

Barreras en la psicoeducación de pacientes usuarios de antipsicóticos: un enfoque sobre la conciencia de enfermedad

Barriers to Psychoeducation in Patients Using Antipsychotics: A Focus on Illness Awareness

María Noelia Vivacqua¹, Cecilia Mazal², María Florencia Grande Ratti³

Resumen

Introducción: Los pacientes en tratamiento con antipsicóticos enfrentan desafíos, como la variabilidad en la percepción de su enfermedad, que pueden dificultar la aceptación del diagnóstico y la adherencia terapéutica. Este estudio investigó las barreras en la psicoeducación relacionadas con la conciencia de enfermedad. **Métodos:** Estudio cualitativo que reclutó 10 médicos/as de consultorios externos. Los sujetos convocados aceptaron mediante consentimiento informado, y participaron de entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas para su posterior análisis temático, en el período de mayo a noviembre de 2022. **Resultados:** Se identificaron múltiples barreras en la psicoeducación relacionadas con la conciencia de enfermedad. Por parte del paciente y su entorno: a) oposición explícita a recibir atención médica; b) negación del diagnóstico y la necesidad de tratamiento, expresado con conductas como la modificación de medicación sin supervisión médica. Por parte de los profesionales: c) ocultar información para preservar el vínculo, como evitar el uso de la palabra “antipsicótico”, o no informar sobre efectos adversos; d) expectativas inadecuadas para con pacientes con trastornos mentales que rechazan el tratamiento. **Conclusiones:** Superar las barreras identificadas exige un enfoque centrado en estrategias individualizadas, que consideren la autopercepción de los pacientes y su contexto. Dado que el tratamiento con antipsicóticos está asociado a efectos adversos severos, es esencial fomentar un proceso asistencial que promueva la alianza terapéutica, y empodere a las personas en la gestión de su propia salud. La difusión de información clara y accesible, junto con una adecuada adaptación a las particularidades clínicas es fundamental para alcanzar los objetivos psicoeducativos.

Palabras clave: antipsicóticos, psicología educacional, empoderamiento, trastorno neurocognitivo, trastornos psicóticos

Abstract

Introduction: Patients undergoing treatment with antipsychotics face challenges, such as variability in their perception of the illness, which can hinder acceptance of the diagnosis and adherence to therapy. This study investigated the barriers to psychoeducation related to illness awareness. **Methods:** This qualitative study recruited 10 physicians from outpatient clinics. Participants provided informed consent and participated in semi-structured interviews, which were recorded and transcribed for subsequent thematic analysis. Data collection took place between May and November 2022. **Results:** Several barriers to psychoeducation related to illness awareness were identified: From the patients and their family, and caregivers: (a) explicit opposition to receiving medical care; (b) denial of the diagnosis and the need

RECIBIDO 18/1/2025 - ACEPTADO 11/4/2025

¹Médica Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5194-6419>

²Licenciada en Psicología. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0006-4450-1028>

³Médica especialista en Medicina Interna. Área de investigación en Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-8622-8230>

Autora correspondiente:

María Noelia Vivacqua
manoeliavivacqua@gmail.com

Institución donde se realizó la investigación: Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.



for treatment, expressed through behaviors such as modifying medication without medical supervision; (c) withholding information to preserve the therapeutic relationship, such as avoiding the term "antipsychotic" or not disclosing adverse effects; (d) unrealistic expectations towards patients with mental disorders who reject treatment. Conclusions: Overcoming these barriers requires focusing on individualized strategies that consider patients' self-perception and their context. Given the association of antipsychotic treatment with severe adverse effects, it is essential to foster a care process that promotes therapeutic alliance and empowers individuals to manage their health. The dissemination of clear and accessible information, combined with proper adaptation to clinical particularities, is critical to achieving psychoeducational objectives.

Keywords: antipsychotic agents, psychology, educational, empowerment, psychotic disorders, neurocognitive disorders

Introducción

Durante una consulta médica convencional convergen diversas expectativas, tanto por parte de los profesionales tratantes como del paciente y sus acompañantes. Se espera que el paciente sea comunicativo al describir los síntomas y signos que le generan preocupación, y que colabore en la realización de estudios complementarios cuando sean necesarios. Por su parte, los pacientes y sus familiares pretenden que quien los atiende actúe de forma rápida y asertiva, proporcionando un diagnóstico y un plan de tratamiento factible. Sin embargo, no todos los pacientes pueden hablar fácilmente sobre lo que les sucede. A veces, las personas no son plenamente conscientes de sus experiencias o no pueden describir completamente sus pensamientos, especialmente si tienen problemas con el lenguaje (Sant, 2019).

En este contexto, los antipsicóticos se usan ampliamente para tratar trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y para el abordaje de alteraciones conductuales en enfermedades neurodegenerativas, como los trastornos cognitivos mayores (TCM). Particularmente, los pacientes bajo tratamiento antipsicótico, muchas veces tienen una visión singular de su estado de salud. Esta percepción puede variar desde la negación absoluta de padecer una enfermedad y de necesitar tratamiento, pasando por la aceptación parcial del tratamiento sin reconocer el diagnóstico, hasta aquellos que reconocen un malestar relacionado con su salud, aunque este difiera del problema identificado por su entorno y por el equipo médico tratante (David, 1990; Sunderaraman & Cosentino, 2017). Puntualmente para la esquizofrenia, se observó que una pobre conciencia de enfermedad está asociada con pobre adherencia al tratamiento, mayor hospitalización, pobre funcionamiento social, mal pronóstico y dificultades para desarrollar un buen

vínculo con el equipo de salud (Lysaker et al., 2007; McEvoy et al., 2004). Paradójicamente, una mejor registro de la enfermedad fue asociado con mayores niveles de disforia, baja autoestima y disminución de la calidad de vida (Lysaker et al., 2007).

