



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Percepción de los Efectos Secundarios de los Psicofármacos
en una Muestra de España, Portugal y Chequia y Grado de
Satisfacción con la Información Recibida.**

D. Juan Daniel Suárez Hernández

2018

Dedicado a:

A mi mujer, Anna, y a mi hijo, Erik, a los que tanto quiero y a los que sacrifique el poco tiempo que tenía para ellos para la realización de este trabajo.

A mis abuelitos in memoriam: Eduardo y Rosario a quienes les debo todo.

“One who graduated yesterday and stops learning today is uneducated by tomorrow.

Why study?

The more I study.

The more I Know.

The more I Know.

The more I forget.

The more I forget.

The less I Know.

So why study?”

Agradecimientos:

Una de las veces que quede con el Dr. Aurelio, mientras estaba realizando este trabajo, me dio el siguiente consejo:

“...Daniel, habla como lo sientes, di lo con tus palabras.”

Así que voy a seguir su sabio consejo.

Cuando le dije a mi mujer Anna voy a hacer la tesis me pregunto ¿para qué? Que si no tenía bastante con hacer la especialidad y que otra vez debía de dedicar tiempo al estudio y que no se lo dedicaba a Erik ni a ella. Y...no encontraba razones para refutar este razonamiento, dicho de paso, no es la única vez que esto me sucede. Sin embargo persistí en el deseo por tener la suerte de conocer al Dr. Aurelio. Y ahora ya tengo un montón de argumentos para contestar esta pregunta.

Está tesis en si misma ya es la contestación a la pregunta inicial. Este trabajo ha durado unos tres años pero se me ha pasado volando. El Dr. Aurelio me ha ido guiando en el camino para conseguir llegar a la meta. Estoy profundamente agradecido a todas las personas del Departamento de Medicina Legal y Forense de La Universidad de Murcia. Me he sentido como un “enamorado” que está impaciente por encontrarse con su amada. Entienda se me bien, impaciente por tener un hueco en la agenda del Dr. Aurelio. Ha sido divertido porque el Dr. Aurelio además de darme buenos y sabios consejos ha sido con todo lo que conlleva la palabra “Un MAESTRO”. Y lo es porque además de ser inteligente, sabio, divertido, que enseña ejemplificando es una persona excepcional que sabe sacar lo mejor de cada uno. GRACIAS DR. AURELIO.

Gracias también a todos los integrantes del Departamento de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia. Especialmente a María Dolores Pérez Cárceles, a Maruja, a Isabel Legaz, y a las chicas: Cristina, Lucia y Gemma.

El primer argumento era más que un razonamiento una sensación, un sentimiento. Y es que una vez que eres padre, y se tiene un hijo, uno quiere ser mejor, quiere esforzarse y ser ejemplo para su hijo. Y eso es lo que principalmente me impulsó para decirle al Dr. Aurelio, quiero hacer la tesis doctoral.

El tiempo que no te dedique, a jugar contigo, Erik, lo emplee para mostrarte que con sacrificio y estudio se consiguen los propósitos. Que el éxito es para quien se lo merece. Que las cosas que se valoran son aquellas que nos han costado mucho conseguir. Así que esto era una lección de vida, una lección para ti, hijo mio, y para mi. Además cuando crezcas y puedas leer estas páginas entenderás muchas de las cosas que ahora te digo. Pasado un tiempo no lamentarás que no jugase al fútbol contigo aquella tarde pero sí podrás abrir las páginas de esta tesis para leer estas palabras... y recordarme.

El segundo es el ansia por conocer, por descubrir de aprender. Si nos anquilosamos y nos mantenemos inermes sin la inquietud por conocer por descubrir no desarrollamos un espíritu crítico que nos haga ir “Plus Ultra”. Vivimos en una sociedad hedonista en la que ya no se premia el sacrificio. En la que en los medios de comunicación incluso se ensalza la ignorancia y la falta de educación a diario.

El tercer argumento era para agradecer a toda mi familia, mi madre, mis abuelos, mis tios y a mis amigos públicamente todo lo que les debo. Y que les debo, pues sencillamente todo. Nada sería sin el sacrificio de mi madre, mis tios Eduardo y Paco, mis abuelos.

Mira Erik, la abuelita Ana, es una super-abuela. Es un ejemplo de superación en la vida de todo tipo de dificultades. Es un ejemplo de coraje, de valentía, de amor. Sacrificó su vida por sus hijos y sus padres: “Gracias mama”.

Pero además, no conociste a mis abuelos, tus bisabuelos. Tus bisabuelos fueron gente sencilla pero con un gran corazón. Tenían un montón de amigos que iban a casa a jugar a las cartas y a pasar la tarde en la mesa camilla hablando de sus vidas. Fueron luchadores y trabajadores y ese ejemplo de vida es el que quiero también transmitirte a ti. El de ser una

persona afable, humilde, inteligente, que escucha y que entiende a los demás. Alegre, que ayuda a los demás en cualquier circunstancia.

