

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**Adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con
ansiedad, asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas,
Santo Domingo, Distrito Nacional. Enero - Agosto 2019**

Sustentada por

Vanessa Contreras Mass Mat. 15-1796
Wildania Rodríguez Lebrón Mat. 13-1475

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
Licenciatura en Psicología Clínica**

Asesores

Lic. Hilda Cristina Aquino Burgos
Lic. Jesús Peña Vázquez

Santo Domingo, Distrito Nacional.
Enero – Agosto 2019

Adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con ansiedad,
asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas,
Santo Domingo, Distrito Nacional. Enero - Agosto 2019

INDICE

AGRADECIMIENTOS	i
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Identificación del problema	3
1.2. Preguntas de investigación.....	5
1.3. Objetivos General	6
1.4. Objetivos de Investigación.....	6
1.5. Justificación	7
1.6. Operacionalización de Variables	8
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	10
2. Ansiedad	10
2.1. Tipos de ansiedad.....	10
2.1.1. Niveles de ansiedad.....	12
2.1.2. Síntomas de la ansiedad	14
2.2. Antecedentes	16
2.2.1. Situación a nivel global	16
2.2.2. Situación en República Dominicana	20
2.3. Trastorno de ansiedad	21
2.3.1. Consecuencias y resultados del trastorno de ansiedad	22
2.4. Adherencia al tratamiento	23
2.4.1. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico.....	25
2.4.2. Factores que definen la adherencia al tratamiento	26
2.4.3. Efectos de la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico prescrito ..	30
2.5. Tratamiento farmacológico en ansiedad	30
2.5.1. Psicofármacos empleados en el tratamiento de la ansiedad	31
2.5.2. Teorías que sustentan el rol de la psicología de la salud en el fenómeno de la ..	33
adherencia terapéutica	33
2.6. Tratamiento Psicológico	36
2.6.1. Papel del psicólogo clínico, tratamiento aplicado a pacientes con trastorno de ..	37
ansiedad.....	37
2.6.2. El modelo cognitivo de ansiedad	38
2.6.3. Valoración psicológica.....	39
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO	41
3.1. Diseño de la investigación	41
3.2. Tipo de investigación.....	41
3.3. Objeto de investigación: población y muestra	42
3.4. Método	43
3.5. Marco contextual	43
3.6. Procedimiento de la investigación	44
3.7. Instrumentos de medición	45

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	47
4.1. Presentación de los resultados de la revisión del récord paciente caso de estudio	47
4.2. Presentación de los resultados del cuestionario aplicado al paciente con adherencia al tratamiento farmacológico	58
4.3. Reconocimiento de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.....	60
4.4. Comparación de casos, respecto a la adherencia al tratamiento	61
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A nuestros padres, José Antonio Contreras Olivares y Rosa Mass de Contreras, Wilfredo Rodríguez Céspedes y Regina Lebrón Quevedo por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Es un orgullo y un privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A nuestros hermanos (os), Edward José Contreras, Johanna Mariel Contreras, José Antonio Contreras, Wilma Rodríguez Lebrón, Willy Junior Rodríguez Lebrón, Wilmer Rodríguez Lebrón y Wilder Rodríguez Lebrón por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos apoyaron y han hecho que el trabajo se realice con éxito y compartieron sus conocimientos en especial a nuestros asesores Hilda Aquino y Jesús Peña, a nuestros jurados Julia Garcés, Pat Olga Galán y Nicole Troncoso por sus apreciadas recomendaciones.

Nuestro más profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal de la universidad Pedro Henríquez Ureña y al hospital central de las fuerzas armadas, por confiar en nosotras y abrirnos las puertas.

Agradecemos la ayuda que muchas personas, amistades, familiares y colegas nos han brindado durante el proceso de investigación y a lo largo de esta carrera. En especial a esas amistades incondicional que no nos dejaron ni un momento a solas y que siempre estuvieron ahí para nosotras.

INTRODUCCIÓN

El tema que se desarrolla a continuación busca analizar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con ansiedad, asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, Distrito Nacional. Enero - Agosto 2019.

Antes de hablar de adherencia es preciso señalar que no llevar al pie de la letra los lineamientos prescritos por el médico tratante viene determinado por diversas causas, que en general están relacionadas, como son: el grado de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento prescrito, la complejidad de los tratamientos, la presencia de efectos adversos, la relación entre los profesionales de salud, condiciones del paciente, indicativos como la edad y el género, la presencia o ausencia de síntomas.

La importancia de esta investigación radica en conocer de primera mano los factores relevantes que llevan a la adhesión al tratamiento psicofarmacológico y las medidas referidas por el paciente para llevarlo a cabo, el conocimiento de la enfermedad, la frecuencia del seguimiento por parte del médico responsable; la atención y apoyo en su círculo familiar.

Un aspecto determinante que favorece el cumplimiento de los tratamientos radica en que el paciente entienda la enfermedad que padece, que acepte y comparta el tratamiento prescrito, sobre todo que tenga conciencia de la importancia de cumplirlo. Además, todos los actores implicados, tanto en el diagnóstico, la prescripción, el suministro o la prestación del cuidado, como en el seguimiento, tengan intención de contribuir desde el ámbito de sus respectivas competencias y funciones profesionales. Esto se lleva a cabo con el arduo trabajo que hace el terapeuta, mediante terapia cognitiva conductual y psicoeducación.

Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son: definir el tratamiento psicofarmacológico comúnmente indicado a los pacientes con trastorno de ansiedad, presentar la valoración de los pacientes con ansiedad al tratamiento psicofarmacológico y psicológico, especificar las características que identifican un paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico, indicar los factores determinantes en la adherencia al tratamiento del

paciente con ansiedad y describir la experiencia de cambio de los pacientes después de iniciar el tratamiento.

La investigación tiene la siguiente estructura:

Capítulo I: Planteamiento del problema. En esta sección se identifican puntos básicos de la investigación como son: el problema, con sus interrogantes, pasando a los objetivos, además de la justificación.

Capítulo II: Marco Teórico. Se desarrollan los conceptos generales que refieren los aspectos que conforman la investigación bajo el enfoque de diversos autores, así como investigaciones nacionales internacionales, que sirven de referencia del tema tratado.

Capítulo III. Marco Metodológico. Corresponde en esta parte distinguir los lineamientos de la investigación, distinguiendo el tipo, diseño, método de investigación, fuentes y técnicas para la recolección de datos.

Capítulo IV. Presentación y análisis de los resultados. Contenido de la revisión documental del tema, presentación de los resultados derivados de los instrumentos aplicados, realizando un análisis de acuerdo al problema de los objetivos planteados.

Se trata de un estudio de caso, donde se tomaron dos pacientes como muestra, lo cual sirvió de referencia para comparar la adherencia y no adherencia a un tratamiento psicofarmacológico y su efectividad.

Finalmente, a través de las conclusiones se muestran los resultados puntuales de la investigación y se realizan las recomendaciones pertinentes de acuerdo a las informaciones recabadas y datos del paciente.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema

La ansiedad como un factor ocasional, es parte de la vida del ser humano, pero cuando se torna frecuente, las personas pueden estar lidiando con un trastorno de ansiedad, donde pueden presentarse síntomas como preocupación, miedo intenso y persistente, en situaciones cotidianas, que comúnmente se realizan sin mayores inconvenientes. Cuando se está frente a esta situación, se presentan episodios repentinos caracterizados por miedo o terror, que pueden llegar a convertirse en ataque de pánico.

Existen múltiples criterios diagnósticos, que de acuerdo al DSM-5 se presentan como Trastornos de Ansiedad (TA), entre los que se pueden mencionar: TA por separación, mutismo selectivo, fobia específica, TA social, trastorno de angustia, agorafobia, TA generalizada, TA inducido por sustancias/medicación, TA debido a otra enfermedad médica, otros TA especificados, TA no especificado.

En el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, son asistidos pacientes diagnosticados con algún tipo de trastornos de ansiedad, los cuales son atendidos en primera instancia por el personal de psicología, y si el caso lo amerita, son referidos a Psiquiatría y tratar este trastorno con psicofármacos, para los cuales se emplean habitualmente ansiolíticos y antidepresivos. Aunque estos psicofármacos producen un efecto tranquilizante y actúan reduciendo los síntomas de ansiedad y/o disminuyendo tanto la intensidad como la frecuencia de los episodios de (adicción) y tolerancia (pérdida progresiva de efectividad).

La adherencia refiere un aspecto activo sobre el compromiso del paciente de seguir el tratamiento asignado por el médico, quien actúa en este contexto para que entienda mejor su problema de salud y pueda seguirlo. El resultado de llevar el tratamiento bajo los requerimientos, facilita la toma de decisiones compartidas y como resultado mejora su efectividad.

En la adherencia al tratamiento concurren diversos factores que pueden favorecer o no el cumplimiento del mismo, en este sentido, la relación médico-paciente incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante. El factor ambiental, donde se destacan las creencias, su entorno emocional, mitos de salud, el tipo de enfermedad, donde si aumenta la cronicidad el cumplimiento de tratamiento disminuye y viceversa, finalmente, la terapéutica, que determina si es un tratamiento corto, sencillo o prolongado.

Visualizando las generalidades de la adherencia al tratamiento y sus efectos, se busca con esta investigación conocer a través del caso seleccionado, el cumplimiento psicofarmacológico, utilizando como contexto un paciente que presenta algún tipo de ansiedad y es asistido en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en busca de conocer aspectos como: comportamiento de la persona respecto a recomendaciones relacionadas con el tratamiento asignado, progreso del paciente de acuerdo al tratamiento asignado, conciencia del paciente al tratamiento administrado, efectos adversos, cambios en el estilo de vida del paciente después de iniciar el tratamiento.

La falta de adherencia al tratamiento corresponde a uno de los mayores problemas que afectan a las intervenciones en salud mental. En psicología clínica, este factor puede aumentar el desequilibrio emocional, pues la adherencia al tratamiento psicofarmacológico condiciona su eficacia y mejora la evolución del paciente, respecto a su diagnóstico.

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como: "el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario" (World Health Organization, 2003).

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR), ha definido cumplimiento terapéutico (sinónimo: adherencia) como "el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos" (López, 2006). Sin embargo, los resultados clínicos de un tratamiento se ven afectados no sólo por cómo tomen los pacientes su medicación, sino por cuánto tiempo lo hagan. Por este motivo, la misma ha propuesto utilizar el término persistencia, que define el tiempo en el que el paciente

continúa con el tratamiento, explicando, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción.

La no adherencia al tratamiento no solo aumenta el coste de la atención médica, sino que también puede empeorar la calidad de vida. Por ejemplo, dejar de tomar dosis de un psicofármaco puede dar lugar a lesiones del nervio óptico y ceguera en las personas con glaucoma, y en las que tienen una cardiopatía puede dar lugar a arritmias y paro cardíaco, o en caso de hipertensión puede desencadenar un accidente cerebrovascular. No tomar todas las dosis prescritas de un medicamento como el antibiótico podría traer como consecuencia la reactivación de la infección y contribuir a la aparición de bacterias resistentes al psicofármaco.

1.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la influencia de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con trastorno de ansiedad asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas?
- ¿Qué valoración tienen los pacientes con ansiedad al tratamiento psicofarmacológico y psicológico?
- ¿Cuáles características identifican un paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico?
- ¿Cuáles son los factores determinantes en la adherencia al tratamiento del paciente con ansiedad?
- ¿cuál es la experiencia de cambio de los pacientes después de iniciar el tratamiento?

1.3. Objetivos General

- Analizar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con trastorno de ansiedad, asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, D.N, en el período enero-agosto, año 2019.

1.4. Objetivos de Investigación

- Definir el tratamiento psicofarmacológico comúnmente indicado a los pacientes con trastorno de ansiedad.
- Presentar la valoración de los pacientes con ansiedad al tratamiento psicofarmacológico y psicológico.
- Especificar las características que identifican un paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
- Indicar los factores determinantes en la adherencia al tratamiento del paciente con ansiedad.
- Describir la experiencia de cambio de los pacientes después de iniciar el tratamiento.

1.5. Justificación

A pesar de que la prescripción de un medicamento busca satisfacer la necesidad de salud, proporcionando la mejoría en la calidad de vida y disminución de la mortalidad del paciente que acude a consulta, no siempre el paciente sigue al pie de la letra las recomendaciones del médico tratante. Por lo tanto esta investigación aporta tanto al psicólogo como al psiquiatra y a la población en general de la importancia de llevar una buena adherencia al tratamiento psicofarmacológico, a sabiendas de esto tienen resultados efectivos.

La primera razón que lleva a estudiar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico es que se hace evidente que no seguirlo, dificulta el alivio del paciente del trastorno por lo cual está prescrito. En oposición a lo anterior, el paciente que está dispuesto a seguirlo correctamente, implica que se sienta responsable del plan terapéutico asignado, lo que facilita el control de los efectos beneficiosos y perjudiciales del tratamiento, estas personas se ajustan fielmente a la dosis del psicofármaco y no deciden abandonarlo por su cuenta.

Otro elemento que justifica la realización de este estudio es que, de acuerdo a la búsqueda preliminar realizada, no se han evidenciado en la República Dominicana investigaciones relacionadas con las variables ansiedad y adherencia al medicamento, de modo que este estudio aporta información relevante, que alerta a nuevas investigaciones.

La utilidad de la investigación radica, en demostrar los efectos secundarios en los pacientes con ansiedad, en qué medida algunos factores como estilo de vida, tipo de enfermedad, relación médico paciente, que influyen en la adherencia al tratamiento. Coincidir con las indicaciones prescritas, situaciones que hacen posible conocer las causas y consecuencias, pudiendo evitar nuevos ingresos en centros hospitalarios, numerosas consultas médicas y pruebas diagnósticas, además de tratamientos innecesarios.