Estas presentaciones clínicas pueden resultar desconcertantes para el personal de salud, formado para actuar en un contexto diferente, y que además debe fomentar una alianza terapéutica mientras transmite y asegura la comprensión de un volumen significativo de información sensible relacionada con el uso de antipsicóticos. Con respecto a esta información, el manejo de expectativas es crucial, ya que es un tratamiento sintomático y no una cura. Los efectos terapéuticos no siempre se observan, o son escasos. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, la respuesta clínica se define como una reducción significativa de los síntomas psicóticos, medida a través de escalas específicas como la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS, por sus siglas en inglés) (Kay et al., 1987) o la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS, por sus siglas en inglés) (Overall & Gorham, 1962). En pacientes agudos, una reducción del 50 % en estas escalas indica respuesta, mientras que en pacientes crónicos, multi-episódicos o resistentes, una reducción del 20 % al 25 % ya se considera significativa (Leucht et al., 2007). Aproximadamente el 40 % al 60 % de los pacientes responden al tratamiento, entre el 10-20 % logran mejoras limitadas (menos del 50 % de reducción), y el 20 % al 30 % son considerados no respondedores (Lehman et al., 1995; Pardiñas et al., 2022; Siskind et al., 2017). Además, dado que numerosos pacientes rechazan las nociones convencionales de enfermedad o la interpretación de sus experiencias como síntomas, evaluar la efectividad de un tratamiento exclusivamente en función de la resolución de estos puede ofrecer una perspectiva limitada en esta población (Ortiz Lobo, 2017). En este contexto, el concepto de "recuperación" debe

entenderse desde una visión más abarcativa, en la que las personas asumen un papel activo en la búsqueda de cómo convivir con una enfermedad mental grave, similar a cómo se aprende a vivir con otras enfermedades crónicas. Para acompañar este proceso, el equipo de salud debe partir de la premisa de que no es necesario estar “completamente curado” para aspirar a una vida plena (Davidson & Gonzalez-Ibañez, 2017).

Otra cuestión a trabajar con pacientes y familiares, es que cuando existe una mejoría en los síntomas psicóticos, la recomendación es que se continúe con el medicamento por largos períodos de tiempo. Los plazos varían entre 1 a 3 años, si es un primer episodio psicótico, y en caso de haber episodios psicóticos recurrentes, puede ser necesario un tratamiento indefinido (Hui et al., 2018; Leucht et al., 2012).

Sin embargo, se debe comunicar que cuando se administran a largo plazo, estos medicamentos están asociados con una mayor incidencia de efectos adversos metabólicos, sedación y trastornos del movimiento. Sostener el tratamiento requiere un compromiso en el estilo de vida del paciente, como llevar una alimentación saludable y realizar actividad física de forma cotidiana (American Psychiatric Association, 2020).

Además, es común que la prescripción de estos medicamentos vaya acompañada de la recomendación de algún tipo de psicoterapia concomitante (American Psychiatric Association, 2020), lo que implica que el paciente deba asimilar múltiples indicaciones simultáneamente.

En el caso de los adultos mayores con TCM, debe informarse que la evidencia sobre la eficacia terapéutica de los antipsicóticos en el manejo de los síntomas conductuales es controvertida (Mühlbauer et al., 2021; Yunusa et al., 2022). Su uso debe limitarse a corto plazo y emplearse en la dosis más baja efectiva, dado que están asociados con un incremento del riesgo de accidente cerebrovascular, una aceleración en la declinación cognitiva, y una mayor tasa de mortalidad (Calabro et al., 2022).

Considerando la evidencia disponible sobre la percepción que los pacientes tienen en relación a su experiencia con antipsicóticos —tanto en lo que respecta a los efectos terapéuticos como a los adversos—, un estudio reportó que solo el 14,3 % de los participantes describieron experiencias exclusivamente positivas, el 27,9 % reportaron experiencias mixtas y un 57,7 % manifestaron únicamente experiencias negativas (Read & Sacia, 2020).

La psicoeducación tiene como objetivo proporcionar a los pacientes y sus familias información sobre

la enfermedad y su tratamiento, facilitando su colaboración con los profesionales de salud para obtener mejores resultados (Sarkhel et al., 2020). Este recurso, además de ser un derecho, empodera a los pacientes al permitirles detectar posibles errores y fortalecer la confianza y cooperación con el equipo (Ali et al., 2020; American Psychiatric Association, 2020). Entre sus componentes esenciales se incluyen la entrega de información sobre los factores etiológicos, los síntomas y signos característicos de la enfermedad, así como las señales de alarma asociadas a posibles recaídas. También abarca la orientación sobre las distintas opciones terapéuticas disponibles, las indicaciones sobre cuándo y cómo buscar atención médica, habilidades de afrontamiento para manejar el estrés y la promoción de la adherencia al tratamiento indicado por el equipo profesional. Asimismo, se aborda el pronóstico de la patología, se proporcionan pautas a los familiares respecto a las conductas adecuadas e inadecuadas en la interacción con el paciente, y se trabaja en la clarificación de mitos y prejuicios comúnmente asociados a la enfermedad (Sarkhel et al., 2020).

