

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO: CONSIDERACIONES DESDE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA*

Maribel Pinilla Alarcón**

Resumen

La administración de medicamentos psiquiátricos por parte de la enfermera es una actividad propia de la profesión, pero resulta muy importante a la hora de lograr uno de los objetivos primordiales para la estabilización y recuperación del paciente psiquiátrico la adhesión al tratamiento farmacológico. Esta actividad cotidiana implica reflexionar acerca del conocimiento y manejo de los distintos grupos de psicofármacos, de los diferentes factores de riesgo que presenta cada grupo de pacientes (que alteran dicha adhesión), de la presencia de factores sociales e institucionales y de los propios de la enfermera, que limitan la construcción de una relación empática y afectan la acción terapéutica. Concluye el artículo con algunas estrategias en las cuales debe seguir trabajando en la investigación en enfermería, para lograr mejores resultados en la adherencia a los tratamientos.

PALABRAS CLAVE: *tratamiento, atención de enfermería, psicotrópicos.*

* Artículo de reflexión. Recibido para evaluación: 24 de octubre de 2007. Aceptado para publicación: 15 de noviembre de 2007.

** Enfermera, Universidad Nacional de Colombia. Supervisora de la Clínica Montserrat. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Estudiante de la Maestría en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: mpinilla@javeriana.edu.co

Abstract

The administration of psychiatric medicines by the nurse is a current duty in this profession. In order to achieve the stabilization and complete recover of the psychiatric patient, it is important to pay special attention to the pharmacological treatment adherence. This nurse's daily activity implies the study of the knowledge and handle of the different groups of psychopharmacs and the different risk factors for each group of patients. The relation between each mental disease, the social and institutional factors that affects the nurses job, even the nurses own personal factors must be analyzed in order to understand the relationship between the psychiatric patient and the nurse. These factors can shape the patient-nurse relation, and can be an obstacle for a better emphatic relationship, affecting the treatment adherence and the therapy itself. This paper concludes with some strategies in which we must insist the research in order to achieve better results in psychiatric treatment adherence.

KEY WORDS: *Therapy, nursing care, psychotropic drugs.*

Introducción

Una de las actividades propias de la profesión de enfermería es la administración de medicamentos, además de la administración de tratamientos médicos, la incorporación del tratamiento del paciente a las actividades de la vida diaria, la observación de este para detectar los posibles efectos no deseados y la interacción del tratamiento médico con el resto de medicamentos, así como sus beneficios y riesgos (1).

Fundamentalmente, la enfermera prepara y manipula los medicamentos; revisa las técnicas, los procedimientos y las normas de seguridad, y controla la respuesta del paciente a la medicación, a fin de lograr un actuar con seguridad, facilitar la mejoría y proteger al paciente de posibles riesgos de error.

En el área de psiquiatría, la historia de los tratamientos biológicos parte de la idea que se tenía frente a la enfermedad mental: una sustancia que calme la angustia, la depresión, la culpa, el insomnio, la locura, el delirio o la alucinación. "Algo" que frene la farmacodependencia y la demencia (2). Si bien gracias a la aparición de nuevos tratamientos farmacológicos se ha experimentado un avance en la lucha contra estas enfermedades, existe un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con el tratamiento, con las consecuentes recaídas y las nuevas hospitalizaciones (3).

En este sentido, resultan muy importantes las acciones de la enfermera en psiquiatría, desde las sencillas, que implican 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? ¿Qué factores sociales e institucionales influyen? ¿Cuáles son los factores personales de la enfermera que pueden limitar la construcción de una relación empática y de confianza para poder establecer una verdadera acción terapéutica? Y ¿cuáles son las estrategias que se deben seguir para mejorar la adherencia al tratamiento?

Adherencia al tratamiento

Lograr la adherencia del paciente al tratamiento terapéutico, labor tanto del médico como de la enfermera y de los demás profesionales del área, en los ámbitos hospitalario y extrahospitalario, le permite no sólo el alivio de los síntomas y la disminución de los efectos secundarios, sino que le proporciona calidad de vida, habilidad para el cuidado personal, uso del tiempo libre, regreso o ingreso a un rol económicamente productivo y una mejor relación con la familia. Así mismo, disminuye las recaídas, evita nuevas hospitalizaciones y reduce los costos socioeconómicos (4).