1.6. Operacionalización de Variables

Objetivos específicos	Variable	Definición Conceptual	Escala	Técnica	Instrumento	No. de preguntas
1. Definir el tratamiento psicofarmacológico comúnmente indicado a los pacientes con trastorno de ansiedad.	Tratamiento psicofarmacológico	Medicamentos asignados para tratar o erradicar alguna afección o trastorno.	nominal	Revisión documental Entrevista	Récord del Clínico Cuestionario	1 - 5
	Trastorno de ansiedad	Situación que afecta la salud mental del paciente, donde enfrentan preocupaciones y miedos intensos y excesivos.	Nominal	Revisión documental	Ficha de verificación de récord	1
Presentar la valoración de los pacientes con ansiedad al tratamiento psicofarmacológico y psicológico.	Valoración de los pacientes Tratamiento psicofarmacológico y psicológico	Recolección de información que permite determinar estado psicológico, sociológico, fisiológico y espiritual del paciente.	Nominal	Entrevista	Cuestionario	10,12, 16
		Tratamientos combinados basados en medicamentos, teorías y técnicas para mejorar la condición del paciente.	Nominal	Revisión documental Entrevista	Ficha de verificación de récord Cuestionario	16, 17, 18-21

3. Especificar las características que identifican un paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico .	Adherencia al tratamiento psicofarmacológico .	Compromiso adquirido por el paciente que cumple puntualmente el tratamiento prescrito por el médico.	Nominal	Revisión documental Entrevista	Ficha de verificación de récord Cuestionario	8, 9, 16, 19
4. Indicar los factores determinantes en la adherencia al tratamiento del paciente con ansiedad.	Factores determinantes	Conjunto de factores personales, sociales y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y poblaciones.	Nominal	Revisión documental Entrevista	Ficha de verificación de récord Cuestionario	19, 20
5. Describir la experiencia de cambio de los pacientes después de iniciar el tratamiento.	Experiencia de cambio	Forma de conocimiento o habilidad derivado de la observación y de la vivencia de un suceso proveniente de las cosas que suceden en la vida.	Nominal	Revisión documental Entrevista	Ficha de verificación de récord Cuestionario	11-14, 16 y 21

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2. Ansiedad

La ansiedad es un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas, es decir, situaciones que afectan y en las que se tiene algo que ganar o perder. La ansiedad está estrechamente vinculada a la percepción de amenaza y a la disposición de respuestas frente a ella. La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable, quimérico o real, de forma que pueda salir airoso de ellas (Baeza, 2008).

Mediante constante investigación relacionada con los trastornos mentales, la salud mental y la fisiología del cerebro, los científicos están aprendiendo cada día más sobre la naturaleza de los trastornos de ansiedad, sobre sus causas y sobre las alternativas terapéuticas para mitigarlos y curarlos.

2.1. Tipos de ansiedad

Los sistemas de clasificación del DMS-V suponen que los trastornos mentales como la ansiedad, incluyen subtipos más específicos del trastorno con diagnósticos diferenciales que distinguen un tipo de trastorno del otro. Con otro punto de vista, un amplio cuerpo de investigación epidemiológica, diagnóstica y basada en síntomas, tiene un enfoque categorial de la nosología psiquiátrica, sobre la naturaleza dimensional de los trastornos psiquiátricos como la ansiedad o depresión, por ejemplo: Melzer, Tom, Brugha, Flyers & Meltzer, Rucio, Borkovec & Rucio, Rucio, Rucio & Keane, citados por Clark & Beck, (2010).

Cuadro No. 1. Tipos de Ansiedad

Trastorno de ansiedad	Estímulo amenazante	Valoración central
Crisis de angustia (con o sin agorafobia)	Sensaciones físicas, corporales.	Miedo a morir ("ataque al corazón"), a perder el control ("a enloquecer") o a (desmayarse), a sufrir crisis de angustia adicionales.
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	Sucesos vitales estresantes u otras preocupaciones personales	Miedo a posibles resultados futuros adversos o mortales.
Fobia social	Situaciones sociales, públicas	Miedo a la evaluación negativa de los demás (por ejemplo: vergüenza, humillación).
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Pensamientos, imágenes o impulsos intrusos inaceptables.	Miedo a perder el control mental o conductual o a ser responsable de algún resultado negativo para sí o para los demás.
Trastorno por estrés postraumático	Recuerdos, sensaciones, estímulos externos asociados a las experiencias traumáticas pasadas.	Miedo a los pensamientos, recuerdos, síntomas o estímulos asociados con el suceso traumático.

Fuente: Clark & Beck (2010).

2.1.1. Niveles de ansiedad

Las características de la ansiedad permiten clasificarla acorde a distintos niveles, que van desde el estado normal, continúa con el moderado hasta la ansiedad intensa, esta última puede ocasionar graves problemas en la persona, pudiendo llegar a incapacitarla completamente (Ansiedadysintomas.org, 2018). La ansiedad se presenta de distintas formas y niveles, estará determinada por diversos factores personales, así como la constitución genética del individuo.

La ansiedad no es un trastorno que solo se presenta en adultos, los niños también puede experimentar niveles de ansiedad, ya que se sabe algunos infantes tienen una predisposición a ser más nerviosos que otros, esto también depende del contexto de crianza y los estímulos que estos hayan recibido, relativo a conductas aprendidas de carácter negativo.

La ansiedadysintomas.org, (2018), explica la clasificación de los diferentes niveles de trastorno de ansiedad como: normal, leve, moderada y severa, en esta última pueden estar presentes ataques de ansiedad, los cuales pueden ocasionar temor en la persona y aumentar así la respuesta ansiosa.

Otras consecuencias producto de los distintos niveles de ansiedad son "el estrés agudo, pero el estrés a su vez también puede ocasionar ansiedad. Así mismo, pueden sumir a las personas que lo sufren en una depresión, lo cual realimenta los niveles ansiosos. En los grados intensivos se hace necesario el tratamiento con el especialista" (Ansiedadysintomas.org, 2018).

La tipología de ansiedad permite clasificarla de acuerdo a diferentes niveles, que van desde un estado normal, moderado hasta la ansiedad intensa, la cual puede ocasionar graves problemas en la persona e incapacitarla completamente. La ansiedad se presenta de diferentes maneras y niveles, dependiendo de la persona que la sufre y su constitución genética.

Los niveles de ansiedad se refieren a la intensidad en que se presenta la sintomatología, algunas veces pueden ser de carácter leve y esporádico, pero otras se convierten en un estado permanente que debilita a la persona y le impide desarrollarse normalmente.

Tabla No. 2. Niveles de ansiedad

Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa
<p>Es relativo a la presencia de una ansiedad que no es debilitante, ni afecta la vida diaria tanto física, como emocional y cognitivamente.</p> <p>Se caracteriza por niveles mínimos y el sujeto puede controlar la situación e incluye tener un nivel de adaptabilidad al mismo.</p>	<p>En este nivel la persona suele puede sentir muy nerviosa y experimentar tensión, también le afecta emocionalmente y cognitivamente, también puede generar arritmias.</p>	<p>En este nivel se genera un fuerte estado de angustia, los síntomas físicos son intensos, también se presentan problemas emocionales y físicos, tanto que paralizan al individuo.</p> <p>Los niveles altos y continuos de ansiedad pueden desencadenar niveles de ansiedad severos y generar un trastorno de ansiedad.</p>

Fuente: Autoría propia, información basada en la página web Ansiedadysintomas.org, (2018)

Es importante que el individuo que presenta alguno de los niveles de ansiedad descritos, atienda estos síntomas y dependiendo su gravedad, acuda al médico para ser tratado y así disminuir los efectos, ya que en niveles severos no solo generan síntomas fisiológicos, sino que afectan las emociones y el desempeño cognitivo de la persona, situación que pone en riesgo la salud.

Conviene subrayar, que la ansiedad severa es realmente debilitante, presentando los siguientes síntomas fisiológicos intensos: taquicardias y arritmias, náuseas, vómitos, nerviosismo, agitación, tensión muscular, molestias estomacales. Todo lo anterior, imposibilita que el individuo logre desempeñarse en sus áreas laboral, académica, familiar, pudiendo perjudicar sus relaciones y afectando su desarrollo como persona.

2.1.2. Síntomas de la ansiedad

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

Cuadro No. 3. Síntomas de Ansiedad

Físicos	Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
Psicológicos	Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.
De conducta	Estado de alerta e hiperactividad, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
Intelectuales o cognitivos	Dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de

	confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.
Sociales	Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer sus propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Fuente: Elaboración propia 2019, citado por Baeza et. al, (2008, p. 6-7)

Respecto a los distintos tipos de ansiedad, expresan Baeza et. al, (2008), que “que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni la misma intensidad en todos los casos, esto varía según su predisposición biológica o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad”.

2.2. Antecedentes

A continuación, se desarrollan los aspectos genéricos de investigaciones previas a la investigación que se presentan, tanto origen nacional, como internacional, que enfatizan los rasgos relativos a la ansiedad, la adherencia, así como los efectos que puede causar en el paciente el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico respecto del momento, la dosis y la frecuencia en el día a día.

2.2.1. Situación a nivel global

A nivel internacional, se indagó en una investigación realizada por Ramos (2015), titulado: La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas, donde se vincula la falta de adherencia al tratamiento en el contexto de las enfermedades crónicas es considerada como un grave problema de salud, cuyo objetivo general es examinar los conocimientos más generales y actualizados acerca de la adherencia terapéutica en tratamientos a largo plazo.

Como parte de las fuentes utilizadas para realizar el estudio se revisan las bases de datos bibliográficos de Medline y Google e identificaron los estudios sobre adherencia publicados entre los años 2009-2014. La información recopilada destaca los elementos que permiten diferenciar la definición de la adherencia a los tratamientos, o adherencia terapéutica, con respecto al de cumplimiento de los tratamientos; explicando que la falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirla y mejorar el nivel de salud del paciente.

Este estudio fue concluyente, indicando que la adherencia al tratamiento resulta un proceso muy complejo que requiere aún de educación sanitaria a la población y también a los prestadores de salud, mayor investigación y el diseño de estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento.

Otra investigación realizada por Alvarado (2016), sobre la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. En este estudio se ha descrito acerca de las negativas consecuencias clínicas y económicas ligadas a la no adherencia al tratamiento médico. El problema adquiere mayor peso en las enfermedades crónicas, en las que se espera un activo rol del paciente como agente de su propio cuidado.

Alvarado (2016), explica que hasta la fecha, buena parte de las teorías explicativas de la adherencia la han planteado más como una conducta que como parte de un proceso psicológico.

De hecho, gran parte de las teorías psicológicas explicativas (teoría de la acción razonada, el modelo de creencias en salud, modelo transteórico), se han basado en la premisa que las personas toman decisiones racionales y objetivas respecto de su tratamiento, después de sopesar las ventajas y desventajas de ello. Ajzen (1991), citado por Alvarado (2016), el cual ha planteado que el logro de una conducta, p.ej. la adherencia, dependería fuertemente de la motivación (intención), la percepción de control que se tiene sobre ella y las normas subjetivas sociales.

La Universidad Nacional Federico Villa Real, publicó una tesis de grado sustentada por Aguilar (2018), titulado: Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el centro de salud conde de la vega baja del cercado de lima en el primer semestre del año 2018. Con respecto a este estudio, cuyo enfoque se basó en la adherencia de pacientes con tuberculosis, enfermedad infectocontagiosa que se ha convertido en un problema de salud pública mundial.

Aguilar (2018), sostiene que la adherencia al tratamiento es el grado en el que el comportamiento del paciente cumple con las recomendaciones del prestador de asistencia sanitaria. El objetivo general determinar fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis. El estudio fue de diseño descriptivo, de corte transversal, de enfoque cuantitativo y de nivel aplicativo, cuyo instrumento de investigación fue el cuestionario MBG adaptado y validado para pacientes con tuberculosis de los autores Lozano y Aranda. La muestra de estudio estuvo conformada por 28 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Como resultados se obtuvo 96.43% de pacientes con un nivel de adherencia total, 3.57% de pacientes no adherentes al tratamiento. Asimismo, se identificaron las categorías comportamental, implicación personal y relacional que evaluaron la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Por lo que se concluye, que en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, existe un nivel de adherencia total en la mayoría de pacientes, esto debido a respuestas favorables en las categorías comportamental y relacional.

Otro hallazgo refiere una fuente titulada: la importancia de la adherencia terapéutica, sustentada por Martínez-Domínguez, et al (2016), donde expresan que la adherencia terapéutica es un componente importante de la atención en salud y para los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es un factor determinante en el control metabólico. Debido a que existen múltiples factores implicados, es un tema de difícil manejo que plantea retos para el personal de la salud y se ha convertido en foco de interés para numerosos investigadores, quienes han formulado modelos teóricos de cumplimiento, explorando las causas asociadas y diseñando estrategias que ayuden a mejorar el cumplimiento terapéutico.

Un artículo publicado por la revista electrónica UltraMed (2012), refiere los problemas fundamentales, acentuando dos problemas claros con las intervenciones existentes. En primer lugar expresan que "aun las intervenciones más eficaces no condujeron a grandes mejoras en el cumplimiento y los resultados de los tratamientos". Presentando que un metanálisis encontró mejoras del 4% al 11% en el cumplimiento. Afirman que la mayoría de los ensayos clínicos de intervenciones se concentra en un psicofármaco o un aspecto particular de la enfermedad estudiada, cuando generalmente, la mayoría de los pacientes toma múltiples medicamentos para diversos trastornos clínicos (Bosworth, Granger, Granger y colaboradores, 2017).

En este mismo orden, Bosworth, Granger, Granger y colaboradores (2017), además exponen que es muy probable que el traslado de las intervenciones a situaciones reales de gran escala sea infructuoso, en particular por la falta de personal para supervisar la administración de la intervención y el seguimiento que se utiliza en los ensayos clínicos. Al mismo tiempo, de acuerdo a los citados autores, algunas estrategias simples que resultan en un efecto pequeño a nivel individual pueden resultar en un beneficio sustancial en la salud pública. Otro dato relativo

al caso explica que “un análisis retrospectivo de más de 3,000,000 de individuos encontró este tipo de resultados cuando se utilizó un embalaje de tipo blíster con calendario para un psicofármaco cardiovascular de una toma diaria”.

Un segundo problema es que las intervenciones se enfocan en el médico, a su vez estos poseen escaso control sobre la incorporación de las conductas de toma de medicamentos. Dicho de otra manera, las intervenciones que faciliten una comunicación abierta y franca tienen más probabilidades de perdurar, estos autores indican que “se omiten los datos sobre la relación entre pacientes y médicos y faltan enfoques que tomen en cuenta la toma de decisiones compartidas” (Bosworth, Granger, Granger y colaboradores, 2017).

Ortíz & Ortíz (2007) en el artículo publicado titulado: Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica, presentan las estadísticas exhibidas por El National Heart, Lung and Blood Institute (1998), *que* señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos.

Otro caso, es el expuesto por Martín y Grau (2005), que informan que, en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%, mientras que Rodríguez (2001) reportó, que cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente.

Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez (Ortíz & Ortíz, 2007).

2.2.2. Situación en República Dominicana

Abordando el problema de adherencia al tratamiento desde el punto de vista clínico y verificando la actuación del paciente frente a su prescripción, y reconocen que es un proceso complejo que está influido por múltiples factores relacionados entre sí, se decide investigar diversas fuentes a nivel nacional e internacional, que aporten datos que sirvan de referencia al estudio que se llevará a cabo.

Una primera investigación titulada: determinantes sociales de salud en adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad del Prado, Azua, República Dominicana, realizada en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, sustentada por (Agramonte, 2016).

La metodología aplicada se basó en una investigación de campo, cuantitativa y descriptiva, aplicando como técnicas la encuesta y entrevista, basado en una guía de preguntas abiertas y cerradas. El objetivo general fue identificar la influencia de los determinantes sociales de salud en adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad del Prado, Azua, República Dominicana en el año 2016.