Agradezco al Dr. Fernando Vieira, Dr. André Ponte, al Dr. Marco Duarte su inestimable colaboración en la recogida de las muestras del área metropolitana de Lisboa. Igualmente a la Dra. Marina Gutiérrez que me puso en contacto con el Dr. Fernando Vieira.

También agradezco a la Dra. Lucie Kalisova su inestimable ayuda y colaboración para recoger los datos de la muestra de Chequia en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Carolina de Praga.

Es justo y necesario agradecer la inestimable ayuda, apoyo y consejo del Dr. Jesús Mesones Peral en la recogida de la muestra de pacientes del centro de salud de La Mata (Torrevieja). También la ayuda prestada por los doctores D. Sergio Vera, Vicky Antequera, Inma Marín y Elena Blay quienes amablemente distribuyeron las encuestas en sus centros de salud respectivos.

Además esta tesis me ha llevado a disfrutar de una preciosa estancia en la Universidad Karolina de Praga y en el departamento de Rechtstmedizin de Bonn bajo las órdenes de la Dra. Odoberentz y del Profesor Burkhard Madea a quienes agradezco sus enseñanzas y el buen trato dispensado en mi estancia.

También he disfrutado de las enseñanzas del Dr. Carlos Represas y de las afables conversaciones en los cafés del centro de La Coruña en septiembre del año pasado.

Como ves hijo mío, en estas líneas se resumen muchas vivencias acontecidas a lo largo de estos tres años en los que has crecido. Pero además en estas líneas se cristaliza todo lo vivido, como dice el docente José María del Toro, aquí están todas las personas que han pasado por mi vida, todos los docentes, que me han enseñado algo. Por lo tanto este producto del trabajo, esfuerzo y pensamiento es un tributo a todas aquellas personas que me han forjado a mí también como persona.

En estas páginas están los libros que he leído mientras realizaba el trabajo (“La selva del Lenguaje” de José Antonio Marina, “El Principito” que te leía por las noches, antes de acostarte). Esta la música que escuchaba como “Riptide” y “Yo soy la locura” de Silva de Sirenas. Están los viajes que hicimos para conseguirlo. Conocimos Bonn, La Coruña. En definitiva es un resumen de nuestras vivencias.

No siempre parecía que avanzaba, en ocasiones parecía que iba a zozobrar, que no se conseguiría. Tuve momentos de duda. Un día en el despacho le dije al Dr. Aurelio que no lo veía claro...pero él me estimuló a persistir en el esfuerzo... “sigue!”, “adelante”... “ya estamos llegando” y así ha sido.

Gracias también a mis buenos amigos la Dra. Anna Kikeeva que siempre me ayuda en aquello que necesito. Y como no a mi escudero del alma Ramón Munera quien en tantas ocasiones me ha advertido que no son gigantes lo que está enfrente. A mi colega y jefe Juan Costell, como a todos los compañeros del Hospital Quirón San Jaime de Torre Vieja con quienes he trabajado tanto tiempo. También a todos mis compañeros y colegas del Servicio de Urgencias del Hospital Vega Baja de Orihuela, especialmente al Dr. Antonio Montesinos, Dra. Mari Carmen Ponce. También a la chica de la biblioteca Mariola Ñíguez que me proporcionó los artículos para la bibliografía

Gracias también a mis amigos de siempre, Vicente el “Minchorro”, José Ramón Calderón, José Ramón Soravilla, Eduardo Núñez Orduña, porque me ayudaron en momentos puntuales de mi vida. Gracias también a mis compañeros y amigos del cole de las Monjas de Guardamar,... juntos lo conseguimos. Gracias a todos mis docentes especialmente a Don Joaquín, a la Señorita Pilar y a la hermana Inmaculada.

Gracias también a Carles, tu amigo, y a sus papis: Cristina y Ricardo, por acompañarnos en la tarea de educaros como mejor sabemos.

Por último, y no por ello menos importante, Gracias a todos los pacientes y sus familiares que han colaborado en este estudio; sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

RESUMEN:

En la revisión bibliográfica no encontramos referencias sobre la "percepción de los síntomas en pacientes en tratamiento con psicofármacos". Nuestro estudio pretende conocer las características de la percepción de los síntomas de los efectos adversos producidos por los psicofármacos. Creemos que este tema puede ser interesante desde un punto de vista práctico.

Objetivos de la tesis:

Conocer cuáles son los factores que afectan la percepción de los efectos secundarios de los psicofármacos. Si existe una comunicación adecuada entre el paciente que recibe el tratamiento psicoactivo y el profesional de la salud.

Identificar los factores sociodemográficos que influyen en el conocimiento de los efectos secundarios de los fármacos psicoactivos en los pacientes.

Material y métodos:

Se realizó un estudio comparativo transversal con tres muestras diferentes: España, Portugal y República Checa. Queremos saber si habrá diferencias sociodemográficas en nuestro estudio

Se desarrollaron encuestas previamente validadas. Las muestras fueron seleccionadas por muestreo aleatorio simple de pacientes atendidos en la consulta ambulatoria primaria y especializada en psiquiatría, la razón principal de consulta fue una patología psiquiátrica.