Es pertinente mencionar, inicialmente, aspectos relevantes que debe considerar la enfermera a la hora de administrar los psicofármacos, en relación con la adherencia a estos y con las características propias de cada patología.

Psicofármacos y características de los pacientes

Los neurolépticos que se emplean para la psicosis controlan los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, así como los síntomas psicóticos de otras patologías (demencias, síndromes mentales orgánicos, psicosis maniaco-depresivas, trastornos depresivos psicóticos, etc.). Tienen ventajas en cuanto a su acción y 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 duradero por varias semanas. Sin embargo, debido a sus efectos secundarios, extrapiramidales, anticolinérgicos, antiadrenérgicos, hepáticos, hematológicos y otros como el síndrome neuroléptico maligno, la fotosensibilidad, la amenorrea, la ginecomastia y el aumento de peso, interfieren en la comodidad del paciente, lo que ocasiona su incumplimiento y abandono.

Aparentemente, el grado de adherencia al tratamiento antipsicótico no ha sido fácil de determinar. En 1998, Delaney (5) consideró que el incumplimiento en medicaciones psicotrópicas era la razón primaria de las recidivas y que esto contribuía al *síndrome de puerta giratoria* (que entran y salen permanentemente de los hospitales) en pacientes esquizofrénicos.

Gaobel y Pieetzcker, en 1983, determinaron que las tasas de incumplimiento en pacientes con primer episodio psicótico son del 75%. Otro estudio realizado por Corrigan y cols., en 1990, determinaron que el incumplimiento alcanzaba el 80% en pacientes psicóticos (6). Datos de noviembre de 2005 del Ministerio de Sanidad de Barcelona refieren que únicamente entre un 4% y un 12% de pacientes diagnosticados mentalmente siguen en forma rigurosa el tratamiento; en pacientes esquizofrénicos, entre un 25% y un 50% incumplen el tratamiento, y entre un 30% y un 60% abandonan el tratamiento en el primer año.

Existen otras variables, además de los incómodos efectos secundarios de algunas medicaciones, que afectan el cumplimiento del tratamiento. Para 1979, Haynes y cols. señalaban:

- Las *relacionadas con el paciente*: edad, raza, sexo, grupo social, situación laboral, nivel de educación y factores económicos.
- Las *relacionadas con la enfermedad*: gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalizaciones previas.
- Los *relacionados con el régimen terapéutico*: complejidad de las pautas terapéuticas, costos, efectos secundarios y duración del tratamiento.
- Las *relacionadas con las estructuras de salud*: accesibilidad al sistema, tiempos de espera, concertación de citas.
- Los *relacionados con la comunidad*: implicación de la familia, conocimientos generales de salud, conflicto entre esta y la conducta que se debe seguir.

Fenton y cols. (7) identificaron en pacientes esquizofrénicos otras variables empíricas para incumplir el tratamiento:

- *Relacionados con el paciente*: gravedad de los síntomas, introspección pobre, abuso de alcohol y drogas.
- *Relacionados con la medicación*: efectos secundarios, dosis subterapéuticas o excesivamente altas.
- *Relacionados con el entorno*: apoyo o supervisión inadecuados, barreras prácticas como la falta de dinero o de transporte.
- *Relacionados con la clínica*: una alianza terapéutica pobre.

En 1997, William y Belsse citaron otras causas: sentimientos de desesperanza, desacuerdo con el plan de tratamiento, que los sínto-

mas no son vividos por el paciente de forma disfuncional, rechazo al tratamiento por miedo, rechazo por el riesgo de reducir la autoestima.

Otros aspectos que deben considerarse son: la negación de la enfermedad, la dificultad para comprender el tratamiento por analfabetismo, las deficiencias sensoriales, la desconfianza en el tratamiento y en los profesionales implicados, 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, los medicamentos de mal sabor o de difícil deglución o la interferencia del medicamento con otros hábitos del paciente: "A veces infravaloramos una molesta sequedad de boca, un leve mareo, una ligera acaticia o un estreñimiento de varios días de evolución, pero para el paciente puede ser lo suficientemente molesto para no querer el tratamiento."