Los resultados obtenidos arrojaron que los determinantes sociales que tenían mayor influencia en los pacientes para adherirse al tratamiento son en un 100% el acceso a servicios de salud, en el 96.3% el factor económico, en el 94.4% explica que se debe a los factores familiares, en el 66.7% al estilo de vida de alto riesgo, en el 57.4% al trato del personal de salud y el 51.8% refiere que es debido al estado de ánimo depresivo.

Se consultaron otras fuentes que aportaran datos sobre las generalidades de la variable principal del este estudio, sustentado por Cordero-Oñate, et al (2018), estudiantes del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC), titulada: Evaluación de la adherencia al tratamiento de los pacientes menores de 18 años con fibrosis quística en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo, República Dominicana, durante el período febrero-abril 2018.

El objetivo general consistió en evaluar la adherencia al tratamiento de los pacientes menores de 18 años con fibrosis quística en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo, República Dominicana, durante el período febrero-abril 2018. En el citado estudio, la metodología fue basada en un estudio prospectivo, descriptivo y de corte transversal en el que se realizaron cuestionarios a 32 guardianes de pacientes del servicio de neumología pediátrica con fibrosis quística de un hospital.

La nombrada investigación arrojó los siguientes resultados: el nivel de adherencia al tratamiento fue bajo, representado por un 41%. La principal razón de no adherencia al tratamiento fue el alto costo monetario con un 61%. Con respecto a la adherencia y nivel socioeconómico, se mostró que el nivel socioeconómico más frecuente fue el D+, el cual se encuentra en la mitad baja de la escala y la mayoría de pacientes eran no adherentes. La vía de administración de tratamiento preferida fue la oral con un 78%. La mayoría de los pacientes tienen un nivel bajo de conocimiento del tratamiento, representado por un 32%. Concluyendo en que pacientes contaban con una baja adherencia al tratamiento, debido al alto costo monetario de los medicamentos.

La mayoría de ellos preferían tratamientos administrados por vía oral, pertenecían al nivel socioeconómico D+ y contaban con un conocimiento bajo acerca del tratamiento (Cordero-Oñate, et al, 2018).

2.3. Trastorno de ansiedad

El DSM-V refiere que los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas, el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipadora a una amenaza futura.

Los trastornos de ansiedad se diferencian unos de otros, de acuerdo al tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a hacer co-morvidos entre sí, pueden ser

distinguidos a través de análisis detallados del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociadas.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propia del desarrollo, por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorios a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes. Por ejemplo, suelen tener una duración de seis meses o más.

Los sujetos con trastorno de ansiedad subestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta los factores de contextos cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir sino se trata. Cada trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección medicada, o no se explica mejor por otro trastorno mental (American Psychiatric Association, 2014).

En adición a esto, Carrión & Bustamante (2008) explican la ansiedad como: "un estado de inquietud o ansiedad irracional y continuo, que en algunos casos puede agudizarse hasta transformarse en miedo agudo o pánico, con efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como la atención, la concentración, capacidad de raciocinio y la memoria".

Acorde con Jarne, et. al (2006, p. 119) la ansiedad se reconoce además, como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. "Se trata, por consiguiente, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. La respuesta ante esta situación es evitar la ansiedad ante diversos procedimientos".

2.3.1. Consecuencias y resultados del trastorno de ansiedad

La presencia de un trastorno de ansiedad, o incluso de síntomas ansiosos, se asocia con una reducción significativa de la calidad de vida así como del funcionamiento social ocupacional

Mendlowicz & Stain (2000), citado por Clark & Beck (2010), hallaron que todos los individuos con trastornos de ansiedad experimentaban resultados de calidad de vida, era equivalente en los diferentes trastornos de ansiedad.

Los pacientes con ansiedad diagnosticable, acuden con más frecuencia a los profesionales de salud mental y son más propensos a consultar a sus médicos de cabecera en relación a problemas psicológicos que los controles no clínicos.

En un estudio a gran escala de americanos profesionales se observó que los individuos con trastorno de ansiedad eran significativamente más propensos que el grupo de control no clínico a acudir a los centros de urgencias sanitarias (Marciniak et al., 2004, citado por Clark & Beck, 2010). Sin embargo, la mayoría de los individuos con una trastorno de ansiedad nunca recibe tratamiento profesional, y aun son menos los que recurren a los profesionales de la salud mental (Coleman, Brod, Potter, Buesching & Rowland, 2004; Kessler et al., 1994; Olfon et al., 2000, citado por Clark & Beck, 2010).

2.4. Adherencia al tratamiento

Adherencia, se define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas.

A partir de la publicación de la OMS (Sabaté, 2003) se puede establecer la intención de unificar el uso del término, cuya definición ha sido utilizada en algunos estudios recientes (Marengo & Suarez-Almazor, 2015), al constatar que la adherencia consiste en “el grado en el que la conducta de una persona —tomar el medicamento, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en el estilo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional de la salud” (Sabaté, 2003, citado por Meece, 2014).

De esta manera se reemplaza principalmente el término cumplimiento por adherencia, dado que este primero tiene un matiz paternalista y le otorga un sentido de pasividad a la función que cumple el consultante en el inicio y desarrollo del tratamiento (Brown & Bussell, 2011; Zambrano et al., 2012; Meece, 2014), limitándolo a la asistencia a controles (Kenny et al., 2016) e inclinando el peso de la responsabilidad de los objetivos y resultados clínicos, hacia el lado del profesional de la salud.

Con el concepto de adherencia se da un cambio al equilibrar la balanza entre la participación del consultante y el profesional de la salud (Nunes et al., 2009), en vista de que al establecer el acuerdo como un elemento clave, se estimula el carácter colaborativo y destaca la manera como la conducta de la persona va de la mano con este consenso explícito que surge a partir de lo propuesto por el profesional que lo atiende. De esta manera, se sitúa la atención en las necesidades, intereses y expectativas de la persona, con respecto al proceso que inicia, para darle participación activa en el afrontamiento de las condiciones y circunstancias que busca resolver (Figueroa, 2010).

En términos de la extensión del concepto, se afirma que aún existe una connotación limitada que considera la adherencia solo dentro del contexto de la toma de medicamentos, ya que algunos autores asumen que el grado en el que la persona consuma los medicamentos tal y como fueron prescritos, determina automáticamente el nivel óptimo del manejo de la enfermedad (Riva et al., 2015). Esta limitación repercute en la estimación más aproximada de su prevalencia en la población y como consecuencia no existe un cálculo correspondiente a los niveles reales de adherencia de los pacientes atendidos en las instituciones de salud (Varela, 2010).

En este sentido, se destaca que la adherencia no incluye únicamente la conducta de toma de medicamentos, sino que además contiene, entre la amplia gama de tratamientos, los cambios en hábitos de alimentación (Arrivillaga et al., 2007; Zaghoul, Waslien, Al Somaie, & Prakash, 2012; Páez et al., 2014; Said, 2017). Con relación a lo anterior la OMS (WHO, 2003) formuló unas guías de alimentación saludable asociadas a la prevención y manejo de la enfermedad crónica.

La adherencia a estos parámetros se asocia a una mayor longevidad y calidad de vida, ya que, al ser puestos a prueba mediante un estudio científico, se determinó que “una dieta saludable basada en las guías de alimentación globalmente definidas, se enlaza a una mayor supervivencia en población anciana. Este análisis confirma que las guías de alimentación desarrolladas por la OMS son valiosas para promover una adecuada salud a nivel general” (Jankovic et al., 2014, p. 9).

Además de la adherencia en el ámbito nutricional, Zaghloul, Waslien, Al Somaie, & Prakash (2012), se indican: la actividad física, disminución de consumo de cigarrillo y licor, manejo del estrés y asistencia a los controles, como intervenciones necesarias para la optimización del estado de salud del paciente (Páez et al., 2014). En este sentido, la adherencia cobra valor en los procesos terapéuticos complementarios al tratamiento psicofarmacológico, como un elemento transversal (Sabaté, 2003) de necesaria presencia en acciones terapéuticas propias de áreas como terapia física, fonoaudiología, enfermería, psicología, terapia ocupacional, optometría, entre otras.

2.4.1. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico

De acuerdo al DSM, citado por Lynch (2017), la adherencia al tratamiento (cumplimiento) es muy importante, en oposición a esto, solo la mitad de los pacientes que salen de la consulta médica con una prescripción, tomarán el psicofármaco como fue realizada la indicación. Son muchas razones, para no cumplir el tratamiento psicofarmacológico, siendo el olvido el más habitual. Afirma el DSM, que en ocasiones, el motivo es simplemente un mecanismo psicológico de rechazo, o intervienen otros factores como que el paciente pueda estar preocupado por temas relacionados con el tratamiento, como los posibles efectos secundarios, lo que da lugar al abandono del plan terapéutico.

La adherencia es un concepto con poco consenso (Vrijens et al., 2012; Kardas et al., 2013). Aún se utilizan diferentes términos para referirse a este, tales como cumplimiento, cooperación, alianza y adhesión, dando paso a un uso indistinto que puede acarrear confusiones y limitaciones en la aproximación más completa del fenómeno (Varela, 2010; Zambrano et al., 2012).

2.4.2. Factores que definen la adherencia al tratamiento

Se enumeran a continuación una serie de factores que podrían contribuir o no a la fijación del tratamiento psicofarmacológico por parte del paciente, de acuerdo a la forma en que éste maneje las circunstancias en cada caso:

- **Medicamento**

Resulta claro que recibir el medicamento exacto prescrito por el médico es una causa a favor para que el paciente se adhiera a las indicaciones, de lo contrario el paciente desiste fácilmente, esta situación se produce con frecuencia en el curso de enfermedades de pronóstico leve, frecuentes y de corta duración.

- **Dosis**

Conviene subrayar, que cuando el paciente no recibe la dosis prescrita es una de las causas probable de falta de adherencia, esto tiende a producirse en dos circunstancias distintas: o bien el paciente considera que le está sentando bien el tratamiento pero que podría ir mejor con mayor dosis y entonces la aumenta o lo contrario, es decir, que la evolución de la enfermedad va bien pero que el paciente pueda tener molestias que achaca al medicamento prescrito y entonces decide bajar la dosis para que no le sienta tan mal (Menckeberg TT, Bouvy ML, Bracke (2008), citado por Honorato, (2015)). Cabe señalar, que en ambos casos se produce una falta de adherencia al tratamiento.

- **Formulación**

Respecto a este punto, Honorato (2015) considera que la formulación del psicofármaco empleado en el tratamiento influye mucho en la adherencia, puesto que, gran parte de los pacientes suelen tener una clara preferencia por una formulación determinada. Hay quienes prefieren tomar comprimidos, otros, como es el caso de muchos ancianos, prefieren los jarabes, suspensiones o soluciones, hay menos a los que les gustan las inyecciones y relativamente pocos pacientes prefieren los supositorios, sin dejar de mencionar que se deben respetar estas preferencias, siempre que sea posible, en el momento de la prescripción, puesto que esta característica facilita notablemente la adherencia al tratamiento.

- **Vía de administración**

La vía de administración influye, muchas veces de forma decisiva en la adherencia al tratamiento (Simon, Niemand, Benalia et al. (2012), citado por Honorato, (2015)). Otro punto al respecto, es que las tasas más altas de adhesión se producen en los tratamientos que requieren medicación directa (inyecciones), niveles elevados de supervisión y registro e inicio agudo.

- **Intervalo de administración**

El número de dosis que debe recibir el paciente se relaciona mucho con el grado de adherencia. Se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis.

- **Los efectos secundarios**

Son un poderoso factor que favorece al incumplimiento del tratamiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien. Por ejemplo, clonazepam y el citalopram, utilizados en enfermedades como el trastorno de ansiedad, para reducir síntomas ansiosos (como los temblores, taquicardia, sensación de hormigueo), favorecen la aparición de efectos secundarios como: somnolencia, mareos, inestabilidad, problemas de coordinación, dificultad para pensar o recordar, mayor cantidad de saliva, dolor en los músculos o las articulaciones, ganas frecuentes de orinar, náuseas, diarrea, estreñimiento, vómitos, dolor de estómago, acidez estomacal, disminución del apetito y pérdida de peso, por lo que muchos pacientes deciden abandonar o disminuir las dosis de este tipo de medicación, especialmente, cuando empiezan a encontrarse mejor, con el fin de evitar estos efectos secundarios que, además, son muy visibles.

- **Duración**

Un resultado que se mantiene constante a lo largo de muchos estudios es que las tasas de adhesión se deterioran con el tiempo. Así, los comportamientos de adhesión de regímenes de tratamiento asociados a enfermedades crónicas, que requieren la adopción de cambios permanentes en el estilo de vida, o conductas preventivas prolongadas, casi con toda probabilidad reducen la adhesión en el tiempo, de no convertirse en automáticas y habituales (Perez-Gorricho y Ripoll (2003); Lachaine et al. (2014), citado por Honorato (2015)).

- **La complejidad del régimen terapéutico**

Se registran problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan en un tratamiento, cuanto más incompatibles sean las actividades diarias o los hábitos de la persona y cuanto más complejo sea ese régimen (varios medicamentos, diversos horarios). Por ejemplo, la adherencia a una determinada dieta, en personas con cierto tipo de enfermedades como es la diabetes e hipertensión, si estas viven solas, ritmo de trabajo agitado, es muy probable que no se realice correctamente por la gran cantidad de actuaciones que exigen a este tipo de pacientes.

En otras palabras, como afirmaban Gillum y Brasky, ya en el año 1974, “cualquier paciente sometido a un régimen complejo, o que requiera un cambio importante en sus hábitos o estilos de vida, tiene muchas posibilidades de no adherirse al régimen terapéutico”. Con esto se intenta explicar que es importante que los médicos simplifiquen el tratamiento lo máximo posible y lo intenten adaptar al estilo de vida de las personas, porque si no la probabilidad de incumplimiento es muy elevada.

- **Relación médico – paciente**

Es preciso destacar que el hecho de que el paciente crea que su profesional de la salud se preocupa también, hace que tenga más probabilidades de adherirse al plan de tratamiento. Quienes reciben explicaciones de un profesional interesado en sus problemas tienen más probabilidades de estar satisfechos con la asistencia que reciben y valorarán más al profesional, en otras palabras, cuanto más aprecien al profesional, mayores serán las probabilidades de cumplir el tratamiento (Lynch, 2017).