Los criterios de exclusión de los participantes del estudio fueron: pacientes con deterioro cognitivo que no permitieron un buen entendimiento del cuestionario, pacientes que tuvieron dificultad para leer el cuestionario, pacientes menores de 20 años y mayores de 90 años.

El cuestionario es cerrado y anónimo, estructurado en 18 ítems.

La muestra española (n = 399 pacientes) tenía una edad media de 50,55 años, la muestra portuguesa (n = 160 pacientes) tenía una edad media de 53,11 años y la muestra checa (n = 90 pacientes) Media de 44,6 años.

Resultados:

El profesional de la salud debe ser más proactivo durante todo el proceso de información. Los pacientes con un nivel educativo superior tienen un mayor nivel de satisfacción con la información recibida, así como un mayor grado de satisfacción en la solución de las dudas. Aquellos con un mayor nivel de insatisfacción recurren a la búsqueda de información en Internet o en el prospecto de medicamentos para resolver cualquier duda sobre el tratamiento. Los pacientes que han sido informados por el profesional sanitario tienen un mayor nivel de satisfacción tanto por la información recibida sobre los efectos adversos como por la resolución de las dudas. Los profesionales de la salud deben adquirir y desarrollar habilidades de comunicación para satisfacer las necesidades de los pacientes en relación con su salud y asumir una actitud de corresponsabilidad con el paciente. Las razones para la falta de adherencia incluyen: problemas con los medicamentos prescritos (como efectos adversos), malas instrucciones, mala relación entre los profesionales y el paciente. En el paciente que está siendo tratado con fármacos psicofármacos, la adherencia es esencial para un tratamiento eficaz. Es importante que los pacientes sepan por qué se les ha prescrito el medicamento y cómo funciona porque esta información puede aumentar su participación en el cuidado de su salud.

Hemos visto que la muestra portuguesa y checa tienen un mayor nivel de satisfacción en la información recibida sobre los psicofármacos y en la resolución de las dudas en comparación con la muestra española. Que la muestra checa y portuguesa prefiere comunicar y buscar la información en el psiquiatra con respecto a la muestra española que prefiere acudir a su médico de familia. Que un mayor nivel de estudios se relaciona también con mayor satisfacción en la información recibida en las tres muestras: española, portuguesa y checa.

La información es un derecho del paciente y una obligación del médico. La información debe ser modulada por el médico y adaptada tanto para el paciente como para el familiar. Informar es tratar. Se trata con información médica.

SUMMARY:

In the previous search of scientific literature we don't find references about the "The satisfaction of information about perception of side effects in patients under psychoactive treatment". We carried out a study to learn the characteristics of the perception of the symptoms of the adverse effects produced by the psychoactive drugs. We think that this former topic could be interesting from a practical point of view.

Aims of the Thesis:

To learn what are the factors that affect the perception of side effects of the psychoactive drug, and if there is adequate communication between the patient who receive the psychoactive treatment and the healthcare professional, as well as to identify the social-demographic factors that influence the knowledge of the side effects of the psychoactive drugs in the patients.

Material and methods:

We made a transversal study in three different samples: from Spain, Portugal and from Czech Republic. We want to know if there will be social-demographic differences in our study. Previously validated questionnaires were applied. Samples were selected by simple random sampling of patients attending the primary outpatient clinic and specialized in psychiatry, the main reason for which is a psychiatric pathology. The exclusion criteria of the study participants were: patients with cognitive impairment that did not allow a good understanding of the questionnaire, patients who had difficulty reading the questionnaire, patients younger than 20 years and older than 90 years. The questionnaire is closed and anonymous, structured into 18 items. The Spanish sample (n = 399 patients) had an average age of 50.55 years, the Portuguese sample (n = 160 patients) had an average age of 53.11 years and the Czech sample (n = 90 patients) had an average age of 44.6 years.

Results:

Patients with a higher educational level have a higher level of satisfaction with the information received as well as a greater degree of satisfaction in solving the doubts. Those with a higher level of dissatisfaction search information through the internet or in the

medication package leaflet to resolve any doubts about the treatment. Sometimes the prospectus does not contain all the adverse effects that the patient perceives and attributes to the use of psychotropic drugs. Those patients who report having been informed by the healthcare professional have a higher level of satisfaction for both the information received on adverse effects and the resolution of doubts.

Reporting is a complex process. Healthcare professionals must acquire and develop communication skills to meet the needs of patients in relation to their health, and to assume a co-responsible attitude with the patient. Reasons for lack of adherence include: problems with prescribed medications (such as adverse effects), poor instructions, poor relationship between professionals and the patient. If the patient is being treated with psychoactive drugs, adherence is essential for effective treatment. It is important for patients to know why they have prescribed their medications and how they work because this information can increase their participation in the care of their health.