La psicoeducación puede adoptar diversas modalidades, incluyendo enfoques individuales, familiares, grupales o comunitarios. Además, puede centrarse en aspectos específicos, tales como la adherencia a los tratamientos, la conciencia sobre la enfermedad o el proceso de recuperación. La psicoeducación activa implica la participación de terapeutas que interactúan con pacientes y familias, promoviendo la toma de decisiones conjunta. En contraste, la psicoeducación pasiva se basa en la entrega de materiales informativos a pacientes y familiares, que pueden incluir documentos escritos, audios y videos (Alguera-Lara et al., 2017; Sarkhel et al., 2020). Es fundamental que estos recursos utilicen un lenguaje claro y accesible, dado que serán interpretados sin la supervisión directa de un terapeuta.

Este trabajo se propuso identificar las barreras en la implementación de la psicoeducación en pacientes tratados con antipsicóticos, con un enfoque en relación con la conciencia de enfermedad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, llevado a cabo en un centro de salud de alta complejidad, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El plan de trabajo completo que da lugar al presente artículo se trata de una tesis doctoral, que cuenta con la aprobación ética correspondiente al comité institucio-

nal (CEPI#6331). Todos los sujetos convocados a participar dieron su consentimiento informado escrito, y repitieron su decisión voluntaria al inicio de cada entrevista. El presente estudio constituye un brazo de dicha investigación, enfocado exclusivamente a la recolección y el análisis de relatos para comprender cómo los profesionales experimentan, interpretan y dan sentido a sus vivencias relacionadas al proceso de psicoeducación, y su relación con la conciencia de enfermedad, en pacientes usuarios de drogas antipsicóticas.

Para el reclutamiento de potenciales participantes, se utilizó un muestreo intencional con la técnica de bola de nieve. Se refiere a un proceso en el que los informantes clave reclutan a otros participantes, y así sucesivamente hasta alcanzar la saturación del discurso (Corbin & Strauss, 2015). Para eso, se realizaron varias rondas de entrevistas (3-3-4), en las que la recolección de datos y el análisis temático se llevaron a cabo de manera iterativa. Tras completar las primeras 3 entrevistas (prueba piloto), se realizó una revisión de la guía y se realizaron las modificaciones pertinentes.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre mayo y noviembre del año 2022. Las entrevistas fueron semiestructuradas (con guía construida ad-hoc), individuales, realizadas de forma virtual o presencial (según preferencia individual), y de 50 minutos de duración. El material fue grabado en audio y posteriormente transcrito. Para asegurar la confidencialidad se usaron etiquetas para el almacenamiento de los archivos anonimizados (ej.: E1), y la seguridad se garantiza por el acceso restringido a investigadores. Además, una vez finalizadas las transcripciones, las grabaciones fueron destruidas (lo que evita el eventual reconocimiento de voz).

Se incluyeron un total de diez médicos/as que trabajaban en consultorios externos. Algunos atendían a pacientes adultos, mientras que otros se especializaban en la atención de adultos mayores, todos ellos en tratamiento crónico con antipsicóticos. La muestra estuvo conformada por diversas edades, género y antigüedad, para lograr cierta heterogeneidad. El rango etario fue de 32 a 74 años, seis mujeres y 4 hombres, que llevaban entre 3 a 45 años de ejercicio de la profesión. Con respecto a la especialidad fueron cuatro de Psiquiatría (incluyendo un único residente en formación), tres de Geriátría, dos de Neurología y un participante de Medicina Interna.

El análisis de la información se basó en la codificación del contenido, mediante códigos predefinidos y abiertos (Brody et al., 2016; Cooper et al., 2019). Primero se codificó línea por línea, y cada documento fue evaluado por doble revisión. Luego, se analizó el proceso estructurado de manera transversal.

Resultados

Este artículo se enfoca exclusivamente en los hallazgos vinculados a las barreras en la psicoeducación identificadas por los profesionales que prescriben medicación antipsicótica. Los resultados se resumen en la *Tabla 1*.

Falta de conciencia de enfermedad

Este término fue el más utilizado para describir situaciones en las que los pacientes se oponen explícitamente a recibir atención. Este comportamiento es frecuente en trastornos psiquiátricos como las psicosis

Tabla 1. Principales categorías analíticas identificadas por los profesionales que prescriben medicación antipsicótica

Categorías	Subcategorías	
Por parte del paciente y su entorno	Falta de conciencia de enfermedad	Oposición explícita a recibir atención médica. Profesionales que no reconocen la actitud hostil del paciente como un síntoma.
	Negación del diagnóstico y la necesidad de tratamiento, expresadas como conductas que entorpecen el tratamiento.	Modificar el esquema farmacológico sin supervisión médica. Ocultar información relevante para seguimiento. Falta de interés en conocer los medicamentos que utilizan. Solicitar recetas a profesionales que no realizaron la prescripción.
Por parte de los profesionales	Ocultar información para preservar el vínculo médico-paciente	Sobre el diagnóstico o el síntoma que motiva la indicación del antipsicótico. Omitir la palabra “antipsicótico”. Omitir los efectos adversos asociados.
	Expectativas inadecuadas con respecto a la psicoeducación en paciente con trastornos de salud mental	Derecho del paciente a rechazar el tratamiento.

o el trastorno bipolar, donde la capacidad de tomar decisiones adecuadas en función de las circunstancias puede estar alterada. La resistencia al tratamiento también puede estar influida por múltiples factores, entre ellos, la percepción que el paciente tiene de su experiencia, su sentido de autonomía, su sistema de creencias e ideología, el temor al estigma asociado al tratamiento psiquiátrico y las expectativas sobre el tipo de ayuda que desea recibir.