- **Creencias**

En ese mismo orden, diversos autores Cabrera, Tascon, y Lucimi (2001); Pozo, Alonso y Hernández (2005), citados por Méndez s.f., plantearon la importancia de las creencias como factores moduladores del seguimiento de las prescripciones terapéuticas. Es decir, expresaron que la conducta de adherencia va a estar relacionada con una serie de creencias:

- ✓ La motivación para la salud: interés que tenga el paciente en recuperar su estado de salud).
- ✓ La severidad percibida de la enfermedad: los pacientes se adhieren en mayor medida cuando ven grave su enfermedad.
- ✓ La vulnerabilidad percibida: los pacientes llevan a cabo conductas de adherencia cuando creen que pueden enfermar.
- ✓ La autosuficiencia percibida: creencia que tiene el paciente sobre su capacidad para luchar contra la enfermedad.
- ✓ La utilidad percibida de adherirse al tratamiento: se refiere al valor que el paciente le da a la salud y la salud subjetiva o juicio de valor emitido por el paciente en relación con la percepción de su estado de salud.

De acuerdo con Martos (s.f., p. 70) este modelo identifica una serie de creencias que básicamente determinan la probabilidad del paciente a comprometerse con una conducta de salud. Ciertamente, en el tema que ocupa esta investigación el seguimiento del tratamiento psicofarmacológico prescrito, un paciente seguirá las recomendaciones del médico tratante cuando considera que es susceptible a sufrir una amenaza contra su salud, perciba que esta amenaza es severa, considere que la acción de adherirse al tratamiento médico sea beneficioso, tenga pocas barreras para realizar dicho comportamiento, perciba ciertas claves para llevar a cabo la acción y por último, se crea capaz de realizar tal conducta.

2.4.3. Efectos de la falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico prescrito

Claramente, si un paciente no sigue el tratamiento los síntomas no se aliviarán o el trastorno no se curará, lo que parece confirmar que la no adherencia puede tener otras consecuencias graves o costosas, además, si las personas tomaran la medicación según las indicaciones recibidas, se evitarían muchos ingresos en centros médicos y hospitalarios, numerosas consultas médicas y pruebas diagnósticas, además de tratamientos innecesarios.

La no adherencia al tratamiento no solo produce un aumento en la atención médica, habría que decir también que empeora la calidad de vida. Por ejemplo, dejar de tomar dosis de un psicofármaco puede dar lugar a lesiones del nervio óptico y ceguera en las personas con glaucoma, y en las que tienen una cardiopatía puede dar lugar a arritmias y paro cardíaco, o en caso de hipertensión puede desencadenar un accidente cerebrovascular. El hecho de no tomar todas las dosis prescritas de un antibiótico puede ocasionar una reactivación de la infección y contribuir a la aparición de bacterias resistentes al psicofármaco (Lynch, 2017).

2.5. Tratamiento psicofarmacológico en ansiedad

El tratamiento psicofarmacológico es la acción a la que se somete un paciente, basada en medicamentos prescritos por el médico tratante, para obtener una mejoría del estado de salud que presenta (Dirae, 2017).

En algunas ocasiones será necesario, de acuerdo con las indicaciones del médico, seguir un tratamiento psicofarmacológico. Normalmente la ansiedad se trata con psicofármacos específicos que están indicados y aprobados para las distintas formas de ansiedad que se han expuesto.

Las listas de los psicofármacos empleados son de diversas familias químicas es presentada por Castro (2015), a continuación se agrupan de la siguiente forma: Benzodiazepinas, inhibidores selectivos.

2.5.1. Psicofármacos empleados en el tratamiento de la ansiedad

a) Benzodiacepinas

Estos medicamentos tienen propiedades ansiolíticas, relajantes musculares, reducen el nivel de activación, inductoras del sueño y también son anticonvulsivantes. Proporcionan un alivio temporal cuando la ansiedad son anticonvulsivantes. Proporcionan un alivio temporal cuando la ansiedad limita la capacidad de la persona para enfrentarse a la vida diaria. Promueven la relajación física (y mental) reduciendo la actividad nerviosa en el Sistema Nervioso Central (Castro, 2015).

El tratamiento inicia con dosis bajas que se incrementan cada 3-5 días hasta alcanzar efectos terapéuticos. La presencia de sedación (somnolencia, cansancio) que aparece al iniciarse el tratamiento va disminuyendo progresivamente con la continuidad del mismo; es decir, con el desarrollo de la tolerancia. El paciente no debe abandonar el tratamiento antes de tiempo, y la retirada debe hacerse de forma paulatina.

b) Inhibidores Selectivos

Estos psicofármacos también son prescritos en ocasiones para los trastornos de ansiedad. con el tiempo han ido evolucionando y cada vez son más selectivos y con menos efectos secundarios.

Hay que mencionar además, que de acuerdo con Castro (2015), los inhibidores selectivos pueden actuar sobre la receptación de la serotonina como la Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram o Sertralina y sobre la recaptación, tanto de la Serotonina como de la Noradrenalina como hacen la Venlafaxina y la Duloxetina. Es recomendable incorporarlos de forma progresiva, de acuerdo con las indicaciones del médico y mantenerlo durante tiempo suficiente que será de meses, y no dejarlos si no lo indica expresamente al médico.

Es muy importante aclarar, que debe seguirse la prescripción, pues son medicamentos que necesitan una vigilancia más de cerca, su efecto hay que ajustarlo individualmente, comenzando por una dosis baja para aumentar paulatinamente si es necesario. Se recomienda mantener el tratamiento durante 8 meses o 1 año, si se suspende precozmente puede provocar recaídas frecuentes.

c) Otros psicofármacos

Con respecto a otros psicofármacos Castro (2015), explica sobre algunos que han resultado útiles para el tratamiento de la ansiedad, entre los que se encuentran:

1. **Antidepresivos tricíclicos:** como la Amitriptilina, Imipramina y Clomipramina. Son muy efectivos, pero también tienen efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, problemas gástricos, aumento de peso, temblor e hipotensión ortostática. Inhiben la recaptación de Serotonina, Noradrenalina y también de Dopamina en menor grado.

2. **Propranolol:** es un psicofármaco betabloqueante que "bloquea" los síntomas de ansiedad somáticos, pero no los cognitivos. Se suele utilizar de forma esporádica para momentos puntuales como exámenes, hablar en público o similares, aunque también puede usarse de forma habitual (Castro, 2015).

3. **Buspirona:** actúa sobre los receptores de la Serotonina y tiene como beneficio, que no presenta un perfil adictivo.

4. **Pregabalina:** Es un psicofármaco análogo del Ácido Gamma Amino Butírico, también sin perfil adictivo, sin dependencia, ni tolerancia.

Tabla No. 4. Psicofármacos empleados en el tratamiento de la ansiedad

Benzodiacepinas	Inhibidores selectivos	Otros
<u>Acción ultracorta:</u> Bentazepam, brotizolam, Midazolam, Triazolam	Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina	Clomipramina Imipramina Propranolol
<u>Acción corta (6-24 h):</u> Alprazolam, Bromazepam, Clonazepam, Flunitracepam, Loprazolam, Lormetazepam, Oxacepam	Citalopram Escitalopram Venlafaxina Sertralina Duloxetina	Clometiazol Buspirona Pregabalina Gabapentina
<u>Acción larga (>24 h):</u> Clobazam, Cloracepato, Diazepam, Flurazepam, Halazepam, Ketazolam, Nitrazepam, Quazepam, Flurazepam		

Fuente: Castro (2015)

2.5.2. Teorías que sustentan el rol de la psicología de la salud en el fenómeno de la adherencia terapéutica

Pese a que el fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia. Se expone el caso de la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.

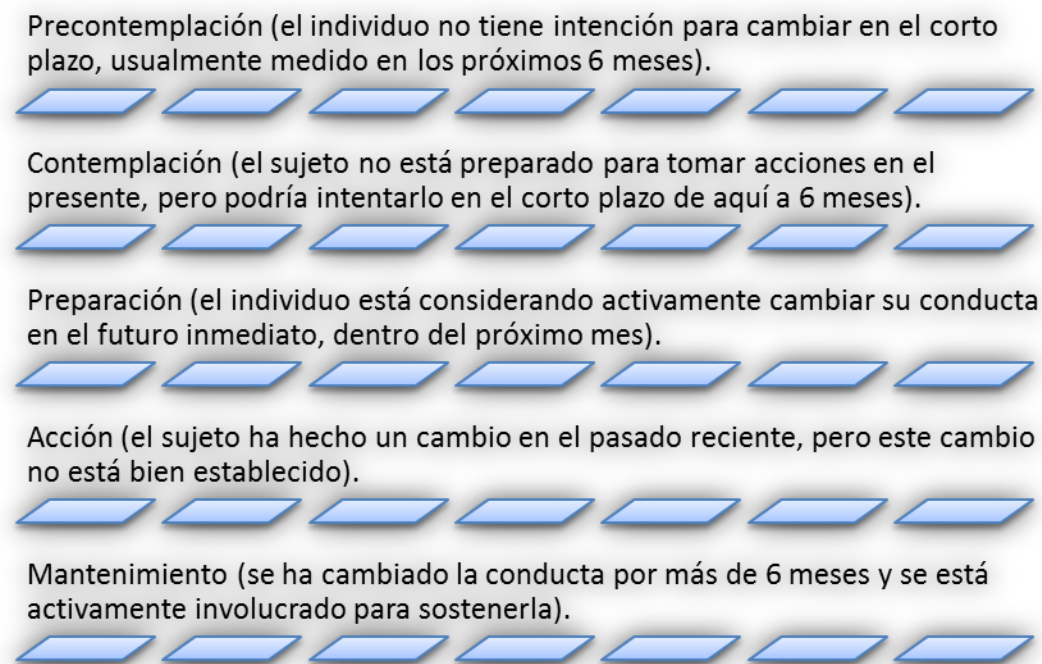
A continuación Ortíz & Ortíz (2007), presentan una breve descripción de cada una:

- ***Teoría Social Cognitiva.*** Explica que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado se denomina autoeficacia percibida. De acuerdo a la teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermar y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo.
- ***Teoría de la Acción Razonada.*** Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.
- ***Modelo de Creencias en Salud.*** Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de: (a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, (b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.

El Apoyo empírico a esta teoría ha sido verificado por diversos autores, es el caso de McCord y Brandenburg (1995), los cuales informaron que aquellos diabéticos que toman en serio su enfermedad, tienen más probabilidad de adherir a su tratamiento. También se ha señalado que aquellos pacientes no adherentes, creen que la enfermedad no afectará sus vidas. Estos pacientes presentaron al mismo tiempo menor intención de cumplir las instrucciones del médico. Contrariamente, una fuerte creencia en la medicina convencional aumentaría la probabilidad de adherir.

- **Modelo transteórico.** Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distingue cinco etapas diferentes para el cambio:

Figura 1. Etapas del cambio en el modelo transteórico



Fuente: Autoría propia, Tomado de Vallis (2005)

De acuerdo a este modelo es posible predecir que los pacientes con alguna enfermedad crónica que se encuentren en las etapas de acción (acción y mantenimiento) en contraposición de aquellos que se encuentren en las etapas de preacción (precontemplación, contemplación y

preparación) ingieran menos alimentos hipercalóricos, coman durante el día más frutas y vegetales, hayan tenido más visitas al médico, así como también hayan fumado menos, presenten menos problemas psicológicos.

- ***Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.*** Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual.

La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.

2.6. Tratamiento Psicológico

Es la vía utilizada por el psicólogo para atender a la persona que acude a consulta para tratamiento, donde se aplican los procedimientos necesarios para modificar y superar los problemas y situaciones que le traen a terapia.

En este proceso, el psicólogo actúa como guía y pone a disposición sus conocimientos teóricos y técnicos al servicio del cliente, buscando responder a sus necesidades, basadas en las características, puesto que cada caso es único y por lo tanto debe ser analizado e intervenido atendiendo a esa especificidad (Rocha, s.f.)

El tratamiento psicológico es el medio a través del cual el psicólogo lleva a cabo, junto a la persona que acude a tratamiento, los procedimientos necesarios para modificar y superar los problemas y situaciones que le traen a terapia. Durante este proceso, la persona adopta un papel activo, siendo el psicólogo sólo un guía que pone sus conocimientos teóricos y técnicos al servicio del cliente, respondiendo siempre a las características del caso.

Puesto que no todos tienen las mismas experiencias de aprendizaje, ni las mismas demandas del entorno, de igual forma no tienen las mismas habilidades ni problemas. Por ende, cada caso es único y debe ser analizado e intervenido atendiendo a esa especificidad.

En este mismo orden de ideas, Sánchez (2006), está de acuerdo en que la voluntad no existe de forma independiente, sino apoyada por algún objetivo. Ella siempre debe "adherirse" a alguna otra necesidad, iniciadora del comportamiento. Todo el funcionamiento del sistema psíquico del ser humano, dentro del que se encuentran los elementos psicológicos tratados, está orientado a la satisfacción de necesidades, las cuales constituyen el motor impulsor de los procesos mentales y del comportamiento del individuo.

2.6.1. Papel del psicólogo clínico, tratamiento aplicado a pacientes con trastorno de ansiedad

Gran parte de las personas que presentan trastornos de ansiedad tienen la posibilidad de reducir o eliminar la sintomatología e integrarse a una vida normal al cabo de varios meses de psicoterapia apropiada. Es normal que las personas reduzcan los síntomas y esta recuperación les lleva a recuperar sus actividades luego de unas sesiones, aunque es importante aclarar que estos tratamientos no surgen su efecto instantáneamente. Al respecto, Peña (2010), explica: "El paciente debe sentirse cómodo desde el principio con el tratamiento general propuesto y con el terapeuta con el que está trabajando". Hace énfasis en que la cooperación del paciente es vital el mismo debe ser una acción conjunta, tal como se desarrolla un trabajo en equipo, para tratar el trastorno de ansiedad.

Peña (2010), aclara que todos los pacientes tienen necesidades distintas, independientemente el tipo de trastorno que sea diagnosticado, por ende reconoce que: "El

terapeuta y el paciente deben trabajar juntos para evaluar si el plan de tratamiento está bien encaminado. A veces es necesario realizar ajustes al plan, dado que los pacientes responden de manera diferente al tratamiento". Aunque es sabido que el trastorno de ansiedad puede afectar gravemente la función que desempeña una persona en el trabajo y el entorno familiar y social, está demostrado que hay grandes posibilidades de una recuperación a largo plazo para la mayoría de las personas que buscan ayuda profesional, ayudándoles a recuperar el control de sus sentimientos y pensamientos, y, en último término, el control de su vida.

2.6.2. El modelo cognitivo de ansiedad

En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión Clark & Beck (2010), explican que a los pacientes se les enseña una máxima: "el modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento". Esta afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, las personas muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el efecto, tal y como se indica en el siguiente diagrama:

Situación provocadora \longrightarrow Pensamiento /valoración ansiosa \longrightarrow Sentimiento de ansiedad

La mejora en el procesamiento de señales de seguridad que desmientan las amenazas percibidas es un elemento importante de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad. Es oportuna su aplicación, pues durante los estados de ansiedad, los modos constructivos del pensamiento son menos accesibles. Esto implique que el razonamiento deductivo más lento, más lógico y demandante de más esfuerzo, que conlleva un pensamiento más complejo y equilibrado de la potencial amenaza de una situación, sea más dificultad de lograr.