Freire concluye que los pacientes con rasgos paranoides e incluso psicóticos son un grupo típicamente *no cumplidor* (8). Aspectos importantes desde la enfermería para tener en cuenta durante la administración de los antipsicóticos son:

- Todas las fenotiazinas y sus derivados producen somnolencia; se debe aconsejar al paciente en este sentido.
- Las fenotiazinas producen efectos cardiovasculares. Es importante un monitoreo constante de sus signos vitales.
- La vigilancia y el alivio de los efectos secundarios extrapiramidales y anticolinérgicos.
- Un especial cuidado con la clozapina, que altera los glóbulos blancos.
- Un control estricto de la medicación por parte de enfermería en el centro hospitalario, y de la familia, en el hogar (1).

En la actualidad existen muchos antidepresivos, todos eficaces. Requieren un tratamiento continuo una vez superada la crisis, entre al menos cuatro y seis meses. Su acción es elevar la concentración de neurotransmisores, especialmente serotonina y noradrenalina en la sinapsis. Los antidepresivos tricíclicos tienden a ser desplazados por su relativa toxicidad. No obstante, permiten la recuperación del sueño y del apetito entre las dos y las cuatro semanas luego de haber comenzado el tratamiento, situación por la cual los pacientes tienden a abandonar el tratamiento.

Los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) son más seguros y producen menos efectos secundarios; pero la fluoxetina tiende a ser utilizada abusivamente. En los inhibidores de la monoaminoxidasa el efecto terapéutico tarda en observarse entre una y tres semanas. Pueden producir crisis hipertensivas al mezclarse con tiramina.

Alrededor del 80% de las depresiones agudas responden satisfactoriamente al tratamiento con antidepresivos (1), y aunque las disfunciones afectivas parecen ser más estables en el cumplimiento del tratamiento, las alteraciones cognitivas dificultan la fluidez y el proceso terapéutico. Por otra parte, los sentimientos de desesperanza, incurabilidad e irreversibilidad, propios de estos cuadros, facilitan el incumplimiento o la autopercepción pesimista de la probabilidad de mejoría (8). Facilita su cumplimiento la no complejidad de la prescripción y los pocos efectos secundarios.

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

- Vigilar permanentemente al paciente por el riesgo suicida posible con estos medicamentos.
- Acompañarlo durante el proceso de su enfermedad depresiva.
- Controlar estrictamente su medicación.
- En pacientes ambulatorios, preferiblemente, suministrar una 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.
- Vigilar las alteraciones cardiovasculares: hipotensión ortostática o hipertensión arterial con los inhibidores de la monoaminoxidasa.

En relación con los reguladores del humor, el 70% de los enfermos con trastorno afectivo bipolar (TAB) mejoran con litio, aunque la mejoría tarda entre una y dos semanas (1). Es necesario controlar las concentraciones séricas de litio, porque las que estén por encima de 1,5 mEq/l producen toxicidad. El litio se elimina por vía renal.

Por otra parte, en los estados maniacos, la falta de introspección, la falta de conciencia sobre la enfermedad mental y la hipomanía, con la grandiosidad, el aumento de energía y el entusiasmo eufórico, inciden en el incumplimiento; además, es necesario tener en cuenta el aumento de peso, la lentitud mental y la disminución de la concentración. Se aconseja que una persona se responsabilice del tratamiento, por la cronicidad de la enfermedad.

Las benzodiazepinas reducen el estado de ansiedad y ejercen una acción depresora, sobre todo del sistema nervioso central. Tienen, además, acciones hipnóticas y sedantes, relajantes musculares y anticonvulsivas. Producen depresión respiratoria, somnolencia, sensación de cansancio, adicción, desorientación, ataxia, agitación y amnesia retrógrada.

Existen barreras que dificultan el cumplimiento: una tendencia por parte del equipo de salud a minimizar la importancia clínica de los trastornos de ansiedad y el sufrimiento para el paciente, situa-

ción que le transmite dudas y ocasiona el incumplimiento. Por otra parte, el temor del paciente a la adicción y el hecho de que las benzodiacepinas de vida corta y media requieren ser suministradas en varias dosis durante el día.

