaba muy mal yo no comía, no podía reír, no muy feo		medicamento le sirve mucho, a mi me a servido mucho.
<b>H12</b>	Si, en cierta medida la ansiedad se me controla con los medicamentos, me siento más tranquilo, relajado no con ese estrés que antes manejaba y pues es agradable a la larga es la finalidad del medicamento.		Que lo siguiera, yo le diría que lo siguiera, pues tiene sus resultados y por algo se los recetan a uno
<b>H13</b>	No solo lo que le digo del seroquel , las mejorías son por un periodo de tiempo, dura unas dos semanas, pero lo que sucede también es que cuando estoy arriba me cambian los medicamentos y me voy para abajo y me lo cambian y me voy para arriba.		Pues habría que buscar un buen medico, no me pondría a recomendar o no recomendar medicamentos, que hable con el medico.
<b>H14</b>		No, estoy normal, no. es igual	Que se tome su medicamento para estar bien
<b>H15</b>	Hay algunos medicamentos que lo ponen a uno de buen ánimo, creo que es el haloperidol, lo ponen a uno animo se siente		Creo que se puede intentar tomar los medicamentos o buscar otras alternativas también; yo también he



	uno como con euforia.		conocido otras alternativas y creo que tienen cosas buenas, entonces depende de lo grave que este uno, si se pone muy grave es mejor también hospitalizarlo, entonces es mejor que entre en tratamiento.
<b>H16</b>	Con el valcote y con el atemperator.		Usted jamás va a encontrar una persona que le diga que esta enferma de algo, de bipolaridad jamás, jamás la encontrare.
<b>H17</b>	Si me mejoran un 100%, mira prefiero morirme de hambre, dejar de tomarme un yogurt, una arepa de queso, antes de dejar de tomarme una pastilla		Que lo siga, claro.
<b>H18</b>	Si me siento mas tranquila.		Si, claro que lo siga.
<b>H19</b>	Desde que estoy acá he estado tranquilo.		Yo lo que le digo a todos es como personal, yo prefiero no recomendar, ni decir que si ni decir que no, eso es personal.
<b>H20</b>	Pues no tanto, en las noche me siento un poco sola (deprimida) porque no tengo mis cosas,		No que lo haga porque si son médicos es porque ellos estudiaron y ellos saben y también mirar

	entonces es un poco triste	las dosis, porque hay gente que toma sobredosis y eso es malo
--	----------------------------	---

FUENTE: Encuesta sobre vivencias de los pacientes psiquiátrico frente al tratamiento Farmacológico; realizado por Magda Mora (2008).

En tercer lugar se preguntaron las experiencias relacionadas con el **después**, donde se indago sobre cumplimiento del tratamiento y el cuidado de su salud, además de las enseñanzas que los pacientes quisieran compartir con otro paciente que tuviese que tomar medicación psiquiátrica, a lo que respondieron en primer lugar sobre los cambios que experimentan en relación a los síntomas, donde la mayoría de los pacientes experimentan cambios en sus síntomas positivos ,referido por ellos así: *“Me siento mas controlado sabes; Me ayuda a pensar las cosas; Me ayudan a dejar de ser agresivo, duro más tiempo bajito de ánimo, me quita la ansiedad, el estrés, como la tristeza, me siento mucho mejor ”*, estas son algunas de las respuestas dadas por los pacientes, mientras que 5 de los pacientes refieren no experimentar ningún cambio, dentro de estos 5, 3 refieren que la medicación no sirve para nada, que sus problemas no son curados con medicación, que se los toman por cumplir o por complacer a sus padres. El espectro de las enfermedades mentales parece reducido a dos extremos: locura y malestar psíquico, dentro del cual la sociedad clasifica también algunos trastornos severos como la depresión. Para la locura hay una tendencia a aceptar la medicación; para el malestar psíquico la medicación se suele rechazar en general, ya que no es percibida como una enfermedad

En relación a lo que recomendarían a otros pacientes, 13 pacientes respondieron que ellos recomendarían que siguieran las indicaciones medicas y que sin duda el tratamiento, 5 pacientes respondieron que es una decisión personal y 2 prefieren no opinar nada; lo que quiere decir que la mayoría de los pacientes refieren que la

mejor decisión es seguir el tratamiento farmacológico y que se encuentran satisfechos con los

Dentro de las recomendaciones que harían mencionaron:

“Le diría que se los tomara o le diría no se viejito porque no conozco tu enfermedad; ser consiente de su problema, no tomar ni fumar, tomar la medicación porque se enferma y lo traen para acá; yo creo que eso depende de cada persona porque algunos le sirve un 100 %, yo tengo un amigo que toma esta medicación y el dice que si le sirve, No si yo le diría que tiene que cuidarse, en horario y todo , es indispensable y necesario porque ya se ha descubierto hace muchos años que la esquizofrenia, la bipolaridad es tratada con drogas como cualquier otra enfermedad; que vaya a donde una persona confiable, medico tratante confiable, sin embargo me parece que si esta muy crónica debe tomar la medicación de una porque eso la recupera, pero si hasta ahora esta en etapa de inicio, debe buscar otras opciones y alternativas; eso es muy raro no, si tiene algo muy fuerte, entonces si se lo recomendaría; Absolutamente, hasta ahora no hay ninguna otra forma de cómo ayudar; no si que se la tome, que lo haga; Yo le diría que la tome. Igual a uno el medicamento le sirve mucho, a mi me a servido mucho; Que lo siguiera, yo le diría que lo siguiera, pues tiene sus resultados y por algo se los recetan a uno; pues habría que buscar un buen medico, no me pondría a recomendar o no recomendar medicamentos, que hable con el medico; que se tome su medicamento para estar bien; que lo siga, claro; Yo lo que le digo a todos es como personal, yo prefiero no recomendar, ni decir que si ni decir que no, eso es personal; No que lo haga porque si son médicos es porque ellos estudiaron y ellos saben. Frente a la anterior panorama , parece que con el transcurrir del tiempo, donde hay experiencias de síntomas, de toma de medicación, de efectos secundarios y de rehospitalizaciones, es que los pacientes aprenden a manejarla.

Un estudio realizado por Goerg y colaboradores. 2004, encontraron que las principales razones alegadas por los pacientes para no elegir la medicación

fueron: dudas sobre la efectividad de la medicación (45,6% de los que no la eligieron) y miedo a los efectos secundarios (43,4%). Otras razones, que tenían que ver con las características de las personas presentadas en las historias, que supuestamente no necesitaban medicación (30,5%) o no estaban enfermas (24%), o con actitudes negativas hacia la medicación en general, fueron menos citadas.

## 10. CONCLUSIONES

De los 20 pacientes psiquiátricos entrevistados para esta investigación, la mayoría hombres, solteros, bachilleres, quienes viven con algún familiar, pertenecen a un estrato 5, son procedentes de áreas urbanas, y tienen medicina prepago, refirieron las siguientes vivencias en relación al tratamiento farmacológico:

1. En relación con las vivencias que tuvieron los pacientes antes de tomar la medicación psiquiátrica, 11 de los pacientes manifestaron que tuvieron conocimiento alguna vez de su vida sobre la medicación psiquiátrica antes de tener que tomarla, la mayoría de los conocimientos, los adquirieron de médicos, de los amigos y la gente, sin embargo no se pudo precisar la calidad de estos conocimientos. 9 de los 20 pacientes refirieron actitudes de inconformidad, de asumir el tratamiento por exigencia externa, o porque toca. Sólo tres refirieron necesitarla para aliviar los síntomas; y de los 20 sólo 1 refirió necesitar tomarla porque es consciente de la enfermedad. Se pudo identificar también que a pesar de tener conocimientos sobre la enfermedad, la toma de la medicación depende más de la actitud que asume el paciente, punto que la investigadora considera necesario trabajar desde enfermería con el paciente psiquiátrico, creando estrategias educativas

2. En relación con las vivencias durante la toma de la medicación, los pacientes refirieron en cuanto a sus pensamientos, similitud entre positivos y negativos frente a la toma de medicación, sentimientos de incomodidad y depresión frente a los efectos secundarios, de los que en su mayoría refirieron sueño. En cuanto al comportamiento durante la toma de medicación, 12 de los pacientes refirieron recibir apoyo en la administración de la medicación ya sea por el papá, la mamá, o por una enfermera, y solo 8 pacientes la toman sin recibir apoyo de nadie, pero

las razones por las que los toman son: “porque de eso depende mi salida”.....” me gustaba más la de antes”...”me la tomo aunque me da miedo la codependencia”.....” por obligación” ...”por cumplir” , lo que indica que la mayoría de los pacientes requieren de un apoyo externo, o de un control externo para tomar su medicación y no por verdadera conciencia de su enfermedad para enfrentarla . Se indago de igual manera frente a la toma de la medicación psiquiátrica a lo que solo 4 francamente respondieron que incumplían en el tratamiento , 3 respondieron que eran cumplidos en la toma de medicación y el resto manifestó otras causas por las que habían recaído.