El enfoque más constructivo y reflexivo ante la amenaza se produce bajo el control consciente y, por lo tanto, requiere más tiempo y esfuerzo porque con lleva no solo una evaluación más completa de la amenaza y de las características de seguridad de la situación, sino porque también requiere la selección de conductas instrumentales para manejar la ansiedad. En este sentido, Clark & Beck (2010) afirmaba, que una vez activado el modo primal o automático, este tiende a dominar el procesamiento de información hasta que desaparezca la circunstancia activadora, por lo tanto, la terapia cognitiva, trata de mejorar el acceso y la efectividad del pensamiento reflexivo, para contrarrestar las valoraciones inmediatas falsas de las amenazas.

2.6.3. Valoración psicológica

Los test psicológicos practicados por psicólogos clínicos entrenados son un método para obtener unos datos de desarrollo concretos y estandarizados de las capacidades y conductas en una gran variedad de dominios (Páez-Blarrina, et. al, 2006).

Los dominios más importantes y pertinentes a valorar, son aquellos que incluyen la habilidad intelectual, el acoplamiento educacional, las habilidades de lenguaje, la coordinación visomotora, las conductas adaptativas y el funcionamiento personal.

En la práctica clínica la valoración psicológica constituye un importante tipo de consulta del paciente. Históricamente cuando se hacía un procedimiento sobre el paciente interno, los tests psicológicos frecuentemente eran parte de un trabajo comprensivo y multidisciplinar dirigido a facilitar el tratamiento a largo plazo; en estas circunstancias las preguntas de consulta pueden contribuir a entender todo el conjunto del paciente.

Los tests de datos están normalmente integrados con los hallazgos de otras disciplinas y se deben escoger cuidadosamente los test para poder responder de forma específica a las cuestiones planteadas en la consulta. Una valoración psicológica más profunda a menudo tiene que aplazarse hasta el momento en el que el paciente se halla en un tratamiento menos restrictivo. Para poder articular de forma clara las fases de una evaluación global psicológica nos hemos basado en el curso típico de una consulta externa.

Para asegurar que la valoración psicológica sea más eficaz, el examen debe ser directo y específico. Unas preguntas referidas apropiadas, facilitan la elección del psicólogo de los instrumentos de tests específicos y en el análisis de los datos ayudan a determinar cuáles son los puntos relevantes. Cuando no hay una guía de preguntas particulares, el examen frecuentemente cae en una información general que carece de la precisión necesaria para tener una utilidad clínica.

A su vez Páez-Blarrina, et al (2006), enfatizan que se tiene que considerar, que la práctica de la Psicología Clínica proviene de concepciones que definen claramente posiciones valorativas. Igualmente, los objetivos que cada terapia plantea están impregnados de valoraciones. Resulta una postura excesivamente ingenua asumir que el trabajo del psicólogo clínico es aliviar el sufrimiento, porque también habrá una definición de sufrimiento a la base de determinado tipo de tratamiento y además porque el sufrimiento inevitablemente tendrá una cualidad social, y esto también implicará necesariamente el planteamiento de una valoración sobre el mismo.

Así, la afirmación de que los terapeutas de cualquier orientación teórica tienen que permanecer libres de valores en su trabajo clínico parece ser una falacia, ya que los valores son ubicuos y, de manera más o menos explícita, son la guía del planteamiento terapéutico y de la toma de decisiones de los terapeutas.

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

En esta sección se abarcan los aspectos relacionados a la metodología aplicada, la cual orienta sobre el tipo de investigación, métodos, fuentes, técnicas y procesamiento de la información, ofreciendo una referencia más clara de las herramientas utilizadas para desarrollar el estudio.

3.1. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, se caracteriza por realizarse sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Los hechos que se analizaron en este caso son los datos conjuntos recabados de los récords de los pacientes asistidos con diagnóstico de ansiedad, junto a la entrevista aplicada al paciente seleccionado.

Es un estudio de corte transversal, transeccional, ya que se caracteriza por recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, en el período de tiempo determinado, para la investigación: enero-agosto 2019. Además es prospectivo, debido a que en este tipo de estudio su inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se escogen a medida que van sucediendo.

3.2. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cualitativa debido a que no se trataron variables numéricas, está basado en la recolección de datos e informaciones sobre la ansiedad y adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Esta investigación de carácter descriptivo, cuyos datos son utilizados con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una presunta relación causa-efecto. En este sentido, la cantidad de estudios realizados en el país con pacientes que presentan trastornos de ansiedad es amplia, sin embargo, no se evidenciaron investigaciones previas aplicadas en República Dominicana relacionadas a la ansiedad y adherencia al tratamiento.

Las mediciones realizadas en la investigación arrojan información descriptiva, con la que se puede realizar análisis cuantitativo, buscando responder a las preguntas y objetivos específicos. Solo con el interés de realizar un primer acercamiento y explorar el comportamiento de la variable ansiedad y adherencia al tratamiento de los pacientes que acuden a consulta en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

3.3. Objeto de investigación: población y muestra

Fue utilizado el estudio de caso como método de análisis en el presente estudio, para lo cual fueron seleccionados 2 pacientes asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas durante los meses enero-agosto de 2019, (uno diagnosticada ansiedad y presentaba adherencia al tratamiento, otro diagnosticado con ansiedad, pero no manifestaba adherencia al tratamiento). La elección de este número de pacientes se debe a que, aunque se observaron 8 casos, no todos tenían el mismo diagnóstico, no todos deseaban participar y uno presentó adherencia al tratamiento psicofarmacológico, asimismo otro paciente con no adherencia accedió a participar en el estudio.

Para la selección de los participantes se usó un método aleatorio por conveniencia, basado en la disposición y disponibilidad de los pacientes que deseaban colaborar y reunieran las características del estudio llevado a cabo. En este sentido, si la persona quería participar era admitida al estudio, si no quería se le respetaba su derecho.

Tras verificar que los pacientes seleccionados cumplían con los criterios de la investigación, se decidió aplicar el método de estudio de caso para estudiar de forma exhaustiva las características de los pacientes seleccionados y los factores que favorecieron a la adherencia o no adherencia al tratamiento psicofarmacológico prescrito por el médico tratante.

3.4. Método

Estudio de caso, de acuerdo con Yin (1989, p. 23, citado por Martínez 2006, p. 174) refiere que:

El método de estudio de caso es apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, distinguiendo en la investigación empírica los siguientes rasgos distintivos: examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real, las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes, se utilizan múltiples fuentes de datos, y puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

En este sentido, se considera propicio hacer uso de este método por la naturaleza del tema y las limitaciones registradas a la hora de seleccionar la muestra.

El método inductivo, a través de las historias recabadas seleccionadas para conocer el punto de vista de los distintos pacientes, se realiza una panorámica sobre la información recolectada, permitiendo llegar a una generalización de las variables.

3.5. Marco contextual

El Hospital Central de las Fuerzas Armadas fue la institución seleccionada para aplicar la investigación de campo. Dicha institución fue fundada el 7 de enero de 1983, mediante la Orden general No. 1-(1983) del Secretario de estado de las Fuerzas Armadas, Teniente General, Ramiro Matos González, E.N., y de acuerdo al Decreto No. 634 de fecha 5 de enero de 1983 dictado por el Presidente Constitucional de la República, Salvador Jorge Blanco, donde se establece.

Su misión se basada en ser una institución con disciplina militar y devoción laboral ejemplares, que influencia positivamente el sistema de salud nacional y que aporte al país los profesionales y servicios que contribuyan al bienestar general.

Con respecto a la visión, busca ser un ejemplo a seguir, en la calidad de la prestación de servicios apropiados de salud, eficiencia en costos, de cobertura completa y equitativa de procedimientos, capaces de generar un bienestar social y económico evidente, sustentada en valore como: ética, disciplina, humanización, profesionalidad y vocación de enseñanza.

El área psicología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, fue la seleccionada para aplicar la investigación, participando de forma activa y observando junto a los profesionales del área con pacientes que presentaban distintos trastornos, enfocadas específicamente con los pacientes que presentaban ansiedad y eran referidos a psiquiatría para prescribir tratamiento psicofarmacológico. Otro rasgo de esta área es que a los pacientes en intervención en crisis se trasladan al área de salud mental en la 6ta. planta, donde se les da asistencia psiquiátrica y psicológica.

3.6. Procedimiento de la investigación

La recogida de datos se realizó sistemáticamente bajo la secuencia temporal del procedimiento, como se detalla a continuación: como primer punto, se realizó una exhaustiva revisión de datos bibliográficos en torno al tema investigado, tanto de carácter nacional como internacional.

En segundo lugar, se diseñaron los instrumentos de recogida de fuentes primarias, es a partir de este punto, que luego de su validación a través de juicios de expertos que verificaron su correcta redacción y comprensión, además afirmaron que cumplían con los requerimientos de las variables expuestas. Posteriormente a esta aprobación, se procede a la aplicación, evaluación y análisis de los datos extraídos de los mismos.

Luego de una práctica presencial en el área de psicología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, por un período de dos (2) meses, se procedió a verificar un total de 8 records de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio realizado: pacientes con ansiedad y con adherencia al tratamiento.

Tanto el consentimiento informado como el cuestionario fueron aplicados de forma directa, leídos y llenados por las entrevistadoras. Las personas abordadas se mostraron dispuesta a colaborar con la investigación. Luego de aplicar la entrevista semi estructurada que permitiera recoger de forma sencilla información sociodemográfica y otros comportamientos que pretendían ser estudiados (estado de salud física del paciente, cambios en el estilo de vida después de iniciar

la medicación, beneficios de la terapia psicológica unida al tratamiento psicofarmacológico y los factores que intervienen durante el tratamiento psicofarmacológico y que propician o no la adherencia al tratamiento).

3.7. Instrumentos de medición

Para la recolección de los datos se aplicaron dos instrumentos: el cuestionario, basado en preguntas abiertas y el segundo en un récord clínico de paciente asistido en el campo que se aplicó la investigación: Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Se seleccionó el record clínico, como un instrumento donde se registra la historia clínica y antecedentes familiares, terapias aplicadas, medicamentos prescritos, estilo de vida, apoyo familiar, entre otras variables que proporcionan información valiosa que complementan los datos que registran los factores que propician la adherencia al tratamiento psicofarmacológico asignado al paciente.

Antes de la aplicación del segundo instrumento (cuestionario), se pidió la autorización del paciente a través o una hoja de consentimiento, donde acredita a los investigadores su participación y la utilización de los datos expuestos, siempre guardando la ética y confidencialidad.

La aplicación del cuestionario fue de forma directa, basada en una guía de preguntas abiertas bajo el objetivo general de analizar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con ansiedad, asistidos en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, D.N. en el período enero-agosto, año 2019.

Objetivos específicos	Técnica	Responsables	Recursos
1. Definir el tratamiento psicofarmacológico comúnmente indicado a los pacientes con trastorno de ansiedad	Revisión documental	Vanessa Contreras Mass	Récord del Clínico
	Entrevista	Wildania Rodríguez Lebrón	Cuestionario
	Revisión documental	Vanessa Contreras Mass Wildania Rodríguez Lebrón	Ficha de verificación de récord
2. Presentar la valoración de los pacientes con ansiedad al tratamiento psicofarmacológico y psicológico	Entrevista	Vanessa Contreras Mass Wildania Rodríguez Lebrón	Cuestionario
	Revisión documental Entrevista	Vanessa Contreras Mass Wildania Rodríguez Lebrón	Ficha de verificación de récord Cuestionario
3. Especificar las características que identifican un paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico	Revisión documental Entrevista	Vanessa Contreras Mass Wildania Rodríguez Lebrón	Ficha de verificación de récord Cuestionario
4. Indicar los factores determinantes en la adherencia al tratamiento del paciente con ansiedad	Revisión documental Entrevista	Vanessa Contreras Mass Wildania Rodríguez Lebrón	Ficha de verificación de récord Cuestionario
5. Describir la experiencia de cambio de los pacientes después de iniciar el tratamiento	Revisión documental Entrevista	Vanessa Contreras Mass Wildania Rodríguez Lebrón	Ficha de verificación de récord Cuestionario

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de los resultados de la revisión del récord paciente caso de estudio

A continuación, se presentan los datos extraídos de récords de los pacientes, asistidos en consulta psiquiátrica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Caso I. Historial clínico

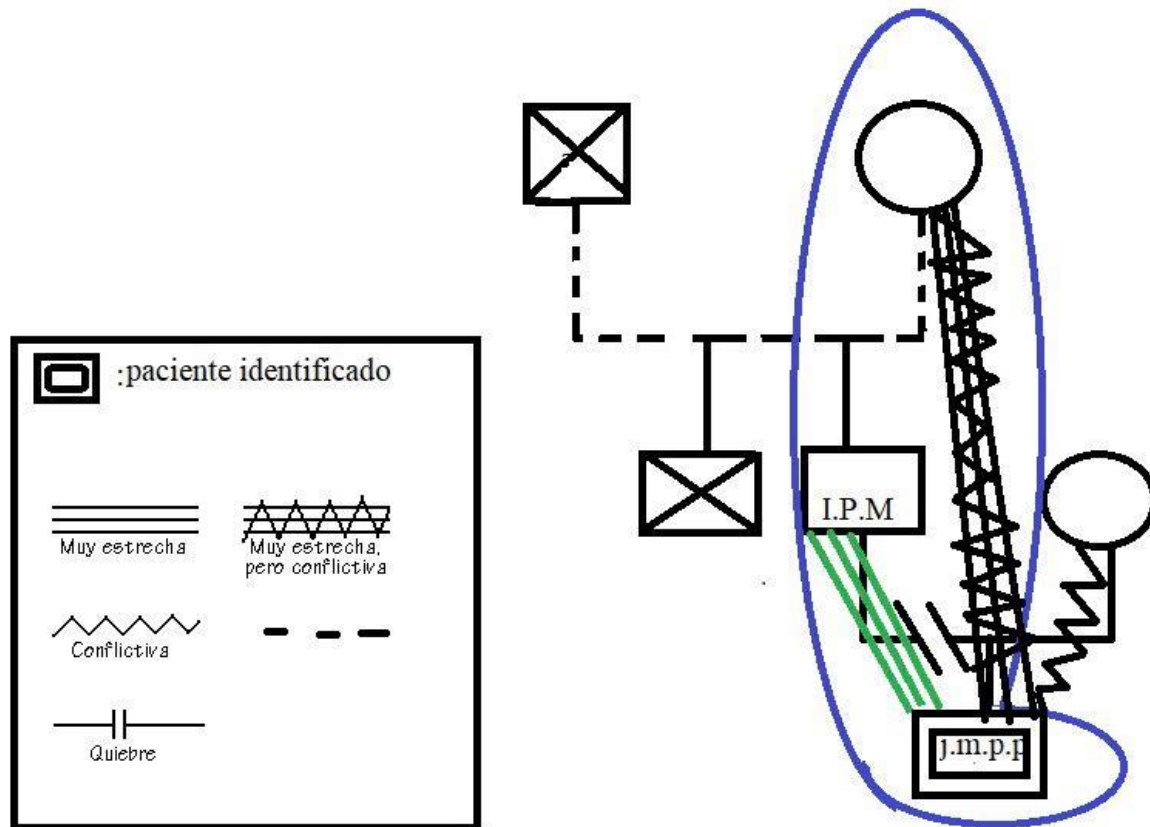
I. Datos personales

Nombre	J.M.P.P	
Edad	19 años	
Fecha de nacimiento	25 octubre 1999	
Lugar de nacimiento	Santo domingo, R.D	
Sexo	Masculino	
Dirección	Confidencial	
Correo	Confidencial	
Teléfono	Confidencial	
Celular	Confidencial	
Escolaridad	Bachiller	
Ocupación	Estudiante	
Religión	Católica	
Reside con	Padre y abuela	
Intentos suicidas	No	
Persona (s) de contacto	Nombre	Parentesco
	I.P.M	Padre
Teléfono	Número telefónico	Parentesco
	Confidencial	Abuela
Dirección	Confidencial	