Autores anglosajones han demostrado un aumento en las tasas de incumplimiento en trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Además, por la falta de apoyo social y laboral, la necesidad de consumo y adicción, los problemas económicos, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la frecuente mala disposición que adopta el personal médico y paramédico frente a ellos y la codependencia familiar (8). Algunos aspectos importantes que se deben tener en cuenta desde enfermería son:

- Desestimular la automedicación.
- Dar las recomendaciones necesarias frente a la somnolencia que producen.
- No administrar con alcohol etílico, porque potencia la somnolencia y produce depresión respiratoria.
- En ancianos, valorar la respuesta paradójal.
- Educar sobre la adicción que causan (tolerancia y abstinencia); por ello es necesario administrar la menor dosis posible y en el menor tiempo posible, e ir disminuyendo gradualmente.
- Evitar el acceso a pacientes con riesgo suicida.

El conocimiento por parte de la enfermera (i) de las generalidades de los psicofármacos, (ii) de las especificaciones acerca de los motivos de incumplimiento y (iii) del grado de adherencia en los distintos grupos le permitirá planificar de manera oportuna acciones tendientes a optimizar no sólo el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sino el de fomentar la adherencia al tratamiento.

A manera de ejemplo, se necesitarán acciones de enfermería diferentes, una vigilancia y control de la medicación distintos si se tiene una paciente mujer, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, soltera, que se encuentra psicótica y tiene una pobre red de apoyo social, que si se tiene un paciente hombre depresivo, de un nivel cultural alto y con buena red de apoyo social.

Factores sociales e institucionales

Aunque entre los principios establecidos para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental emitidos por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra en su Resolución 46/119 de diciembre 1991 reza que los pacientes tendrán un tratamiento adecuado, regular y completo, incluido el suministro de medicamentos (9),

esa condición no es una realidad en nuestro país; por el contrario, la accesibilidad a los tratamientos psicofarmacológicos es limitada.

La comunidad psiquiátrica de Buenos Aires sostiene que el costo del medicamento constituye un punto clave de la política de salud y no debe ser un efecto para los psiquiatras la *no* prescripción, que niega o entorpece su suministro (10).

Pero ¿qué significa para enfermería suministrar sólo medicamentos permitidos por el plan obligatorio de salud? ¿Tener que negarle al paciente los medicamentos no cubiertos en el plan? O ¿pedirle a la familia que compre los que no cubre? Pues bien, implica asistir a más pacientes con efectos indeseables, con el consiguiente esfuerzo de motivarlos a la adherencia; más deserción, porque al egresar no se dispone de los recursos económicos para adquirirlos; pero también un especial trabajo en relación con el mantenimiento de la autoestima de estos pacientes, ya que se les vulnera, al negárseles el derecho a la salud y bienestar como simples ciudadanos, como simples seres humanos.

Otros aspectos sociales tienen que ver con las limitaciones familiares. Lefley, citado en Katschnig y Freeman (11), identificó como factor estresor para los cuidadores la falta de información y apoyo por parte de los profesionales de salud mental y el rechazo a la comunicación, aduciendo falta de tiempo o ser un aspecto confidencial. La anterior situación se traduce en desaprovechar el recurso familiar, necesario en la adherencia del paciente al tratamiento; aun más si se tiene como política de salud mental la desinstitucionalización del paciente.

Los desplazamientos para acudir a los centros hospitalarios o farmacias, las interferencias para la entrega de los medicamentos, la disfunción significativa de los miembros de la familia o los antecedentes psiquiátricos en ella (que causan desamparo), el tipo de ocupación y rol que desempeñe el paciente en la casa y la inexistencia de apoyo social o carencia de familiares o amigos se convierten en factores de riesgo para el incumplimiento.

Entre los aspectos institucionales se puede mencionar: la falta de capacitación del personal en el manejo del paciente mental y del tratamiento farmacológico, la poca oportunidad en el suministro de la medicación, la falta de políticas establecidas en relación con protocolos de manejo farmacológico y el manejo de sanciones en casos de errores clínicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en el 2002 sobre el aumento de tasas de efectos adversos en países desarrollados, que oscilaban entre el 3,2% y el 16,6%, lo que corrobora el gran problema mundial. Por ello lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del paciente (12).

Weick y Sutcliffe señalan que “la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción”. De igual manera, la primera respuesta es buscar al culpable y castigarlo. Históricamente, la cultura laboral ha optado por actitudes punitivas, pero esta genera más prejuicio que beneficio, afirma el doctor Astolfo Franco (12).