3. En relación a los aprendizajes que han tenido los pacientes en relación a la toma de medicación psiquiátrica, aunque 5 pacientes refirieron no experimentar ningún cambio con la medicación, las vivencias son más alentadoras y es que una buena parte de los pacientes refiere expresar cambios positivos en sus síntomas y de conciencia de enfermedad:”es muy dura”, a veces soy pesimista” “a veces me deprimó”, vivencias que se correlacionan con la cronicidad de estas enfermedades. Finalmente la mayoría si recomendaría a otras personas que la tomarán. Esta situación muestra que tal vez es solo con el transcurrir del tiempo, donde hay experiencias de síntomas, de toma de medicación, de efectos secundarios y de rehospitalizaciones, que los pacientes aprenden a manejarla.

## **11.RECOMENDACIONES**

Dados los resultados obtenidos, se recomienda continuar con la exploración del cuidado por parte del personal de enfermería en cuanto a las vivencias de los paciente psiquiátricos frente al tratamiento farmacológico, dado que la falta de adherencia en el tratamiento puede reflejarse en el deterioro y el bajo éxito del tratamiento terapéutico que finalmente intervendrá en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, esto sin tener en cuenta los altos costos que tiene para el sistema de salud atender pacientes con enfermedad psiquiátrica crónica.

No se debe olvidar que la enfermedad mental genera discapacidad y esto influye directamente en la economía de los países, por tal razón resulta más rentable atender oportunamente al paciente que se encuentra en la etapa inicial de su enfermedad, con el fin de garantizar calidad de vida y ahorrar costos para el sistema de salud.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. BLACKWELL. Treatment adherente. *Brit. J Psychiat.*, 1976; 129:513-531 citado en Adhesión al Tratamiento en salud mental.
2. BILLUPS SJ, Malone DC, Carter BL. Relationship between Drug Therapy Noncompliance and Patient Characteristics, Health-Related Quality of Life, and Health Care Costs. *Pharmacotherapy* 2000; 20(8):941-949.
3. Cáceres FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB* 2004; 7:172-180.
4. COL N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150(4):841-5.
5. CRAMER JA; Effect of partial compliance on cardiovascular medication effectiveness. *Heart* 2002; 88:203-206.
6. Compliance or Concordance: Is There a Difference?. *Drug Ther Perspect* 1999; 13(1): 11-12.
7. COLOM F y Vieta E. Aspectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Intersiquis, 2002; Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/revistaesalud/index.php/revistaesalud/article/viewPDFInterstitial/76/153>.



8. GONZÁLEZ J., Cuixart I., Manteca H., Carbonell M., Armengol J., Azcon MA., La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de Enfermería. *Revista Enfermería Global*. Nov 2005. Disponible en: [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal).
9. Gupta S, Rappaport HM, Bennett LT. Inappropriate drug prescribing and related outcomes for elderly Medicaid beneficiaries residing in nursing homes *Clin Ther* 1996;18:183-196.
10. HAYNES RB. Compliance in health care. Introduction. In: Haynes, R.B.; Taylor; D.W. & Sackett, D.L. (Eds): Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
11. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 2002; 29(4):637-51.
12. HAYNES RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*. 2002; 288:2880-2883.
13. Kusserow RP. Medication Regimens: Causes of Noncompliance. *Office of Inspector General, U.S. Department of Health and Human Services* 1990; WOEI- 04-89-8912.
14. MOSQUERA JM., Galdos P. Farmacología Clínica para Enfermería. McGrawHill- Interamericana; 4ª Edición. España 2005. Pg 17; Disponible en: <http://www.anesm.net/anesm/descargas/pinv2003.pdf>.
15. MONCHABLON. A., Breve reseña histórica de los tratamientos biológicos. Alcmeon 16 file://A:/A16\_09. HTM.