II. Datos familiares

Nombre del padre	I.P.M
Estado civil	Soltero
Lugar de nacimiento	Santo domingo, distrito nacional
Edad	Confidencial
Profesión	Militar activo
Vínculo con el paciente	Padre
Nombre de la madre	Desconocido
Estado civil	Soltero
Lugar de nacimiento	Desconocido
Edad	Desconocido
Profesión	Desconocido
Vínculo con el paciente	Ausente

III. Genograma



Paciente J.M.P.P de 19 años, hijo único, vive con la abuela paterna y con su padre. En los primeros años de su vida vivía junto a su madre y su padre. Luego de la separación de sus padres no tiene contacto con su madre, la relación de ellos no era muy buena. Sin embargo, tiene una relación muy estrecha con su padre, lo admira mucho y lo respeta. En cuanto a la abuela tiene buena relación, teniendo en cuenta que por sus síntomas de ansiedad se ha dificultado su relación.

Por otra parte, tenía un tío de parte de padre que fue diagnosticado con trastorno de ansiedad.

IV. Historial médico

Paciente sin enfermedad médica conocida, últimos resultados de laboratorios: hemograma normal, glicemia normal.

V. Curva vital

Paciente con antecedentes familiares de trastorno de ansiedad, por parte de un tío, esto muestra en primer grado el lazo sanguíneo cercano, ya que este presentaba al igual que el miedo, pánico, sudoración, palpitaciones en el pecho, taquicardia.

Antecedentes no patológicos: no presenta ninguno, lleva una vida saludable.

Esfera psicosexual

En la esfera psicosexual, el paciente muestra una conducta desadaptativa, mostrando pobre control del ello, al mirar de forma persistente las partes íntimas de las personas. Aunque es consciente de este hecho, esto se hace evidente debido a que usaba lentes de sol y refiere que este hecho es vergonzoso para él y que no lo puede controlar.

Historial de salud mental

Hace aproximadamente dos años inicio su tratamiento con clonazepam 10 Mg sin mejoría en las primeras semanas, luego de un mes el paciente fue mostrando cambios y adaptándose a los medicamentos positivamente.

Actualmente está medicado con Citalopram 100 Mg con el cual ha tenido buenos resultados, presentando mejoría en su condición. Dice sentirse bien, duerme y come mejor, refiere que los síntomas ansiosos han disminuido.

Al inicio de su diagnóstico, el paciente dejó el tratamiento psicofarmacológico por unas semanas, en ese intervalo de tiempo todos los síntomas se agravaron por lo cual, él se vió en la necesidad de volver con el tratamiento, luego de esto se encuentra utilizando la medicación correctamente, mantenido así la estabilidad.

Por otra parte, en el tratamiento psicológico siempre se mostró colaborador en todas las sesiones. Al inicio de su tratamiento llegó con sudoración, miedo, conducta inapropiada (prefería lugares oscuros, ya que así la gente que veía no podían acercarse) se aislaba, permanecía encerrado en la habitación con las ventanas cerradas, no dormía y se mantenía de madrugada despierto deambulando, en algunas ocasiones presento aceleración del ritmo cardíaco y la respiración.

Tomando en cuenta que la ansiedad clínica suele interferir con la capacidad de la persona para disfrutar una vida plena y satisfactoria, el Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-V), señala que la angustia o "interferencia significativa con la rutina normal de la persona, con el funcionamiento ocupacional (o académico) o con las actividades sociales y relacionales", por ende, en consulta se trabaja con el paciente la terapia cognitiva conductual, donde actualmente ha tenido mejoría en cuanto a lo social, dice ya puede tener control de sus temblores, sudoración, miedo y pánico, el comportamiento desadaptativo está desapareciendo, además confirma que puede dormir, ha conciliado el sueño.

Datos escolares

El paciente muestra rendimiento académico normal, al parecer no muestra dificultades en el área cognitiva y motora, muestra buenas habilidades sociales. Pero cabe resaltar que en estos momentos no está asistido a la escuela por recomendaciones del Psiquiatra, a fines de obtener un mejor resultado de su tratamiento.

VI. Examen mental

Aspecto físico	Adecuado
Nivel de conciencia	Lúcido
Orientación personal	Adecuado
Orientación espacial	Adecuado
Orientación temporal	Adecuado
Atención	Adecuado
Memoria a corto plazo	Adecuado
Memoria a medio plazo	Recuerda
Memoria a largo plazo	Adecuado
Pensamiento	Adecuado
Lenguaje	Adecuado

En cuanto a su aspecto físico, vestía y calzaba adecuado al ambiente, conciencia adecuada, ya que expresó por todos los procesos por el cual ha pasado, está orientado en persona, puede desenvolverse, hablar y cumple órdenes verbales y habilidades motoras. Tiene conocimiento del lugar donde se encuentra, tiempo, espacio y lugar. Recuerda hechos del pasado y del presente.

VII. Conclusiones

J.M.P.P es un paciente con un diagnóstico trastorno de ansiedad, la cual presenta síntomas positivos: pánico, miedo, temblores, una sensación de angustia que se han ido controlando mediante el tratamiento psicofarmacológico y psicológico.

Historia

Paciente J.M.P.P de 19 años, hijo único de padres separados, acude a consulta con el padre y la abuela, este refiere que a la edad de 15 años presentó sudoración, miedo, conducta inapropiada (prefería lugares oscuros, ya que así la gente que veía no podían acercarse) se aislaba, permanecía encerrado en la habitación con las ventanas cerradas, no dormía y se

mantenía de madrugada despierto deambulando, en algunas ocasiones presento aceleración del ritmo cardíaco y la respiración.

A los 16 años empeoraron los síntomas y fue referido a psiquiatra, pero dice no acordarse, no está durmiendo, aunque reconoce que el sueño es importante. El paciente permanece aislado y no se reintegra. Refiere el padre, que la situación se complicó más, ya que se presenta más acelerado. Dice que presenta: miedo, pánico, opresión en el pecho, aislamiento, cambios en el estado de ánimo, sensación de hormigueo taquicardia Px. ha tenido dificultad con los estudios.

El paciente vestía y calzaba en desacuerdo a estatus económico, orientado en persona y espacio, aunque parcialmente en tiempo, presenta un lenguaje en tono y voz adecuada, discurso coherente, que en ocasiones se torna eufórico incongruente, tembloroso, sudoración. En su primera visita al psiquiatra es medicado con Clonazepam 10mg, en ese entonces no presentó mejoría en las primeras semanas, luego de un mes el paciente fue mostrando cambios y adaptándose a los medicamentos positivamente.

En los meses siguientes, se le cambió el medicamento por Tx: citalopram 100 mg. Con el cual presenta mejoría, se siente bien, duerme mejor, come mejor, los temblores y sensación de hormigueo han desaparecido. Paciente acude a entrevista vestido, calzado, con lenguaje de acuerdo, coherente, afecto apropiado, tiene un tono de voz normal, una conversación fluida, refiere que los sentimientos de miedo, pánico han desaparecido.

Caso II. Historial clínico

I. Datos personales

Nombre	M.S.	
Edad	18 años	
Fecha de nacimiento	?	
Lugar de nacimiento	Santo Domingo. D.M	
Sexo	F	
Dirección	Confidencial	
Correo	Confidencial	
Teléfono	Confidencial	
Celular	Confidencial	
Escolaridad	Bachillerato	
Ocupación	Estudiante	
Religión	Católica	
Reside con	Santo Domingo	
Intentos suicidas	Si	
Persona (s) de contacto	Nombre:	Parentesco:
	M.R	tía materna
Teléfono	Número telefónico:	Parentesco:
	Confidencial	
Dirección	Confidencial	

II. Datos familiares

Nombre del padre	E.L.
Estado civil	Soltero
Lugar de nacimiento:	Santo Domingo
Edad	?
Profesión	Segundo Teniente
Vínculo con el paciente	Ausente
Nombre de la madre	K.S.
Estado civil	Soltera
Lugar de nacimiento	?
Edad	?
Profesión	Ama de Casa
Vínculo con el paciente	Murió

III. Historial médico

Sin antecedentes mórbidos conocidos, quien se encuentra en buen estado de salud, paciente sin enfermedad física conocida.

Curva vital

Por motivo de no tener contacto con su familia paterna, no se tiene información de algún antecedente psiquiátrico. Aunque su tutora (tía), refiere que existen antecedentes al respecto de origen paterno.

Esfera psicosexual

La paciente sostiene que siente algo adentro de su vulva.

Historial de salud mental

Paciente es diagnosticada con trastorno de ansiedad.

Medicación inicial Escitalopran 10 mg., deja de tomar la medicación por cuenta propia y acude a seguimiento de forma irregular.

Pasado 8 meses llega de nuevo a consulta, es ingresada desde emergencia por una crisis ansiosa y empeoramiento anímico. La paciente refiere que tiene alteraciones en el sueño, taquicardia y que se ha aislado socialmente, porque se pone muy nerviosa, he incluso ha tenido ataques de pánico, durante estos episodios ni siquiera mostraba interés por su higiene. Su tía quien acude con ella a la consulta, refiere que además llora sin motivo aparente y ha dejado de tomar su medicación según lo prescrito. Ante estos eventos, el psiquiatra cuestiona a la paciente sobre la forma abrupta de dejar su medicación, y ella responde que se sentía mejor y por es dejó la medicación.

Ante la crisis, el psiquiatra la deja hospitalizada dos días, aumentó la medicación a Escitalopran 15 mg y la combinó con Lorazepam 1 mg. y la refiere a consulta psicológica.

Paciente acude a consulta psicológica, indicando que tiene alteraciones en el sueño, no tiene relaciones sociales, refiere no tener vómitos recurrentes, pero dice sentir náuseas. Esta no se muestra colaborativa en las sesiones terapéuticas, muestra desinterés en dichas citas, por lo cual no se evidencia ninguna mejoría. La misma conducta no ha favorecido la técnica de la psicoeducación que ha querido implementar la terapeuta para que la paciente se haga consiente de la importancia de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y psicológico.

Datos escolares

Las crisis recurrentes han afectado su vida académica, ya que cuando está en medio de una crisis se pone demasiado nerviosa como para acudir a la escuela.

Examen mental

Aspecto físico	Descuidada
Nivel de conciencia	Lúcida
Orientación personal	Adecuada
Orientación espacial	Adecuada
Orientación temporal	Adecuada
Atención	Alterada
Memoria a corto plazo	Adecuada
Memoria a medio plazo	Adecuada
Memoria a largo plazo	Adecuada
Pensamiento	Alterado
Lenguaje	Adecuado

En el aspecto físico la paciente se muestra vestida en desacuerdo al ambiente en el cual se encuentra, su nivel de conciencia es normal, se acuerda de episodios del pasado, puede responder a preguntas del momento. No tiene alteraciones en su lenguaje, sin embargo, muestra alteraciones en su nivel de atención.

Conclusiones de esa entrevista

Paciente M.S de 18 años de edad, diagnosticada con trastorno de ansiedad, muestra una no adherencia al tratamiento psicofarmacológico, por ende, se mantiene el malestar característico del trastorno que padece la paciente.

4.2. Presentación de los resultados del cuestionario aplicado al paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico

Fue abordado en el área de consulta psicológica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas el paciente J.M.P.P., seleccionado como primer caso de estudio para la investigación por cumplir con los criterios de inclusión: trastorno de ansiedad y adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

El paciente J.M.P.P. de 19 años de edad, hijo único de padres separados, sostiene que fue diagnosticado con trastorno de ansiedad por un Psiquiatra del centro hospitalario en marzo 2019, desde entonces ha cumplido con el tratamiento psicofarmacológico prescrito.

Dicho paciente refiere que los medicamentos indicados son Clonazepam 10mg. y Citalopram 100 mg, ambos vía oral.

El paciente sostiene que su vida ha cambiado a partir del tratamiento psicofarmacológico. El indica que su calidad de vida ha mejorado, ha logrado socializar y han disminuido los síntomas de ansiedad. Para el paciente esto se ve reflejado en el hecho de que ya no le da miedo una crisis. Según el paciente, los medicamentos prescritos son lo único que previenen los síntomas ansiosos, sostiene: "sin ellos me vuelvo loco".

El paciente describe el tratamiento psicológico como primordial es su vida, resaltando que si no acompaña el tratamiento psicofarmacológico con el abordaje terapéutico le genera ansiedad, inseguridad e incertidumbre. Considera que su terapeuta asignado le brinda un buen acompañamiento, con el cual se siente satisfecho. Siente que ahora puede llevar una vida más normal e incluso su rendimiento académico ha mejorado, al igual que su vida social.

Otro aspecto señalado por el paciente es el apoyo familiar y social que recibe de sus padres y personas cercanas, quienes de alguna manera le ayudan de forma económica a costear el tratamiento psicofarmacológico, además en el acompañamiento en las citas (abuela y padre), le hacen sentir más comprometido a no dejar el tratamiento indicado.

Su abuela y su padre también están al pendiente de los medicamentos que necesita y la hora de suministro, ya que al inicio del tratamiento psicofarmacológico el paciente se vio afectado, debido a un decaimiento físico, por ejemplo, expresó sentir dolor de cabeza, se sentía desorientado y con pérdida de apetito.

Al mismo tiempo explica el paciente, que para quitar un poco de carga a las demás personas de las cosas pendientes de su enfermedad ha decidido realizar algunas acciones a fin de que el tratamiento asignado sea cumplido al pie de la letra y pueda lograr una mayor recuperación e integrarse a las actividades de una persona de su edad, pues reconoce que es una persona joven y quiere estar totalmente sano. Estando acorde con lo expresado por Rodríguez (2001) que explica que cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar).