“El desafío más grande es cuando el paciente tiene poca conciencia de enfermedad y poca adherencia al tratamiento. Directamente tiene una postura opositora al tratamiento. En mi experiencia me pasa más con pacientes bipolares, que tienen una postura muy en contra.” Psiquiatra.

En algunos casos, los pacientes adoptan un estilo de comunicación confrontativo, lo que dificulta el establecimiento de un intercambio de información entre el profesional y el paciente. Los intentos de diálogo constructivo pueden interpretarse como imposiciones, lo que refuerza la negativa al tratamiento y aumenta el riesgo de fracaso terapéutico.

“Con los pacientes que son más discutidores suelen ir mal. Son los que te discuten cada cosa. No caminan”. Psiquiatra.

La situación aumenta en complejidad cuando el profesional no reconoce esta actitud como un posible síntoma de trastorno psiquiátrico. Esto ocurre con mayor frecuencia en los especialistas fuera del ámbito de la salud mental (ej.: neurología, clínica médica), quienes pueden carecer de herramientas para identificar formas de vincularse propias de las patologías de estos pacientes. Por ejemplo, en casos de ideación paranoide, algunos manifiestan constantes cuestionamientos a las indicaciones médicas desde el inicio del tratamiento. Esta actitud puede perturbar al profesional, quien podría optar por acortar la consulta o evitar comentarios que puedan ser interpretados como comprometedores.

“Los pacientes que llegan a un antipsicótico en general son pacientes que tienen características bastante refractarias. Son bastante más especiales, tienen una personalidad más incisiva, más obsesiva. O son muy obsesivos, o muy ansiosos o muy depresivos. Están como en un nivel que excede una neurosis corriente dentro de una patología de dolor”. Neuróloga

En casos como éstos, el equipo médico puede verse involucrado en situaciones ingratas que excede su rol como proveedor de servicios de salud. Por ejemplo,

pacientes que son traídos en contra de su voluntad por sus cuidadores y que ven al médico como un “carcelero” o como alguien que vulnera sus derechos. Familiares que exigen a los profesionales que solucionen la resistencia de aquellos que se niegan a asistir a la consulta. Cuando estos últimos hacen intervenciones judiciales, es el médico a quien la justicia solicita que complete informes y realice una determinación de las capacidades de quienes son atendidos. Los médicos deben realizar estas tareas, muchas veces sin las herramientas necesarias para dar respuesta a estas demandas. En este contexto particular, la psicoeducación es directamente inviable.

Negación del diagnóstico y la necesidad de tratamiento por parte del paciente y su entorno, expresadas como conductas que entorpecen el tratamiento

En contraste con el caso anterior, las dificultades para aceptar problemas de salud a menudo se expresan de forma indirecta. El diagnóstico de un trastorno severo y crónico puede generar emociones intensas en pacientes y familiares, dificultando la comprensión y aceptación de las indicaciones médicas, lo que frecuentemente deriva en conductas que entorpecen el cumplimiento del tratamiento. Por ejemplo, es común que se modifique el esquema farmacológico sin supervisión médica, o se oculte información relevante para seguimiento. Esto impide a los profesionales contar con los datos necesarios para evaluar adecuadamente la situación, lo que genera complicaciones más graves y aumenta tanto la dependencia a los médicos como la presión sobre el sistema sanitario.

“Al clínico le decía que yo le indicaba la medicación y a mí me decía que el psiquiatra, que no existía, le daba la medicación. Así que ella misma se modificaba las indicaciones a su gusto”. Neuróloga.

Es frecuente que pacientes y acompañantes desconozcan los nombres genéricos o la posología de los medicamentos que utilizan, incluso en tratamientos prolongados. Esta falta de información suele ir acompañada de una escasa iniciativa o interés por aprender sobre ellos.

“Una madre me decía sobre la medicación: ‘no sé, no tengo ni idea, toma mil fármacos hace mil años, está en la historia clínica’, sumamente enojada”. Psiquiatra.

Una situación habitual es que las recetas se soliciten a profesionales que no prescribieron la medicación, lo que les genera una sobrecarga de trabajo, ya que al emitir las asumen la responsabilidad de evaluar

eficacia y seguridad de tratamientos que no indicaron y, en ocasiones, incluso desconocen.

“Consulta un paciente que estaba en seguimiento por una psiquiatra, que llevaba mucho tiempo tomando medicación y dejó el seguimiento. Viene a pedirme recetas. Yo no lo conocí en el momento que inició la medicación, no sé qué respuesta tuvo, cuánto tiempo la sigue necesitando”. Médico clínico.

Estas conductas pueden responder a múltiples causas. Por un lado, está la dificultad de acceder a los profesionales fuera del horario de consulta, las entrevistas breves y el gran caudal de información que debe intercambiarse durante los encuentros médicos. Estos factores, en muchas ocasiones, impiden que los pacientes y sus familiares obtengan las recetas de los medicamentos recomendados. Otra posible explicación, es que quienes están en proceso de aceptación de su patología, busquen de forma velada a otros profesionales con el deseo implícito de obtener un diagnóstico diferente.

Ocultar información para preservar el vínculo médico-paciente

Dada la diversidad en cómo los pacientes asumen y reconocen su trastorno, así como la necesidad de realizar tratamiento, es esperable que, ante las dudas planteadas durante las consultas, los profesionales se esfuercen en adaptar sus respuestas a cada caso. En este contexto, se observó que se tiende a ocultar cierta información al paciente, como detalles sobre su diagnóstico, los medicamentos que se le prescriben y los posibles efectos adversos asociados. Esta práctica busca, en muchos casos, preservar el vínculo médico-paciente.