We have seen that the Portuguese and Czech samples prefer to communicate the adverse effects to the psychiatrist, but in the Spanish sample we find that they prefer to communicate to the General Practitioner. Portuguese and Czech patients have higher level of satisfaction than the Spanish sample. Patients with high educational level are more satisfied with the information received in the three samples.

The information is a right of the patient and an obligation of the physician. The information must be modulated by the physician and adapted for both the patient and their relatives. To inform is to treat. Patients under psychoactive drugs are treated with medical information.

Índice:

1. Introducción	
1.1.La Información como Derecho.....	20.
1.2.Autonomía.....	23.
1.3.El Consentimiento Informado.....	25.
1.4.Información.....	27.
1.5.Momento en que debe informarse al paciente.....	30.
1.6.Alcance del deber de Información.....	31.
1.7.Forma de la Información.....	34.
1.8.Consentimiento informado en Psiquiatría.....	35.
1.9.La Información en el empleo del medicamento. Cumplimiento del derecho a la Información del medicamento.....	39.
1.10. Clases, contenido y características de la Información clínica.....	40.
1.11. La Información en la cadena terapéutica del medicamento: diagnóstico, prescripción, dispensación, administración y seguimiento.....	43.
1.12. Uso racional del Medicamento. Farmacovigilancia.....	47.
1.13. Estudio especial de Psicofármacos.....	48.
1.14. ¿Cómo funcionan los psicofármacos?. Los psicofármacos y sus efectos se- cundarios.....	49.
1.15. Cumplimiento. Estrategias para el uso racional del medicamento.....	51.
1.16. Prescripción razonada.....	51.
1.17. Innovación terapéutica. Evaluación de los nuevos medicamentos.....	54.
1.18. Reacciones Adversas a medicamentos.....	55.

1.19.	Farmacovigilancia. Tarjeta amarilla.....	58.
1.20.	Proceso general de atención al paciente. Uso del medicamento.....	60.
1.21.	Cumplimiento terapéutico.....	64.
1.22.	Conocimiento del paciente sobre el medicamento que utiliza.....	65.
1.23.	¿Qué es conocimiento?.....	68.
1.24.	Variables que influyen en el conocimiento del paciente sobre su medicamento.....	71.
2.	Hipótesis y Objetivos.....	74.
3.	Método. Instrumento de Medida, El Cuestionario.....	76.
4.	Anexo 1. Cuestionario español.....	81.
5.	Anexo 2. Cuestionario portugués.....	84.
6.	Anexo 3. Cuestionario checo.....	87.
7.	Resultados.....	91
8.	Discussion (en inglés).....	155.
9.	Conclusions (en inglés).....	173.
10.	Bibliografía.....	176.
11.	Anexos. Tablas de análisis estadístico de las variables de las diferentes muestras.....	185

Índice de Tablas:

Tabla I. Comparativa de las frecuencias de los resultados obtenidos de la muestra española, portuguesa y checa.....	95.
Tabla II. Resultados Chi-cuadrado de las tres muestras.....	98.
Tabla 1. Sexo x País y Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	99.
Tabla 2. Sexo y nivel de estudio. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	100.
Tabla 3. Cruce de Sexo del paciente con la Profesión. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	101.
Tabla 4. Crees percibir algún efecto secundario atribuible al empleo del psicofármaco x Satisfacción de las dudas. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.....	102.
Tabla 5. Cree percibir efectos secundarios atribuibles a los psicofármacos con País de procedencia de la muestra. Análisis Pearson Chi-Square.....	103.
Tabla 6. Cruce de Cree percibir efectos secundarios atribuibles a los psicofármacos con Nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi Square.....	104.
Tabla 7. Cruce de las variables cree percibir efectos secundarios y Profesión. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	105.
Tabla 8. Cruce de las variables cree percibir efectos secundarios y grado de satisfacción con la información recibida. Análisis Pearson Chi-Square.....	106.
Tabla 9. Cruce de las variables Problema de consulta y País de la muestra. Análisis estadístico mediante la prueba Pearson Chi-Square.....	107.
Tabla 10. Cruce de las variables Problema de consulta con Nivel de estudios. Análisis estadístico mediante la prueba Pearson Chi- Square.....	108.
Tabla 11. Cruce de las variables Problema de consulta con Profesión ocupación.....	109.
Tabla 12. Cruce de las variables Problema de consulta con Satisfacción con la Información recibida. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson Chi-Square.....	110.
Tabla 13. Cruce de las variables Problema de consulta con Satisfacción en la resolución de las dudas. Aplicación del análisis estadístico mediante Pearson Chi- Square.....	111.
Tabla 14. Cruce de las variables síntoma y satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson Chi-Square.....	112.
Tabla 15. Cruce de la variable síntomas y Grado de Satisfacción con la Información recibida. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.....	114.