Al cuestionarle al paciente J.M.P.P sobre las medidas que ha tomado para adherirse al tratamiento expresó:

- Colocar alarmas para recordar la toma del medicamento.
- Tomar en cuenta las recomendaciones realizadas por el Dr. Para mejorar su estilo de vida.
- Pedir asistencia de su padre para que esté al pendiente de la dosis indicada.
- Anotar las citas de las terapias y consultas psiquiátricas.

Por último, el paciente expresó que la atención psicológica recibida en el Hospital, le ha favorecido en varios aspectos de su vida diaria, por ejemplo, indicó que la psicoterapia, le ha ayudado tanto de forma individual como familiar, "esto ha mejorado la relación entre mis familiares más cercados, pues les ha ayudado a comprender mi situación y mis comportamientos en el pasado, pero además de esto, he aprendido que existen nuevas formas de interactuar, pues antes de las terapias era aún más solitario y cerrado y prefería estar en lugares donde no pudieran ver porque sentía mucho miedo".

4.3. Reconocimiento de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico

Para determinar la adherencia del paciente a dicho tratamiento, se identificaron conductas verbales y no verbales, basados en el antes del tratamiento y el después. Estos datos han sido recolectados directamente desde el récord psicológico y psiquiátrico del paciente J.M.P.P.

Antes del tratamiento psicofarmacológico, es decir, cuando no tenía adherencia al tratamiento, el paciente mostraba en su conducta no verbal, síntomas de ansiedad. Esto se reflejaba en su lenguaje corporal, el mismo presentaba movimientos estereotipados tales como la agitación de las piernas, manos y además se balanceaba hacia adelante y hacia atrás, sin aparente fin. Dicho paciente no era capaz de mantener contacto visual, se mantenía cabizbajo y solo levantaba la cabeza de forma ocasional. Incluso el mismo refiere que llegó a padecer molestias abdominales, tales como náuseas, alteraciones en la conducta alimentaria, además de mareos y alteraciones del sueño.

El paciente manifestaba una preferencia para los lugares oscuros, ya que de esta forma las personas no podrían verle ni acercarse a él, se aislaba, permanecía encerrado en su habitación y deambulaba durante la noche en el mismo espacio. Llegó a mostrar problemas de adaptación, atención y concentración, de hecho, el mismo abandona la escuela.

Como se establece en este apartado, el paciente mostraba alteraciones físicas y psicológicas relacionadas con la ansiedad que padece.

Después de varios años con estos síntomas, el paciente llega a consulta e inicia su tratamiento psicofarmacológico que constaba de Citalopram 100 mg. vía oral., abriendo paso así a la adherencia a su tratamiento. Aunque le costó adaptarse y tomó varias sesiones terapéuticas del tipo cognitivo conductual, basadas en la psicoeducación. El paciente logró entender su enfermedad y así tomar consciencia por el mismo de la importancia de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Después de dicho procedimiento que duró aproximadamente dos meses, lo que es equivalente a 9 sesiones terapéuticas de 45 minutos, el paciente empezó a manifestar conductas más adaptativas. Dichas conductas abrieron paso a cambios positivos, el paciente empezó a mostrar mejoría a través de la socialización, empezó a salir más de su habitación, dejó de esconderse en dicho espacio e incluso volvió a la escuela, donde mostró mejoría en los síntomas psicológicos niveles de concentración y atención. La medicación además mejoró los síntomas físicos, partiendo desde las alteraciones de sueño, alimentarias hasta las molestias estomacales.

Actualmente cabe resaltar, que por recomendaciones del psiquiatra se interrumpió la actividad académica, debido a un reajuste en la medicación. Independientemente de esto, el paciente ha mantenido la mejoría antes mencionada. De hecho, el mismo no ha querido que se interrumpa su tratamiento psicofarmacológico.

4.4. Comparación de casos, respecto a la adherencia al tratamiento

Al comparar ambos casos clínicos de pacientes diagnosticados con ansiedad, se pudo constatar los factores que favorecen o no la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, sus consecuencias y características.

Con estos casos se puede confirmar la importancia de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, pues en el primer caso se hace evidente la mejoría que presentó el paciente, donde se conjugan no solamente mejorías en su condición de salud, sino que esto repercute en su relaciones sociales y familiares, lo que ha contribuido a reinsertarse en sus actividades habituales.

En el primer caso se denota un apoyo familiar activo de las personas que rodean al joven, donde el padre y la abuela están al pendiente de todo lo que sucede en torno a sus necesidades, seguimiento psicofarmacológico y psicológico, cambios en el estilo de vida, ayuda económica en los tratamientos asignados y compromiso en las actividades relativas a la recuperación del paciente.

En contraste, en el segundo caso el acompañamiento de la familia asistiendo la joven eran casi nulas, solo se veía una titora (tía) acompañándole en las citas, faltaba constantemente a las terapias psicológicas, la falta de seguimiento y apoyo familiar repercutía en el incumplimiento de la toma de medicamentos en el momento indicado, se denotaba descuido a nivel personal. Situaciones que a nivel general dificultan la adherencia, porque el paciente no tiene una red de apoyo apropiada que le ayude a lidiar con la enfermedad y el tratamiento.

El caso II (no adherencia), se demuestra que la paciente sigue teniendo crisis recurrentes al no cumplir su tratamiento prescrito, comprobando así la importancia que tiene la adherencia al tratamiento psicofarmacológico para un paciente que padece de ansiedad. Cabe destacar el hecho que el tratamiento psicofarmacológico debe ir acompañado de un seguimiento psicológico adecuado, en el cual el paciente debe involucrarse de forma activa, para lograr una mejor calidad de vida. Estos trastornos no desaparecerán con el tiempo, sin embargo, es posible mantener un estilo de vida saludable adhiriéndose de forma adecuada al tratamiento psicofarmacológico prescrito.

El terapeuta debe motivar al paciente además de psicoeducarlo sobre la importancia de la medicación para con su enfermedad. Respetando siempre las creencia, cultura y costumbres del paciente.

La efectividad de una adherencia adecuada radica en el trabajo en equipo que deben hacer los profesionales de salud mental, es decir, psicólogos y psiquiatras y el paciente de interés. Además del empeño profesional que muestren, el paciente deberá ser cooperativo e involucrarse en su tratamiento, si es posible, aun mejor si cuenta con una buena red de apoyo, que le ayude al psicólogo a mantener al paciente bajo observación. Esto permitirá que el psicólogo pueda asegurarse de que el paciente siga las instrucciones, asista a consulta médica, citas con el psicólogo, aplicación correcta de terapias como la cognitiva conductual, psicoeducación, entre otras.

CONCLUSIONES

Se reconoce que la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes puede mermar la calidad de vida e incrementar el padecimiento de su enfermedad. Indudablemente la adherencia al tratamiento psicofarmacológico representa un asunto vital para el mantenimiento de la salud y el bienestar de los pacientes, en especial los que presentan enfermedades crónicas, ya que tienen que mantener estos comportamientos durante un período prolongado de su vida. En el caso de la ansiedad, estos medicamentos ofrecen la oportunidad junto a la terapia psicológica de estabilizar las consecuencias generadas por el trastorno que presenta el paciente.

En concreto, los objetivos específicos de esta investigación se pueden sintetizar de la siguiente forma:

Con el primer objetivo, se logró definir el tratamiento psicofarmacológico comúnmente indicado a los pacientes con trastorno de ansiedad. Al respecto, se verificó que existen diversos medicamentos para tratar este tipo de trastorno, entre los cuales se destacan las siguientes Benzodiacepina, los cuales son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central con efectos sedantes, hipnótico, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos. La denominación de estos compuestos suele caracterizarse por la terminación de -iam o -lan, -pam y -pan (triazolam, oxazolam, estazolam, alprazolam, misazolam, lometazolam, bentazepam, flurazepam, flunitrazepam, clorazepam,) existen algunas excepciones como el clorazepato o el clordiazepóxido.

Un grupo de medicamentos empleados como tratamiento antidepresivo son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), constituidos como tratamiento de elección primaria. Los ISRS están constituidos por la Fluoxetina, aroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram, los mismos poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales (principalmente la ganancia de peso, la somnolencia, y la disfunción sexual). Apenas presentan interacciones con otros medicamentos y no crean dependencia.

El medicamento prescrito al paciente con adherencia caso de estudio fueron precisamente la clonazepam 10 mg. vía oral, este medicamento le ayuda a conciliar el sueño, controlar los nervios, la ansiedad, náuseas o vómitos. El siguiente medicamento prescrito fue Citalopram 100 mg. Es un medicamento antidepresivo, del tipo inhibidor selectivo de recaptación de serotonina, es usado para el tratamiento de trastorno de ansiedad. La vía administración de los medicamentos es oral, lo que facilita el cumplimiento del mismo; pues el paciente puede tomar su medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; sin necesidad de que otra persona le asista.

Existe un tercer grupo identificados por el propanolol y la Pregabalina, Buspirona e inhibidores selectivos.

Con el segundo objetivo, se presentó la valoración de los pacientes con ansiedad al tratamiento psicofarmacológico y psicológico. La valoración es un elemento importante, ya que es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual, llevada a cabo por el paciente.

La valoración que hizo el paciente fue la siguiente, que haber pasado por todo el proceso ha podido ver su mejoría y ver con más claridad el valor de tomar el medicamento prescrito con disciplina, dice que asistir a las citas médicas tanto psicológicas como psiquiátricas lo relajan y le da tranquilidad porque sabe que puede ayudarlo a su mejoría y con esto se ha disminuido algunos síntomas y otros simplemente ya no están.

Con el tercer objetivo se pudieron especificar las características que identifican a un paciente con adherencia al tratamiento psicofarmacológico. La adherencia al tratamiento es fundamental para el bienestar de los pacientes, porque no solo es tomar la medicación, sino tomarla de forma correcta y adoptando unos hábitos de vida saludables que hagan posible que se beneficien del tratamiento al 100%.

Los resultados de la investigación expuesta permitieron comprobar que luego de que el paciente tuvo más conocimiento sobre la importancia de su estado de salud, se verificó que tomó

las medidas necesarias y desarrolló estrategias que le permitieran cumplir con el tratamiento indicado, por ejemplo: solicitó a familiares cercanos apoyo en los recordatorios de las dosis de medicamentos y horarios, además colocó alarmas para recordar medicamentos y citas médicas.

A través del cuarto objetivo fue posible indicar los factores determinantes en la adherencia al tratamiento del paciente con ansiedad. Durante la investigación se registró la importancia de los factores que rodean al paciente y ocasionan un impacto significativo en la adherencia o no del tratamiento psicofarmacológico prescrito.

Una fuente de apoyo para los pacientes de todas las formas posibles como ayudarlos a movilizar los recursos psicológicos, a poder lidiar con las tensiones que debe enfrentar, dividiendo las tareas y solidarizándose con ayuda material, consejos e informaciones que puedan ayudarles a lidiar con la situación de salud que están experimentando. Algunos ejemplos de conductas que se han incorporado al concepto de apoyo social son: escuchar, cariño o interés, prestar objetivos materiales, ayudar económicamente, expresar aceptación y empatizar.

Se pudo reconocer como un punto clave en la adherencia al tratamiento psicofarmacológico el apoyo familiar que recibió el paciente, el cual fue considerado especialmente importante, no solo porque favoreció al funcionamiento emocional y físico, también promovió la adherencia al tratamiento que es otro factor esencial para garantizar la mejora en el trastorno que presenta. Al respecto, los familiares pueden, además de recordar a los pacientes las actividades que necesitan realizar, vincular el tratamiento a las actividades ya existentes en la familia, a fin de que la adhesión sea más probable.

El factor socioeconómico en este caso también fue relevante, ya que al tratarse de una persona joven que dependía en su totalidad de su padre y abuela, quienes se hicieron cargo, de acuerdo al paciente no solo de la compra de los medicamentos prescritos, sino también de la movilización al centro hospitalario y acompañamiento a las diferentes terapias, esto sin duda, facilita la adherencia, pues posibilita que el paciente pueda cumplir con las dosis que requiere el tipo de trastorno diagnosticado, la falta del mismo puede degenerar la salud del individuo.

En sentido general, se pudo denotar en el Caso I (adherencia al tratamiento) existe una vinculación activa de la familia al proceso de asimilación de los cambios del estilo de vida y el mantenimiento de estos, siendo este un factor importante, pues estos ajustes deben realizarse dentro de la familia para fortalecer los cambios de la persona afectada.

Con el cuestionario aplicado fue posible ver cumplido el último objetivo que buscaba describir la experiencia de cambio del paciente después de iniciar el tratamiento, partiendo de la experiencia del paciente se pudo comprobar que éste tuvo una experiencia de cambio positiva después de haber iniciado el tratamiento. Este instrumento hizo posible verificar con información de primera mano la postura del paciente, reacción ante algunas preguntas y observar de manera detallada las diferencias y los efectos que provocaron en él.

La correcta adherencia al tratamiento repercutió en una mejora en la calidad y esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad del tratamiento y en la evolución de la enfermedad del paciente estudiado. Indiscutiblemente este escenario, tuvo repercusiones positivas en una menor probabilidad de recaídas y complicaciones secundarias, observándose entonces una relación directa entre el compromiso en el cumplimiento expuesto por el paciente y los resultados positivos en su salud.

Habría que decir también que llevar una correcta adherencia se deben modificar los malos hábitos de vida, porque la decisión de seguir un determinado tratamiento es del paciente, ejemplo: tabaco, este disminuye o agudiza los efectos de la medicación, lo primordial es comprender por qué razón toman los medicamentos que indican, es importante subrayar la relevancia de conocer cada uno de los efectos secundarios de dicho tratamiento, debido a la importancia de la adherencia al tratamiento, pues llevarlos de forma correcta depende en gran medida, la calidad de vida del paciente.

El paciente indicó que llevaba el tratamiento adecuadamente y que al iniciar el tratamiento psicológico y psiquiátrico ha tenido mejor calidad de vida. Explicó que cuando no llevaba los medicamentos correctamente los síntomas se agudizaron, a partir de aquí tomó conciencia de la importancia de sus medicamentos.

El paciente lleva una vida más normal, socializa, bajaron sus niveles de ansiedad considerablemente, mejoraron sus síntomas psicóticos, confirmando que sin una adherencia al tratamiento no puede mejorar su enfermedad.

Estos objetivos se cumplieron gracias a la recolección de datos, tanto de los récords psicológico, el psiquiátrico y la entrevista, de esta manera se logró obtener suficiente información para conocer paso a paso al paciente, fue determinante además la colaboración del paciente, el cual concedió su consentimiento y a lo largo de la investigación fue intervenido a través del cuestionario aplicado.