“Con el paciente psicótico es mejor dar pocas explicaciones, porque se persiguen mucho con cosas que le puedas decir”. Psiquiatra.

En ocasiones se opta por no hablar del diagnóstico o del síntoma que motiva la indicación del antipsicótico.

“Hay pacientes que vienen medicados hace mucho, como en la esquizofrenia, que no tienen conciencia de enfermedad. Muchas veces el paciente plantea que toma la medicación por fobias. Uno sabe que en realidad las cosas no son así. Y no los confronto, seguimos con la indicación que el paciente está convencido de que es por eso que lo toma”. Psiquiatra.

“Si es un paciente que tiene el juicio desviado, uso explicaciones como 'estás muy angustiado, esta medicación te va a ayudar con eso que está pasando ahora' y al familiar sí le explico: 'esto es porque está alucinando'. Trato explicarles que es una medicación para que estén más tranquilos en relación a eso que ven, que escuchan

o que piensan”. Residente de psiquiatría.

Por otro lado, transmitir de forma explícita diagnósticos severos y de pronóstico reservado puede resultar inapropiado si el paciente que debe recibir la noticia no está en condiciones de asimilar dicha información, o no cuenta con apoyo social adecuado.

“A una señora y su familia les hablé por videoconsulta y les dije que había signos de demencia, que no la podían dejar sola. La paciente estaba al lado y no entendía nada de lo que estaba diciendo. Al otro día me tocó la puerta y se puso a llorar”. Neurólogo.

Algunos profesionales prefieren evitar el uso del término “antipsicótico”, temiendo que los pacientes rechacen un medicamento culturalmente asociado a trastornos psiquiátricos graves. Esta creencia podría estar influida por el hecho de que algunos médicos (especialmente aquellos no especialistas en psiquiatría) no siempre tienen presente que los antipsicóticos actúan sobre síntomas, y que su prescripción no necesariamente implica un diagnóstico de trastorno psicótico.

Sin embargo, la estrategia de omitir el término puede impactar negativamente en la comunicación con el paciente, generando desconfianza y confusión. Esto, a su vez, incrementa el riesgo de abandono de un tratamiento potencialmente eficaz para los síntomas que motivaron la consulta.

“Le dije que iba a tomar gotitas para el dolor. Le di risperidona y a la semana estuvo mejor. Pero leyó el prospecto y perdió completamente la confianza”. Neuróloga.

Otros profesionales evitan mencionar los efectos adversos metabólicos para favorecer la adherencia al tratamiento. Este tipo de intervenciones obstaculizan que los pacientes puedan tomar un papel activo en el manejo de su enfermedad.

“Nunca digo que las medicaciones engordan, digo que da boca seca y eso aumenta el apetito. Entonces que tomen más agua. Es una forma linda de decirle que tomen más agua y que no engorden”. Neuróloga.

Expectativas inadecuadas de los profesionales con respecto a la psicoeducación en paciente con trastornos de salud mental

Incluso cuando las pautas de cuidado han sido transmitidas de manera efectiva y el paciente las ha comprendido, puede decidir no seguir las recomendaciones proporcionadas. Ante esta situación, los profesionales de la salud pueden experimentar sentimientos de impotencia y frustración. Por ello, resulta fundamental reconocer y respetar la subjetividad y la

autonomía del individuo, más allá del trastorno que presente. La indicación de internación en psiquiatría debe reservarse como una medida de último recurso, destinada únicamente a casos en los que el tratamiento ambulatorio haya fracasado reiteradamente o en situaciones de riesgo inminente para la seguridad del paciente o de terceros.

“El diabetólogo me dijo que había que internar a un paciente esquizofrénico en psiquiatría porque no respetaba las pautas de alimentación. ¿A cuántos pacientes les decís que no coman con sal y comen las papas fritas del Mcdonalds?, ¿los voy a internar en psiquiatría por eso? Hay otros pacientes que no son psicóticos y tampoco siguen las indicaciones médicas”. Psiquiatra.

Discusión

Se identificaron barreras en la psicoeducación vinculadas a la manera en que los profesionales abordan las diversas percepciones que los pacientes tienen sobre su experiencia de enfermedad en pacientes en tratamiento con antipsicóticos. Los planteos atípicos realizados durante las consultas forman parte de la clínica del paciente y ofrecen una oportunidad para comprender cómo éste se percibe a sí mismo. Tal comprensión puede facilitar una comunicación más efectiva y permitir intervenciones psicoeducativas ajustadas a las posibilidades del paciente.

No obstante, cuando el profesional carece de las herramientas para contextualizar estas formas de presentarse a la consulta, puede experimentar frustración o agotamiento. Se observó que el término “falta de conciencia de enfermedad”, fue utilizado en forma indistinta para describir una variedad de situaciones donde el paciente se oponía a algún aspecto de la consulta médica. Sin embargo, este término puede tener diversos significados dependiendo desde qué paradigma se defina, cómo se mida, y del trastorno de base en el que se presente.