Tabla 16. Cruce de las variables síntoma con Profesión-ocupación. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.....	116.
Tabla 17. Cruce de las variables comunicó la percepción del efecto secundario y País de procedencia de la muestra. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson-Chi Square.....	118.
Tabla 18. Cruce de las variables A quien comunicó la percepción de los efectos secundarios con Satisfacción en la información recibida. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson Chi-Square.....	119.
Tabla 19. Cruce de las variables a quien comunica con la variable Satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico aplicando Pearson Chi-Square.....	120.
Tabla 20. Cruce de las variables a quien comunica la aparición de los síntomas y nivel de estudios. Análisis estadístico aplicando Pearson Chi-Square.....	121.
Tabla 21. Cruce de las variables porque no comunica y el nivel de estudios. Análisis estadístico aplicando Pearson Chi-Square.....	122.
Tabla 22. Cruce de las variables Es informado con el grado de satisfacción con la información recibida. Análisis de la significación estadística empleando Pearson Chi-Square.....	123.
Tabla 23. Cruce de las variables ha sido informado con el grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.....	124.
Tabla 24. Cruce de las variables Ha sido informado y nivel de estudios. Análisis estadístico mediante la Pearson Chi-Square.....	125.
Tabla 25. Cruce de las variables quien le ha informado con el grado de satisfacción en la información recibida Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	126.
Tabla 26. Cruce de las variables quien le ha informado con grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.....	127.

Tabla 27. Cruce de las variables quién le informa por País de la muestra. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.....	128.
Tabla 28. Cruce de las variables quien le informa y nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	129.
Tabla 29. Cruce de las variables sabe porque está tomando la medicación y grado de satisfacción con la información recibida. Análisis con Pearson Chi-Square.....	130.
Tabla 30. Cruce de las variables sabe porque está tomando la medicación y Satisfacción con la resolución de las dudas. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	131.
Tabla 31. Cruce de las variables sabe porque está tomando la medicación y el Nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	132.
Tabla 32. Cruce de las variables si duda sobre un medicamento dónde busca la información y grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis Pearson Chi-Square.....	133.
Tabla 33. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento donde busca la información y el país de procedencia de la muestra.....	134.
Tabla 34. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento dónde busca la información y el nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	135.
Tabla 35. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento dónde recurre y profesión-ocupación. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	136.
Tabla 36. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento donde busca la información y el grado de satisfacción en la resolución de las dudas.....	137.
Tabla 37. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y grado de satisfacción con la información. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	138.

Tabla 38. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y el grado de satisfacción con la resolución de las dudas. Análisis estadístico Pearson Chi Square.....	139.
Tabla 39. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y País de procedencia de la muestra. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	140.
Tabla 40. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y el Nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	141.
Tabla 41. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y Profesión. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.....	142.
Tabla 42. De contingencia entre las variables edad, sexo, grado de satisfacción, satisfacción en la resolución de las dudas, satisfacción con la información recibida, nivel de estudios y Profesión.....	144.
Tabla 43. Media, Desviación estándar de las variables Edad, Sexo del paciente, Satisfacción de la información, Satisfacción de la resolución de las dudas, Nivel de estudios, Profesión.....	145.

Índice de Figuras:

Gráfica 1. Distribución por sexo de las muestras de los tres países.....	99.
Gráfica 2. Distribución por sexos y el nivel de estudios.....	100.
Gráfica 3. Sexo del paciente y Profesión-Ocupación.....	101.
Gráfica 4. Cree percibir efectos secundarios y Satisfacción en la resolución de las dudas.....	102.
Gráfico 5. Cree presentar efectos adversos atribuibles al medicamento y país de procedencia de la muestra.....	103.
Gráfica 6. Cree percibir efectos secundarios y el nivel de estudios.....	104.
Gráfico 7. Cree percibir efectos adversos y Profesión-ocupación.....	105.
Gráfica 8. Grado de satisfacción con la información recibida y si cree o no percibir efectos secundarios por los psicofármacos.....	106.
Gráfica 9. Problema de consulta con País de la muestra.....	107.
Gráfica 10. Problema de consulta y el nivel de estudios.....	108.
Gráfica 11. Problema de consulta y la Profesión-Ocupación.....	109.
Gráfica 12. Problema de consulta con grado de satisfacción con la información recibida.....	110.
Gráfica 13. Problema de consulta y grado de satisfacción en la resolución de las dudas.....	111.
Gráfica 14. Síntomas y el grado de satisfacción en la resolución de las dudas.....	113.
Gráfica 15. Síntoma y Grado de satisfacción con la información recibida.....	115.
Gráfica 16. Síntomas y Profesión ocupación.....	117.
Gráfica 17. Comunicó la percepción del efecto secundario y el país de procedencia de la muestra.....	118.
Gráfica 18. A quien comunicó y el grado de satisfacción con la información recibida.....	119.
Gráfica 19. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y a quien comunica la aparición de los efectos secundarios.....	120.