Las prácticas clínicas deben estar dirigidas a evitar el error. Se pueden mencionar: el mejoramiento de las competencias del personal, la estandarización y vigilancia de los procedimientos, la doble verificación por parte de la enfermera de las órdenes médicas y de los *cinco correctos* a la hora de administrar los medicamentos, el trabajo en equipo, el dejar que el experto haga el procedimiento y la comunicación clara (12).

Relación enfermera-paciente

Es especialmente valiosa la interacción y el grado de comunicación que mantenga la enfermera con el paciente mental. Esta relación implica un ejercicio interpersonal fundamental en el tratamiento de la enfermedad y en la adherencia al tratamiento. Cuando esta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos, pues tienen una adherencia significativa dado el apoyo de enfermería y de trabajo social (13). Así mismo, el cumplimiento mejora, en relación con la confianza que se pueda transmitir y con las capacidades y conocimientos que se posee. Además de ser atenta, la enfermera debe ser amigable y accesible y mostrarse interesada.

La comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa, la adopción de posturas abiertas, los gestos, las actitudes y la entonación son factores que influyen significativamente en el mantenimiento de la relación terapéutica, e indirectamente en el cumplimiento de las prescripciones. La información debe ser suministrada en forma sencilla para el paciente y la familia, ha de ser de interés y ellos han de estar preparados para asimilarla y comprenderla (14).

Estrategias de manejo

Finalmente, se proponen las siguientes estrategias de manejo que se deben incluir desde enfermería para el lograr la adhesión al tratamiento:

1. Mejorar la formación y mantener una capacitación continua al personal de salud implicado en el manejo de los psicofármacos.

Esto permite un mejor manejo clínico de la contratransferencia, facilita la no interferencia de prejuicios y asegura la disminución de los errores clínicos.

2. Incluir programas psicoeducativos para el paciente y la familia, donde se determinen unos objetivos claros y una metodología acorde con las necesidades y circunstancias.
3. Prevenir y anticipar la probabilidad del abandono. Para ello es necesario determinar las creencias y evaluar los factores de riesgo personales, institucionales y sociales que puedan influir.
4. Fomentar una adecuada y constante relación terapéutica, a través de entrenamientos, determinación de perfiles de enfermería y disminución de la rotación de personal.
5. Intervenir crítica, pero positivamente en las políticas institucionales (protocolos, procesos y sanciones) y en las políticas nacionales.
6. Evaluar la contención y el apoyo familiar, para que tome un papel activo en el proceso terapéutico.
7. Considerar la inclusión de otros elementos técnicos (mejorar la caligrafía médica, evitar la jerga médica, crear espacios de discusión frente a estos temas como club de revistas, conversatorios, de forma interdisciplinaria).

Referencias

1. Mosquera JM, Galdós P. Farmacología clínica para enfermería. 4a ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005.
2. Monchablón A. Breve reseña histórica de los tratamientos biológicos. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica [en internet]. 1996;4(16):403-8. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_09.htm
3. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Enfermería Global [en internet]. 2005;(7). Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/7/07d07.html>
4. Blackwell B. Treatment adherente. Br J Psychiatry. 1976; 129:513-31.
5. Delaney C. Reducing recidivism: medication versus psychosocial rehabilitation. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1998;36(11):28-34.
6. Corrigan P, Liberman RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Hosp Community Psychiatry. 1990;(41):1203-11.

7. Fenton WS, Blyler CR, Heissen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull.* 1997;23(4):637-51.
8. Jo T, Almas S. Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de Portales Médicos.com* [en internet]. 2006. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm
9. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la salud mental [en internet]. Ginebra; 2002. Disponible en: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/68_sp.htm
10. Accesibilidad a los tratamientos psicofarmacológicos de las personas que padecen esquizofrenia. Buenos Aires; 2005.
11. Katschnig H, Freeman H. Calidad de vida en los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Masson; 2000.
12. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Méd.* 2005;36(2)130-133.
13. Heredia A, Córdoba JA, Escolar A, Carmona J. Variables asociadas al abandono del tratamiento o la terapia en el equipo de salud mental del Distrito de Jerez de la Frontera. *Psiquiatría Pública.* 1995;12(2):139-49.
14. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Madrid: Salvat; 1993.