Desde la neurología, la “falta de conciencia de enfermedad”, se entiende como un déficit cognitivo que lleva a una inhabilidad de reconocer que se sufre un trastorno. Se supone que es el resultado de un mecanismo neurológico similar a la anosognosia, causado por daño cerebral (McCormack et al., 2014). En el caso del TCM, se relaciona con alteraciones en redes corticales que involucran las regiones prefrontales, temporales y parietales (Sunderaraman & Cosentino, 2017). Su evaluación combina observaciones clínicas, comparando las percepciones del paciente con las de cuidadores, y estudios metacognitivos, donde el pa-

ciente realiza tareas cognitivas y luego evalúa sus propios errores. Si bien estas aproximaciones no abordan específicamente el grado de aceptación del tratamiento, es esperable que la falta de conciencia de déficit cognitivos puede afectar la capacidad de tomar decisiones saludables. Por ejemplo, reconocer problemas de memoria permite adoptar estrategias compensatorias, como usar recordatorios o pedir ayuda. En contraste, la falta de conciencia puede llevar a desestimar información proporcionada por los médicos, por ser considerada innecesaria. Aunque mantener un registro realista de los problemas de salud suele asociarse con grados más leves de enfermedad mental, existe una considerable variabilidad individual, incluso dentro de la misma categoría de deterioro. Por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer leve, algunos estudios reportan una prevalencia de anosognosia del 21 %, mientras que otros la sitúan en el 81 %, mostrando una variabilidad similar en casos de deterioro cognitivo leve (Sunderaraman & Cosentino, 2017). Es importante tener en cuenta estas particularidades para evitar asumir que un paciente posee un mayor o menor conocimiento de sus dificultades, basándose únicamente en la medición de habilidades cognitivas que no están directamente relacionadas con este síntoma.

Desde la psiquiatría clásica, para el concepto de “falta de conciencia de enfermedad” en el contexto de las psicosis se describen tres componentes interrelacionados: el reconocimiento de la existencia de una enfermedad mental, la aceptación del tratamiento y la reinterpretación de eventos como alucinaciones y delirios, comprendiéndolos como fenómenos patológicos (David, 1990). Comprender cómo los pacientes actúan en cada uno de estos escenarios es relevante, ya que, aunque la falta de conciencia de enfermedad habitualmente aumenta el riesgo de no adherencia a los tratamientos (Belvederi Murri & Amore, 2019), también pueden surgir situaciones más complejas que requieran un enfoque diferente.

Respecto al primer componente, los pacientes con una buena percepción de su condición no siempre presentan un mejor pronóstico ni una mayor disposición hacia la psicoeducación. En el caso de las psicosis, estos pacientes pueden experimentar depresión, desesperanza, baja autoestima, deterioro en la calidad de vida, falta de propósito e incluso tendencias suicidas (Lysaker et al., 2019). Este fenómeno es particularmente evidente cuando el paciente internaliza la identidad de “paciente enfermo mental”, lo que conlleva la asunción de ideas estigmatizantes, como la creencia de que no es capaz de desempeñar roles socialmente va-

lorados (Lysaker et al., 2007). En consecuencia, en casos donde existe conciencia de enfermedad, el paciente podría sentirse demasiado desmotivado para participar activamente en un proceso de psicoeducación.

En el caso del trastorno bipolar, una mejor introspección sobre la existencia de un trastorno afectivo se asoció con síntomas más intensos de hipocondría (Silva et al., 2017), los cuales podrían ser un factor distractor a la hora de incorporar información relacionada con su tratamiento.

En cuanto al segundo componente, la aceptación del tratamiento, el paciente puede aceptarlo parcial o incluso totalmente, aun sin reconocer que está enfermo (David, 1990). En este contexto, “forzar” la aceptación del trastorno puede ser contraproducente. Algunos autores proponen que, en pacientes con escasa conciencia de enfermedad, se adopte un enfoque no confrontativo para favorecer la adherencia al tratamiento, en lugar de insistir en que acepten explícitamente el diagnóstico (McCormack et al., 2014). Esta perspectiva coincide con la estrategia referida por algunos entrevistados, quienes optaron por no abordar directamente el diagnóstico con sus pacientes psicóticos. Aunque esta práctica podría ser considerada un obstáculo para el desarrollo de la psicoeducación en contextos convencionales, en estas circunstancias específicas permite sostener el vínculo médico-paciente y la continuidad del tratamiento. Así, resulta posible trabajar en aspectos como el uso adecuado de antipsicóticos y el monitoreo de sus efectos adversos, incluso si el paciente no reconoce la necesidad de tomarlos. Como describe Ortiz Lobo, “el encuentro clínico tiene que ver con negociar cómo el usuario define su realidad desde el momento en que existen perspectivas diferentes, construir con él qué manera de ver el problema puede resultarle más significativa y no que el profesional imponga sus significados preferidos dentro de la narrativa moderna con la que se identifica y defiende como ‘verdad’” (Ortiz Lobo, 2017).

En relación con el tercer componente, la resignificación de eventos como alucinaciones y delirios, hay que considerar que, en ocasiones, los pacientes tienden a evitar hablar sobre episodios psicóticos previos. En palabras de Jaspers: “Los pacientes afirmarán que han pasado por una enfermedad mental, están convencidos de la irrealidad de los contenidos pasados y se sienten completamente recuperados, pero no hablan abiertamente sobre todos los contenidos” (Jaspers, 1993). En circunstancias habituales, el recuerdo de una enfermedad severa puede actuar como una

fuerza de motivación para trabajar en la prevención secundaria. Sin embargo, en el caso particular de las descompensaciones psicóticas, evocar el recuerdo de estos episodios con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento puede provocar actitudes refractarias en el paciente. Esto también explicaría por qué algunos médicos evitan hablar sobre algunos aspectos de los trastornos de sus pacientes.