Gráfica 20. A quien comunica los efectos secundarios y el nivel de estudios.....	121
Gráfica 21. Porque no comunica y el nivel de estudios.....	122.
Gráfica 22. Ha sido informado y el grado de satisfacción con la información recibida.....	123.
Gráfica 23. Ha sido informado y grado de satisfacción con la resolución de las dudas.....	124.
Gráfica 24. Ha sido informado y Nivel de estudios.....	125.
Gráfica 25. Grado de satisfacción con la información recibida en función de quien le ha informado.....	126.
Gráfica 26. Grado de satisfacción con la resolución de las dudas en función de quien le informa.....	127.
Gráfica 27. Quién le informa y el país de procedencia de la muestra.....	128.
Gráfica 28. Quién le informa y el nivel de estudios.....	129.
Gráfica 29. Grado de satisfacción con la información recibida y si sabe porque está tomando la medicación.....	130.
Gráfica 30. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y si sabe porque está tomando la medicación.....	131.
Gráfica 31. Sabe porque está tomando la medicación y el nivel de estudios.....	132.
Gráfica 32. Grado de satisfacción de la resolución de las dudas dependiendo de donde busca la información.....	133.
Gráfica 33. Dónde busca la información en función del país de la muestra.....	134.
Gráfica 34. Dónde busca la información en caso de duda sobre el medicamento y el nivel de estudios.....	135.
Gráfica 35. Dónde busca la información y la profesión-ocupación.....	136.
Gráfica 36. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y donde busca para resolver las dudas sobre el medicamento.....	137.
Gráfica 37. Grado de satisfacción con la información recibida y quien le gustaría que le informara.....	138.

Gráfica 38. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y quien le gustaría que le informara.....	139
Gráfica 39. Diagrama de barras en el que se representa quien le gustaría que le informara en función del país de la muestra.....	140.
Gráfico 40. Quién le gustaría que le informara y el nivel de estudios.....	141.
Gráfica 41. Histograma en el que se representa quien prefiere que le informe y la profesión.....	142
Gráfica 42. Distribución homogénea de las tres muestras.....	146
Graph I. Degree of satisfaction with the information and Level of studies.....	159
Graph II. Satisfaction degree and Symptoms.....	161
Graph III. Satisfaction degree and who do you prefer to inform you.....	165
Graph IV. Satisfaction degree and sample's country.....	166

Introducción

1.1 La Información como Derecho.

Existe una amplia y densa legislación, tanto sanitaria como deontológica la cual viene resumida en:

- Reglamento General de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de 1972 ¹. Fue la primera norma española por la que se establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar, de forma directa o a través de sus allegados, las intervenciones quirúrgicas y actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su gravedad.
- La Constitución española de 1978 ², sentó el concepto de consentimiento informado establecido en la defensa del libre desarrollo de la personalidad sobre la base de la libertad, del reconocimiento del derecho a la protección de la salud y de las bases del derecho a la información.
- Ley 14/1986 General de Sanidad ³. Con la regulación del consentimiento informado basado en el principio de autonomía de la persona, supuso un cambio en la relación médico-paciente, imponiendo a aquel la obligación de informar de forma adecuada al paciente y a sus familiares o allegados (art.10.5) y la de obtener el consentimiento por escrito de éste antes de la realización de cualquier intervención, excepto en los casos que la Ley cita (art.10.6), trasladando así la autoridad de esta relación desde el médico al paciente.

El artículo 10 establece que “todos tienen derecho” a:

- La información comprensible para el paciente, familia o allegados.
- La información de una forma completa, continuada, verbal y escrita.
- Información acerca de su proceso en el que se incluya el diagnóstico, pronóstico, y alternativas al tratamiento.

- La libre elección entre opciones que le presente el responsable médico de su caso.
- Acuerdo nº 261, Acta nº 39 Pleno Consejo Interterritorial de Salud de noviembre de 1995 ⁴, en el que se fijaban los contenidos de los documentos de Consentimiento informado así como sus aspectos organizativos y funcionales y que decía que “la utilización de documentos de consentimiento no puede surtir efectos de exoneración de responsabilidad de los profesionales por el desarrollo de sus actuaciones.” Sanidad propone un documento básico de “información personalizada” de datos comunes para todo el Servicio Nacional de Salud.
- Convenio Europeo de 4 de abril de 1997, sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina ⁵.
- Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta norma establece los derechos a la intimidad, a recibir información asistencial, que contiene la información clínica, y la información epidemiológica; el derecho a dar el consentimiento ante cualquier actuación médica ⁶.
- Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias ⁷, en su artículo 5.1.c establece el deber de ofrecer una información suficiente y adecuada para que los pacientes puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.
- Código de Deontología Médica de 2011 ⁸ que regula las relaciones del médico con sus pacientes: “el médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones”.

El marco normativo constituye la base a partir de la cual se ha legislado sobre el tema. Las leyes relativas a los derechos de los pacientes recogen de manera mayoritaria los principios relacionados con la dignidad humana. Las leyes españolas se basan en la Declaración Universal de los derechos humanos, Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa (Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa.