Bibliografía complementaria

- Albaz RS. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. *Journal of Social Sciences.* 1997;(25):5-8.
- Bebbinngton PE. Contenido y contexto del cumplimiento. *Int Clin Pscopharmacol.* 1995;9 Suppl 5:41-50.
- Cirinci R, García M, Obiols J. Estrategias para aumentar competencia social en pacientes que sufren esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2001;28(1):8-15.
- Colom F, Vieta E. Aspectos claves en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Intersiquis [en internet]. 2002. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/trastorno_bipolar/3706/
- Cross D, Warren C. Environmental factors associated with continuers and termination in adult out-patient psychoterapy. *Br J Med Psychol.* 1984;57:363-9.
- De las Cuevas C, De Rivera L. Cumplimiento de a medicación neuroléptica y curso de la esquizofrenia. *Psiquis.* 1994;15(3):11-20.
- De las Cuevas C, Zereck E, Domínguez et al. Cumplimiento de las citas concertadas. *Psiquis.* 1996;17(9):445-64.

- El paciente con esquizofrenia abandona el tratamiento porque no cree estar enfermo y por los efectos secundarios de algunos de éstos fármacos [en internet]. Disponible en: <http://www.plannermedia.com/saludpress.htm>
- Factores que predicen la continuidad del tratamiento psiquiátrico ambulatorio [en internet]. Disponible en: <http://www.laboratoriosbiogen.com/biovip/articulo/esquizoart03.htm>
- Falloon I, et al. Programa psicoeducativo integrado in psiquiatría: guía al lavoro con le famiglie. 2 ed. Centro estudi Erickson.
- Freire B. Estudio comparativo de tres grupos de pacientes con distinta continuidad terapéutica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1990;10(33):221-227.
- Freire B. Interrupción prematura del tratamiento en psiquiatría: una revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1986;6(16):22-42.
- García Cabeza I, Sánchez Díaz EI, Sanz Amador M, Gutiérrez Rodríguez M, González Chávez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatría*. 1999;27(4):211-6.
- Graveley E, Oseasonh C. Multiple drug regimens: medication compliance among veterans 65 years and old. *Res Nurs Health*. 1991;14:51-8.
- Guimon J. The use of group programs to improve medication compliance in patients with chronic diseases. *Patient Educ Couns*. 1995;26:189-93.
- Hillis G, Alexander D, Eagles JM. Premature termination of psychiatric contac. *Int J Soc Psychiatry*. 1993;39(2):100-7.
- Horne R. Patients belief about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *J Psychosom Res*. 1999;47:491-5.
- Jonson B. *Enfermería psiquiátrica y de salud mental interamericana*. 4a ed. Madrid: MacGraw Hill. p. 325-48.
- Kyes J, Hofling CH. *Enfermería psiquiátrica*. México: Interamericana; 1982.
- Matas M, Staley D, Griffin W. A profile of noncompliant patient: a thirty-month review on outpatient psychiatry referrals. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992;14:124-30.
- Miller W, Rollnick S. *Motivarional interviewing*. New York: Guilford Press; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: hacia la solución*. Ginebra; 2004.
- Ortega F, Ponce C. Adhesión a los tratamientos: análisis de los abandonos (datos preliminares). *Maristan*. 1995;4(9):55-63.
- Peplau HE. Another look at schizophrenia from a nursing standpoint. *Psychiatric nursing 1974 to 1994: a report on the state of the art*. St Louis: Mosby-Year Book; 1995.
- Roberts H. Neurotic patients who terminated their own treatment. *Br J Psychiatry*. 1985;146:442-5.

- Rohland BM, Rohrer JE, Richards CC. The long-term effect of outpatient commitment on service use. *Adm Policy Ment Health.* 2000;27:383-94.
- Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry.* 1995;152(12):1749-56.
- Swett CH, Noonan J. Factors associated with premature termination from outpatient treatment hospital and community psychiatric. *Hosp Community Psychiatry.* 1989; 40(9):947-51.
- Téllez Vargas J, Taborda LC, Taborda C. *Psicopatología clínica.* 2a ed. Bogotá: Nuevo Milenio; 2000.
- Toro RJ, Yepes LE. *Fundamentos de medicina: psiquiatría.* 3a ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997.
- Warner R, Taylor D, Wright J, Sloat A, Springett G, Arnold S, Weinberg H. Substance use among the mentally ill: prevalence, reasons for use, and effects on illness. *Am J Orthopsychiatry.* 1994;64(1):30-9.