Para la psicología, la negación es un mecanismo de defensa que permite al individuo protegerse de emociones o pensamientos amenazantes mediante la negativa consciente o inconsciente a aceptar ciertos aspectos de la realidad. Según Freud, la negación implica un rechazo de contenidos dolorosos para mantener el equilibrio interno (Freud, 2022). Este mecanismo puede tener funciones adaptativas en momentos críticos, aunque también puede dificultar la resolución de problemas si se prolonga o se utiliza de manera excesiva (Lazarus & Folkman, 1984). Cuando un paciente enfrenta una enfermedad crónica, su percepción personal, estilo de vida y dinámica familiar suelen verse afectados. Como se detalló en resultados, la negación de la enfermedad, tanto del paciente como de su entorno, puede traducirse en conductas que entorpecen el tratamiento. Reconocer estas reacciones permite al profesional de la salud gestionar sus propias expectativas con respecto a lo que espera de sus pacientes, e interpretar estas situaciones desde otra perspectiva, evitando que generen irritación o rechazo. Es importante tener en cuenta que en cualquier caso, el proceso de aceptación de una enfermedad es largo y doloroso. A pesar de que resulta tedioso para el médico y costoso para las instituciones, el tiempo que se invierte en las primeras entrevistas favorecerá el vínculo terapéutico y evitarán posibles sobrecargas en el sistema de cuidados y de salud (Campos & Julián Sinibaldi Gómez, 2001). Establecer una comunicación colaborativa y respetuosa con los pacientes usuarios de antipsicóticos implica proporcionar información clara sobre las características de estos fármacos, sus efectos adversos a corto y largo plazo, así como discutir alternativas terapéuticas disponibles (Read & Sacia, 2020). Aunque este enfoque puede no ser viable en contextos agudos o de gran severidad clínica, la toma de decisiones sistemáticamente unilateral por parte del equipo de salud puede comprometer la recuperación a largo plazo, al desestimar los recursos internos y externos que la persona necesita movilizar para afrontar su proceso de recuperación (Davidson & Gonzalez-Ibañez, 2017). A su vez, cuando un paciente comprende

las consecuencias de sus decisiones, las personas con trastornos de salud mental tienen pleno derecho a rechazar las indicaciones médicas.

Además, es fundamental reconocer que el abandono del tratamiento puede tener causas diversas, incluso en un mismo paciente, dependiendo de la etapa de la enfermedad que esté atravesando. Por ejemplo, cerca de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar interrumpen abruptamente el tratamiento sin supervisión en algún momento de su vida, especialmente durante la fase eutímica (Sarkhel et al., 2020). En este caso, el mecanismo subyacente podría estar relacionado con la negación de la enfermedad en un paciente con juicio conservado, por lo que un abordaje adecuado incluiría intervenciones psicoterapéuticas. Un escenario distinto ocurre cuando el paciente abandona el tratamiento durante un episodio maníaco o hipomaníaco, probablemente debido a una alteración del juicio que le impide reconocer su enfermedad mental. En estos casos, el abordaje debe enfocarse prioritariamente en intervenciones farmacológicas.

Como se mencionó en la Introducción, para llevar a cabo el proceso psicoeducativo, se disponen de múltiples recursos que facilitan la comprensión de la enfermedad. Para aplicarlos de manera efectiva, es imprescindible implementar estrategias que superen las barreras identificadas, como personalizar la información teniendo en cuenta las particularidades clínicas del paciente y fomentar la participación activa de la familia y otros cuidadores en el proceso educativo. Estos aspectos son esenciales para optimizar la eficacia de la psicoeducación, mejorar la adherencia al tratamiento, y favorecer el pronóstico del paciente.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se tuvo en consideración un potencial sesgo de información y/o selección debido a que los participantes comparten la misma institución, lo cual atenta contra la validez externa o generalización de los resultados. A su vez, este trabajo debe complementarse con otros estudios más inclusivos, donde se explore la perspectiva de los pacientes y de otros miembros del equipo de salud (como psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros y acompañantes terapéuticos), quienes desempeñan un rol esencial en la psicoeducación. Por último, debido a la amplitud del trabajo, no se profundizó en las barreras relacionadas con la falta de autonomía y la vulnerabilidad de estos pacientes, ni se exploraron posibles factores facilitadores.

Conclusiones

Las barreras en la psicoeducación relacionadas con la conciencia de enfermedad en pacientes bajo tratamiento antipsicótico no deben abordarse de manera lineal. El diseño de estrategias psicoeducativas requiere, previamente, un análisis de cómo el paciente se percibe a sí mismo, y desde qué paradigma se interpretan sus conductas. Es relevante tener en cuenta estos hallazgos para facilitar la alianza terapéutica, y para empoderar a los pacientes en la gestión de su salud.