WHO/Europe,1994) y Convection for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convection on Human Rights and Biomedicine (Consejo de Europa, 1997).

En el Código Deontológico de la profesión médica se especifica en su artículo nueve y diez:

Artículo 9

1. Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegará al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, el cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente.

2. El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa.

3. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar.

4. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos los aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando sea necesario.

Artículo 10.

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

5. Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

1.2 Autonomía.

El ejercicio de la medicina ha planteado siempre problemas éticos. La ética médica clásica se basó en el principio de que la enfermedad no sólo altera el equilibrio somático y corporal del hombre, sino también el psíquico y moral⁸. Antes la relación médico-paciente era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer⁹.

Fueron los propios pacientes los que comenzaron a reivindicar otro tipo de trato, exigiendo que se les respetase un conjunto de derechos, que dieron origen a partir de 1972, a la aparición de los códigos de derechos de los enfermos, el principal de los cuales es el derecho al consentimiento informado.

El término Bioética fue utilizado por primera vez por Fritz Jahr (1895-1953) ha sido llamado el “Padre de la **Bioética**” ya que fue él quien utilizó por vez primera este término bioética en un editorial publicado en 1927 en la revista alemana de ciencias naturales Kosmos¹⁰. Su objetivo de estudio lo constituyen los problemas éticos planteados por las

ciencias de la vida, no sólo por la medicina o por las ciencias de la salud. La bioética médica es la parte de la bioética que intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos planteados por las ciencias médico-sanitarias. Estos procedimientos han de cumplir unos cuantos requisitos que, como mínimo, son los siguientes:

- Ha de ser una ética civil o secular, no directamente religiosa.
- Ha de ser una ética pluralista, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior. Por principio cabe decir que una acción es inmoral cuando no resulta universalizable al conjunto de todos los seres humanos, esto es, cuando el beneficio de algunos se consigue mediante el perjuicio de otros.

La Bioética es la rama de la ética que se refiere a los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico.

El informe Belmont (1979) fue creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”¹¹ y es un importante documento histórico en el campo de la ética médica. Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son: respeto a la persona (autonomía), beneficencia y justicia.

Hoy consideramos cuatro principios básicos de la Bioética, para su aplicación en las actuaciones de los profesionales sanitarios:

- Autonomía.
- Beneficencia.
- No maleficencia.
- Justicia

1.3 El consentimiento informado.

El principio de autonomía defiende la libertad y responsabilidad de los pacientes para decidir sobre el consentimiento o rechazo en la aplicación de cualquier prueba o tratamiento, debiendo el profesional sanitario respetar dicha decisión ^{12,13} .

El principio de Autonomía es la principal justificación del consentimiento informado.

En España, el principio de autonomía dispone de una relativamente reciente normativa específica, a partir de la promulgación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud. Dicha conformidad puede ser revocada libremente y por escrito por el paciente en cualquier momento ¹² .

La información a recibir por el paciente debe incluir:

- La relativa al diagnóstico de su estado de salud.
- Las distintas alternativas de tratamiento que según el diagnóstico formulado puedan adoptarse.
- Los riesgos, beneficios y probabilidades de éxito de las distintas alternativas, tanto aquellas probables en condiciones normales (conforme a la experiencia y al estado de la ciencia) como aquellas excepcionales e infrecuentes pero que conlleven consecuencias graves.
- En su caso, la posibilidad de utilizar los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación (el cual en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud).

Por regla general, el consentimiento se prestará verbalmente. Sin embargo deberá prestarse por escrito en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimiento diagnóstico y terapéutico invasivos.

Existen una serie de supuestos legales en los que el consentimiento informado podrá otorgarse por representación del paciente (aunque siempre a favor del mismo y de su dignidad personal) por parte de representantes legales o familiares u otras personas vinculadas de hecho.

Estos casos son:

- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- Cuando a criterio del médico responsable de la asistencia, el paciente no sea capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
- Cuando el paciente sea menor de edad (*) y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

(*) No obstante con respecto a los menores de edad debe tenerse en cuenta:

- que deberá escucharse la opinión del paciente que ya haya cumplido 12 años de edad.
- que el consentimiento por representación no podrá prestarse cuando se trate de menores emancipados o con 16 años cumplidos (salvo incapacidad).
- que la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por disposiciones especiales de aplicación.

1.4 Información.

La información está constituida por un grupo de datos supervisados y ordenados, que sirven para construir un mensaje basado en un cierto fenómeno o ente. La información permite resolver problemas y tomar decisiones, ya que su aprovechamiento racional es la base del conocimiento. La información es un recurso que otorga significado, sentido a la realidad, ya que mediante códigos y conjuntos de datos, da origen al pensamiento humano¹³.

Existen diversas especies que se comunican a través de la transmisión de información para su supervivencia; la diferencia para los seres humanos radica en la capacidad que tiene el hombre para armar códigos y símbolos con significados complejos, que conforman el lenguaje común para la convivencia en sociedad.