16. MARTIN L, Rose J. End-Organ Damage as a Result of Medication Noncompliance: 8, 2000; *US Pharm* 1999; 24;
17. MARTÍNEZ , Palop L, M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano; *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-120.
18. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
19. OXMAN AD, Guyatt GH, et al. Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. *JAMA* 1994; 272 (17): 1367-1371
20. PERDOMO, Cesar. Esquizofrenia, Estudiante de la licenciatura en enfermería. (UNER) Disponible en:  
[http://74.125.45.104/search?q=cache:9jVQRatTBHoJ:www.enfermeria21.com/pfw\\_files/cma/Archivos/Apuntes/2006\\_2007/ValoracionPacientePsiquiatrico\\_Cesar\\_Perdomo\\_AR.doc+Valoracion+Paciente+Psiquiatrico+Cesar+Perdomo&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co](http://74.125.45.104/search?q=cache:9jVQRatTBHoJ:www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/Archivos/Apuntes/2006_2007/ValoracionPacientePsiquiatrico_Cesar_Perdomo_AR.doc+Valoracion+Paciente+Psiquiatrico+Cesar+Perdomo&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=co).
21. SMITH, KM, McAdams JW, Frenia ML, Tood MW. Drug-related problems in emergency department patients. *Am J Health-Syst Pharm*, 1997; 54:295-298.
22. SANTANA A., Castañeda R. Descontrol del paciente hipertenso e incumplimiento del tratamiento farmacológico. *Rev Med IMSS* 2001; 39(6):523-529.

23.Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. *Organización Mundial de la Salud/OMS*, 2004; traducción de la Organización Panamericana de la Salud/OPS.

## ANEXOS #1:

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

#### VIVENCIAS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICO FRENTE AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CLINICA MONTSERRAT, BOGOTA. 2008

### I. ENCUESTA DE DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRAFICOS

#### I. DATOS PERSONALES

- EDAD \_\_\_\_\_
- GENERO: F\_\_\_ M\_\_\_
- ESTADO CIVIL : SOLTERO\_\_\_ CASADO\_\_\_ U LIBRE\_\_\_  
SEPARADO\_\_\_ VIUDO\_\_\_ OTROS\_\_\_
- OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_
- PERSONAS CON QUIEN VIVE \_\_\_\_\_
- DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO:
- MEDICAMENTOS QUE TOMA EN LA ACTUALIDAD
- TIEMPO QUE HA TRASCURRIDO DESDE SU DIAGNOSTICO:

#### II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

- ESTRATO SOCIAL
- PROCEDENCIA AREA URBANA O RURAL
- NÍVEL EDUCATIVO

- AFILIACIÓN AL SERVICIO DE SALUD AL POS  
\_\_\_\_\_MEDICINA \_\_\_\_\_PREPAGO\_\_\_\_\_
- OTRO\_\_\_\_\_ NINGUNO\_\_\_\_\_

## II. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

### I. ANTES

1. Que conocimientos e ideas tiene de la medicación psiquiátrica?
2. De donde ha adquirido esos conocimientos?
3. Ante la posibilidad de tener que tomar medicación psiquiátrica por largo tiempo usted como pensaba que lo iba a asumir?

### II. DURANTE

4. Que piensa de tener que tomar medicación psiquiátrica, en los horarios, dosis y con las recomendaciones establecidas por el medico tratante?
5. Que efectos le produce la medicación psiquiátrica y que sentimientos le genera estos efectos?
6. Describa que hace usted normalmente a la hora de tomar la medicación; y alguien lo apoya, durante la administración de los mismos?

7. La actual hospitalización, se debió al incumplimiento del tratamiento farmacológico, en que aspectos usted lo incumple y porque no se toma la medicación psiquiátrica?

### III. DESPUES

8. Cuando usted toma su medicación cumplidamente, experimenta cambios en relación a los síntomas?. De lo contrario que le ocurre?
9. Durante estos años que lleva de enfermedad y de tomar medicación psiquiátrica usted que le recomendaría a otra persona que tenga que tomarla?

**ANEXO #2:**

**VIVENCIAS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICO FRENTE AL TRATAMIENTO  
FARMACOLÓGICO CLINICA MONTSERRAT, BOGOTA. 2008  
CONSENTIMIENTO INFORMADO  
Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Enfermería**

Usted esta invitado a participar en una entrevista que nos permitirá conocer alguna de las vivencias relacionadas con la medicación que esta tomando actualmente, esta información será útil para entender alguno de los aspectos que relacionados con el fármaco puedan influir en su calidad de vida. La información será confidencial y se usara exclusivamente con fines científicos.

Esta investigación es conducida por Magda Rocío Mora Sepúlveda, como requisito de grado de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana y Maribel Pinilla Enfermera Jefe como investigadora y tutora del proyecto. Si usted conciente participar, será entrevistado por uno de los enfermeros participantes y la entrevista será grabada.

---

Firma del participante

Fecha :