Conflictos de intereses: los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- Alguera-Lara, V., Dowsey, M. M., Ride, J., Kinder, S., & Castle, D. (2017). Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 25(6), 578–582. <https://doi.org/10.1177/1039856217734711>
- Ali, R. A., Jalal, Z., & Paudyal, V. (2020). Barriers to monitoring and management of cardiovascular and metabolic health of patients prescribed antipsychotic drugs: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 581. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02990-6>
- American Psychiatric Association. (2020). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- Belvederi Murri, M., & Amore, M. (2019). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 45(2), 277–283. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby092>
- Brody, R. S., Liss, C. L., Wray, H., Iovin, R., Michaylira, C., Muthutantri, A., Damstetter, P., Datto, C., & Jefferies, L. (2016). Effectiveness of a risk-minimization activity involving physician education on metabolic monitoring of patients receiving quetiapine: results from two postauthorization safety studies. *International Clinical Psychopharmacology*, 31(1), 34. <https://doi.org/10.1097/yic.0000000000000102>
- Calabro, P., Donnianni, I., Bellomo, M. J., Mozeluk, N., Elizondo, C., Perman, G., Schapira, M., Giber, F., & Terrasa, S. A. (2022). Criterios de Beers para identificar el consumo de medicación potencialmente inapropiada: adaptación para su aplicación en Argentina. *Evidencia - actualización en la práctica ambulatoria*, 25(4), e007032–e007032. <https://doi.org/10.51987/evidencia.v26i1.7032>
- Campos, M. L. V., & Julián Sinibaldi Gómez, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: (sistemas, historias y creencias)*.
- Cooper, R. E., Hanratty, É., Morant, N., & Moncrieff, J. (2019). Mental health professionals' views and experiences of antipsychotic reduction and discontinuation. *PloS One*, 14(6), e0218711. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218711>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research*. SAGE.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 798–808. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.798>
- Davidson, L., & González-Ibañez, Á. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189–205.

- Freud, S. (2022). Sigmund Freud Tomo XIX - *El malestar en la cultura: Obras Completas de Sigmund Freud* - Sobre la conquista del fuego/Las resistencias contra el psicoanálisis/Aportaciones a la interpretación de los sueños/Miscelánea. Iztaccihuatl.
- Hui, C. L. M., Honer, W. G., Lee, E. H. M., Chang, W. C., Chan, S. K. W., Chen, E. S. M., Pang, E. P. F., Lui, S. S. Y., Chung, D. W. S., Yeung, W. S., Ng, R. M. K., Lo, W. T. L., Jones, P. B., Sham, P., & Chen, E. Y. H. (2018). Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *The Lancet. Psychiatry*, 5(5), 432–442. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30090-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30090-7)
- Jaspers, K. (1993). Psicopatología general.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Lehman, A. F., Carpenter, W. T., Goldman, H. H., & Steinwachs, D. M. (1995). Treatment Outcomes in Schizophrenia: Implications for Practice, Policy, and Research. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 669–675. <https://doi.org/10.1093/schbul/21.4.669>
- Leucht, S., Davis, J. M., Engel, R. R., Kane, J. M., & Wagenpfeil, S. (2007). Defining “response” in antipsychotic drug trials: recommendations for the use of scale-derived cutoffs. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 32(9), 1903–1910. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301325>
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 379(9831), 2063–2071. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60239-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60239-6)
- Lysaker, P. H., Gagen, E., Wright, A., Vohs, J. L., Kukla, M., Yanos, P. T., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Metacognitive Deficits Predict Impaired Insight in Schizophrenia Across Symptom Profiles: A Latent Class Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 48–56. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby142>
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192–199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- McCormack, M., Tierney, K., Brennan, D., Lawlor, E., & Clarke, M. (2014). Lack of insight in psychosis: theoretical concepts and clinical aspects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 327–338. <https://doi.org/10.1017/s1352465813000155>
- McEvoy, J. P. (2004). The relationship between insight into psychosis and compliance with medications. *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*, 311, 333.
- Mühlbauer, V., Möhler, R., Dichter, M. N., Zuidema, S. U., Köpke, S., & Luijendijk, H. J. (2021). Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer’s disease and vascular dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD013304. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013304.pub2>
- Ortiz Lobo, A. (2017). Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 553–573. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200013>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Pardiñas, A. F., Smart, S. E., Willcocks, I. R., Holmans, P. A., Dennison, C. A., Lynham, A. J., Legge, S. E., Baune, B. T., Bigdeli, T. B., Cairns, M. J., Corvin, A., Fanous, A. H., Frank, J., Kelly, B., McQuillin, A., Melle, I., Mortensen, P. B., Mowry, B. J., Pato, C. N., ... Vázquez-Bourgon, J. (2022). Interaction Testing and Polygenic Risk Scoring to Estimate the Association of Common Genetic Variants With Treatment Resistance in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 79(3), 260–269. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3799>
- Read, J., & Sacia, A. (2020). Using Open Questions to Understand 650 People’s Experiences With Antipsychotic Drugs. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 896–904. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa002>
- Sant, M. (2019). WASP (Write a Scientific Paper): Qualitative research and evidence based practice: implications and contributions. *Early Human Development*, 133, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.03.009>
- Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl 2), S319–S323. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianIPsychiatry_780_19
- Silva, R. de A. da, Mograbi, D. C., Camelo, E. V. M., Santana, C. M. T., Landeira-Fernandez, J., & Cheniaux, E. (2017). Clinical correlates of loss of insight in bipolar depression. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(4), 264–269. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0007>
- Siskind, D., Siskind, V., & Kisely, S. (2017). Clozapine Response Rates among People with Treatment-Resistant Schizophrenia: Data from a Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 62(11), 772–777. <https://doi.org/10.1177/0706743717718167>
- Sunderaraman, P., & Cosentino, S. (2017). Integrating the Constructs of Anosognosia and Metacognition: a Review of Recent Findings in Dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 17(3), 27. <https://doi.org/10.1007/s11910-017-0734-1>
- Yunusa, I., Rashid, N., Demos, G. N., Mahadik, B. S., Abler, V. C., & Rajagopalan, K. (2022). Comparative Outcomes of Commonly Used Off-Label Atypical Antipsychotics in the Treatment of Dementia-Related Psychosis: A Network Meta-analysis. *Advances in Therapy*, 39(5), 1993–2008. <https://doi.org/10.1007/s12325-022-0205>