De igual forma, en los récords se pudo confirmar toda la información que el paciente brindaba y de esa misma forma obtener los medicamentos prescritos por el psiquiatra, el historial familiar, sexual, datos escolares e información de su salud física.

Esta investigación afianza lo descrito por el National Heart, Lung and Blood Institute (1998), que señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos. Muchas de las razones para incumplir con el tratamiento coinciden con el segundo caso de estudio que el olvido, que muchas veces surge como un mecanismo de rechazo, ya sea por los efectos secundarios o debido al mismo trastorno que lo genera.

El paciente caso de estudio que no presentó adherencia sufría crisis recurrentes, lo que le llevó al aumento de la dosis prescrita y se agudizó el problema con el abandono de la terapia psicológica por el poco apoyo familiar. Este factor hizo imposible estimar el efecto del tratamiento, de acuerdo con Ortíz & Ortíz (2007), debido a esta situación se debe "prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el Estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez".

RECOMENDACIONES

- Tomar en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación como datos complementarios para realizar estudios más exhaustivos, donde se pueda medir el grado de adherencia de los pacientes con otras enfermedades, distintos tipos de tratamiento psicofarmacológico, poniéndolo en relación otras variables: sociodemográficas, asistenciales o clínicas.
- Proporcionar al paciente que busca asistencia médica y es tratado bajo psicofármacos, las distintas estrategias para aumentar la adherencia, identificando de forma individual las necesidades y factores que relacionan el estilo de vida del paciente, para correlacionar factores como: tipo de medicamento, vía de administración, terapias psicológicas alternas.
- Fomentar el apoyo familiar y social de las personas que rodean al paciente, para que el mismo tenga un mejor manejo emocional de la enfermedad y esta situación le motive y aporte al reconocimiento de la importancia de seguir la prescripción bajo los lineamientos realizados por el médico tratante.
- Implementar programas de intervención multidisciplinario, en los que la acción conjunta de médicos, psicólogos, enfermeros y farmacéuticos tengan el objetivo mejorar la adherencia de los pacientes, esta acción combinada podría resultar efectiva en aquellas iniciativas enfocadas a la detección de la falta de adherencia, así como en la educación sobre la importancia y los beneficios del cumplimiento del tratamiento farmacéutico y terapéutico.
- El psicólogo debe seguir implementando la terapia cognitiva conductual, al igual que la psicoeducación para que de esta manera la población tome conciencia de su enfermedad y los cambios que trae está a su vida. Esta técnica es fundamental para que el paciente pueda seguir las prescripciones indicadas, sin el apoyo del psicólogo se dificulta la adherencia en los pacientes.

- Disponer de material que suministre información específica sobre la adherencia terapéutica y la enfermedad, para suministrar al paciente en la prescripción y en la dispensación.
- Suministrar las informaciones necesarias al paciente sobre los efectos adversos de los medicamentos, porque cada individuo tiene un organismo diferente y concientizarles que del grado de adherencia dependerán los resultados.
- Recomendar al paciente asistir de forma puntual a todas las citas médicas y psicológicas, pues el tratamiento conjunto puede mejorar la evolución de la condición diagnosticada.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, C. (2018). Nivel de adherencia al tratamiento de tuberculosis en el centro de salud conde de la vega baja del cercado de lima en el primer semestre del año 2018. Perú: Tesis de grado. Universidad Nacional Federico Villa Real. Recuperado de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2935/UNFV_AGUILAR_CUELLAR_KAREN_JULIANA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Dec* 1991; 50: 179-211.
- Alvarado, Luis. (2016). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Revista médica de Chile*, 144(2), 269-270. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000200019>
- American Psychiatric Association (APA), (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5ta. Edición. México: Editorial Panamericana.
- Ansiedadysintomas.org. (2018). Niveles de ansiedad. Recuperado de: <https://www.ansiedadysintomas.org/tipos-de-ansiedad/niveles-de-ansiedad/>
- Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. (2007). Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Manual Moderno: Bogotáje
- Baeza, J. et al. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz De Santos.
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: who cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304-314. doi: 10.4065/mcp.2010.0575
- Carrión & Bustamante. (2008). Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires: Galerna.
- Castro, R. (2015). La Ansiedad: Estrategias prácticas para manejarlas paso a paso. Madrid: Biblioteca Online y Biblioteca de Salud Mental.
- Clark & Beck (2010). Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. New York: Editorial Desclee de Brower, S. A.
- Cordero-Oñate, et al (2018). Evaluación de la adherencia al tratamiento de los pacientes menores de 18 años con fibrosis quística en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo, República Dominicana, durante el período febrero-abril 2018. Instituto

Tecnológico de Santo Domingo (INTEC): República Dominicana. Recuperado en 21 de junio de 2019, de: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1327>

Dirae. (2017). Tratamiento psicofarmacológico. Recuperado de: <https://dirae.es/palabras/farmacol%C3%B3gico>

Figueroa, C. (2010). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en un programa de control de riesgo cardiovascular de una empresa promotora de salud de Bucaramanga, Colombia 2010. (Tesis de maestría, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia). Recuperado de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf>

Gillum RF, Barsky AJ. Diagnosis and management of patient noncompliance. *JAMA* 1974 Jun 17; 228(12):1563-7.

Honorato, J. (2015). Adherencia al tratamiento psicofarmacológico. *Medicina Respiratoria*. 8(1):47-52. Recuperado de www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/R81-6.pdf

Jankovic, N., Geelen, A., Streppel, M. T., Groot, L., Orfanos, P., Van den Hooven, E. H., Pikhart, H., Boffetta, P., Trichopoulou, A., Bobak, M., Bueno-de-Mesquita, H. B., Kee, F., Franco, O., Park, Y., Hallmans, G., Tjønneland, A., May, A. M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Amiano, P., Kampman, E., & Feskens, E. J. (2014). Adherence to a healthy diet according to the World Health Organization guidelines and all-cause mortality in elderly adults from Europe and the United States. *American Journal of Epidemiology*, 180(10).

Jarne, E. et al. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC.

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patients adherence: A review of systematic review. *Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research*, 91(4). doi: 10.3389/fphar.2013.00091 *Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.

Kenny, S., Majeed, K., Zhand, N., Glikstein, R., Agid, R., & Dos Santos, M. (2016). Psychological comorbidities and compliance to interventional treatment of patients with cutaneous vascular malformational treatment of patients with cutaneous vascular malformations. *Interventional Neuroradiology*, 22(4), 489-494. Doi:

López, S. (Septiembre, 2006). Treatment adhesion, treatment adherence or treatment compliance. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

- Lynch, S. (2017). Adherencia al tratamiento psicofarmacológico. DSM Versión público general. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-do/hogar/f%C3%A1rmacos/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>
- Marengo, M. F., & Suarez-Almazor, M. E. (2015). Improving treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis: What are the options? *International Journal of Clinical Rheumatology*, 10(5), 345-356. doi: 10.2217/ijr.15.39
- Martin L, Grau J. La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, eds. *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. Universidad de Guadalajara, 2005. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014%20&script=sci_arttext
- Martínez C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación. *Pensamiento & Gestión*. Redalyc.org. 20, 165-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez-Domínguez, Gloria Inés, Martínez-Sánchez, Lina María, Lopera-Valle, Johan Sebastián, & Vargas-Grisales, Natalia. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 14(2), 107-116. Recuperado en 26 de junio de 2019, de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003&lng=es&tlng=es
- Martos, M. (s.f.). *Relaciones interpersonales y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos*. Tesis doctoral. España: Universidad de Almería.
- McCord E, Brandenburg C. Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Family Medicine* 1995; 27: 276-1. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014%20&script=sci_arttext
- Meece, J. (2014). Improving medication adherence among patients with type 2 diabetes. *Journal of Pharmacy Practice*, 27(2), 187-194. doi: 10.1177/0897190013513803
- National Heart, Lung And Blood Institute. *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1998. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014%20&script=sci_arttext

- Nunes, V., Neilson, J., O'Flynn, N., Calvert, N., Kuntze, S., Smithson, H., Benson, J., Blair, J., Bowser, A., Clyne, W., Crome, P., Haddad, P., Hemingway, S., Horne, R., Johnson, S., Kelly, S., Packham, B., Patel, M., & Steel, J. (2009). Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. Londres. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015337/pdf/PubMedHealth_PMH0015337.pdf.
- Ortíz P. & Ortíz P. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Páez, A. N., Caballero, L. P., López, N., Oróstegui, M., Orozco, L., & Valencia, L. I. (2014). Construct validity of an instrument to assess patient adherence to antihypertensive treatment. *Enfermería Global*, 34, 48-57
- Páez-Blarrina, M. et al. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica Internacional. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 6, núm. 1, pp. 1-20 Universidad de Almería Almería, España.
- Peña G. (2010). Los trastornos de ansiedad: el papel de la psicoterapia en un tratamiento eficaz. Recuperado de <https://www.psicologiaoviedo.com/2011/07/los-trastornos-de-ansiedad-el-papel-de-la-psicoterapia-en-un-tratamiento-eficaz/>
- Ramos Morales, Luisa Estela. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2), 175-189. (26 de junio de 2019), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=es.
- Riva, S., Nobili, A., DDjade, C., Mancuso, M., Santagostino, E., & Pravettoni, G. (2015). Cognitive and psychological profiles in treatment compliance: a study in an elderly population with h Riva, S., Nobili, A., DDjade, C., Mancuso, M., Santagostino, E., & Pravettoni, G. (2015). Cognitive and psychological profiles in treatment compliance: a study in an elderly population with hemophilia. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1141-1146. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S84749>
- Rocha D. (s.f.). Tratamiento psicológico. Recuperado de: <https://miriamrochadiaz.wordpress.com/la-terapia/que-es-un-tratamiento-psicologico/>

- Rodríguez M. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Pirámide, 2001. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014%20&script=sci_arttext
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Said, K. (2017). Construction and validation of adherence to treatment scale among patients with essential high blood pressure. *Guru Journal of Said, K.* (2017). Construction and validation of adherence to treatment scale among patients with essential high blood pressure. *Guru Journal of Behavioral and Social Sciences*, 5(1), 639-644.
- Sánchez Hernández, Arturo José. (2006). Los valores ético morales desde una perspectiva psicológica. *Humanidades Médicas*, 6(3) Recuperado en 07 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000300006&lng=es&tlng=es.
- Tortella-Feliu. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 Anxiety disorders in DSM-5. *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5 C. Med. Psicosom*, N° 110. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Vallis M. Stages of change for healthy eating in diabetes. *Diabetes Care* 2005; 26: 1468-74. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=8972403&pid=S0034-9887200700050001400023&lng=es
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 127-140.
- Vrijens, B., De Gees, S., Hughes, D. A., Przemylaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J., & Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint who/fao Expert Consultation*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf

- World Health Organization. (2003). Adherence to long term therapies: evidence for action. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>
- Zaghloul, S., Waslien, C., Al Somaie, M., & Prakash, P. (2012). Low adherence of Kuwaiti adults to fruit and vegetable dietary guidelines. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(5).
- Zambrano, R., Duitama, J. F., Posada, J. I., & Flórez, J. F. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 163-174.

ANEXOS

Apéndice No. 1. Guía de preguntas aplicada al paciente del Departamento de Psicología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA.
Entrevista dirigida al Departamento de Psicología en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas.**

Reciba un cordial saludo. Se estará desarrollando una investigación de licenciatura en psicología clínica sobre el análisis de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con ansiedad. El objetivo de esta entrevista es describir la experiencia de los pacientes después de iniciar el tratamiento psicofarmacológico.

Los datos recolectados no serán divulgados y solo serán utilizados para los fines de la elaboración del trabajo de investigación.

Se agradece el tiempo dedicado a apoyar la elaboración de esta investigación.

Fecha de aplicación de la entrevista __/__/__

- 1- ¿Cuál es su diagnóstico psiquiátrico?
- 2- ¿Cuáles medicamentos les prescribió el médico tratante?
- 3- ¿Cuál es la dosis recomendada de cada medicamento y frecuencia?
- 4- ¿Cuál es la vía de administración del tratamiento psicofarmacológico (comprimido, inyecciones, jarabes, rectal, oral)?
- 5- ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento?
- 6- ¿Qué diferencia ha visto luego de iniciar el tratamiento psicofarmacológico?
- 7- ¿Cuáles son los efectos después de tomar los medicamentos?

- 8- ¿Cuáles ajustes de vida ha tenido que hacer después de iniciar el tratamiento psicofarmacológico?
- 9- ¿Cuáles son las medidas que aplica para llevar su tratamiento psicofarmacológico?
- 10- ¿Qué valoración le da usted al tratamiento psicofarmacológico prescrito por su médico?
- 11- ¿Qué efectos causa en usted no tomar los medicamentos a tiempo?
- 12- ¿Por qué son importantes para usted los medicamentos prescritos?
- 13- ¿Cómo le ha cambiado la vida los medicamentos prescritos?
- 14- ¿Cómo cree que sería su vida sin los medicamentos?
- 15- ¿Qué situaciones conlleva para usted el no poder llevar el tratamiento psicofarmacológico según lo prescrito?
- 16- ¿Cuál es su valoración en cuanto a dejar los medicamentos?
- 17- Describa el tipo de tratamiento psicológico que recibe.
- 18- ¿Cómo califica la asistencia psicológica?
- 19- ¿Cómo es la relación médico-paciente?
- 20- Describa el acompañamiento que recibe usted de: padres, hijos y amigos.
- 21- Explique los aspectos de su vida diaria en los que le ha ayudado la asistencia psicológica.

Historial clínico:

IV. Datos personales:

Nombre:		
Edad:		
Fecha de nacimiento:		
Lugar de nacimiento:		
Sexo:		
Dirección:		
Correo:		
Teléfono:		
Cell:		
Escolaridad:		
Ocupación:		
Religión:		
Reside con:		
Intentos suicidas:		
Persona (s) de contacto:	Nombre:	Parentesco:
Teléfono:	Número telefónico:	Parentesco:
Dirección:		

V. Datos familiares:

Nombre del padre:	
Estado civil:	
Lugar de nacimiento:	
Edad:	
Profesión:	
Vínculo con el paciente:	
Nombre de la madre:	
Estado civil:	
Lugar de nacimiento:	
Edad:	
Profesión:	
Vínculo con el paciente:	

VI. Genograma:

VII. Historial médico:

VIII. Curva vital:

IX. Esfera Psicosexual

X. Historial de salud mental:

XI. Datos escolares:

XII. Examen mental:

Aspecto físico:	
Nivel de conciencia:	
Orientación personal:	
Orientación espacial:	
Orientación temporal:	
Atención:	
Memoria a corto plazo:	
Memoria a medio plazo:	
Memoria a largo plazo:	
Pensamiento:	
Lenguaje:	

XIII. Conclusiones de esa entrevista