La información, es el eje central sobre el que gira actualmente la relación médico-paciente, es interpretada como la culminación del acto médico, a través de la cual el paciente ejerce todos sus derechos. Por ella el usuario, tras procesar los datos que le han sido facilitados por el médico en virtud del proceso asistencial, y tras haberle sido notificadas las diversas opciones de diagnóstico y tratamiento, elige la más pertinente a sus intereses merced al principio de autonomía que le asiste.

Cuando este proceso de transmisión de información no culmina de forma satisfactoria, tal como pretende el paciente, aparecen de manera inexorable descontentos y quejas que acaban desembocando en demandas y reclamaciones al profesional sanitario.

La problemática de las reclamaciones hacia los médicos englobadas bajo el epígrafe de mala praxis ha adquirido en los últimos años una dimensión desconocida, tal y como afirman Llovet y colaboradores¹⁴ hasta tal punto que no se concibe en la actualidad ejercer la medicina sin haber contratado un seguro de responsabilidad profesional.

Un porcentaje importante de las demandas que los pacientes presentan contra el personal

sanitario se fundamentan en el hecho de que existe una deficiente, precaria información sobre la actuación médica, diagnóstica y terapéutica. Según Gracia y Laborda la información que se proporciona o no, al paciente y sus allegados, es la pieza clave de la mayoría de las reclamaciones de responsabilidad médica, siendo además un elemento de capital importancia cuando la reclamación es por vía judicial ¹⁵.

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad en sus diversos puntos recogía la Carta de Derechos de los Enfermos ¹⁵ y ya especificaba que había que dar información oral y escrita tanto al paciente como a sus familiares de los procedimientos a efectuar, sus consecuencias y sus posibles alternativas.

Este punto es recogido y perfeccionado en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente ⁶, y es a partir de esta necesidad y atendiendo a las demandas de la sociedad cuando se desarrolla en profundidad el documento de consentimiento informado asociado a circunstancias específicas de la asistencia. Su aparición y su posterior introducción como una parte más del acto médico ha supuesto, como afirman De Lorenzo, Montero y Sánchez Caro ¹⁷ elevar la calidad de la asistencia y propiciar que la relación médico-paciente se asiente en unas bases que conduzcan a un mejor éxito.

Este consentimiento, si bien es obligatorio en forma de documento en circunstancias determinadas, no siempre suplente las necesidades concretas en materia de información que demanda la sociedad, y una adecuada comunicación entre el médico y el paciente se hace cada vez más necesaria ⁶.

Para dar una idea de la dimensión que ha alcanzado la problemática de la información y su repercusión en las demandas judiciales basta con introducir en el buscador más utilizado en internet los términos “calidad de la información”.....y encontramos **169 000 000** referencias en páginas web en español que abordan este problema.

Pero una información amplia, correcta, veraz, adecuada y responsable no tiene razón de ser si no se establece en un espacio de intimidad y confidencialidad, en el que el paciente pueda proyectar en el médico sus inquietudes y desazones.

Gracia Laborda ¹⁹ afirma que se podría evitar muchos procedimientos judiciales si los médicos tuvieran siempre el coraje de dialogar, ya que el paciente es capaz de excusar un error, pero no perdona nunca la mentira o la falta de la más mínima explicación.

El médico deberá informar al paciente de su patología, los procedimientos a seguir, las posibilidades de tratamiento, su eventual cura y, en general, de todas aquellas prácticas que la correcta praxis médica establezca para el caso concreto. Es así como en esta etapa surgen como determinantes cuatro puntos básicos en la relación médico-paciente: la veracidad, la intimidad, la confidencialidad y la fidelidad.

Es muy importante la entrega de información por parte del facultativo al paciente, ya que resulta indudable que el desconocimiento de las circunstancias que rodean su enfermedad, de las posibilidades de éxito del tratamiento o intervención a la que va a someterse, así como de los riesgos que estos entrañan, coartan la posibilidad de que el paciente pueda elegir libremente si desea o no una intromisión en su propio cuerpo ²⁰.

El respeto a la autonomía de las personas es uno de los principios básicos de la Bioética. En este orden de ideas podemos subrayar que las exigencias de información y consentimiento tratan de fomentar la idea de autonomía individual de la persona y de estimular la toma de decisiones propias de modo racional, ayudando al paciente en la toma de decisiones, entendiendo al proceso de información no como una concesión graciable del médico, sino como un verdadero derecho del paciente ²¹.

A este respecto, cabe recordar que la obligación de informar que actualmente pesa sobre el facultativo ha sido establecida como un deber en décadas recientes, puesto que la tradición médica ha tenido un carácter esencialmente paternalista (todo por el paciente, pero sin el paciente), que fomentaba una relación entre el médico y su paciente esencialmente vertical. Hoy, sin embargo, la relación que se trata de adoptar apunta a una forma horizontal, que respeta las circunstancias éticas y morales de cada persona que acude a los servicios sanitarios, lo cual exige poner en práctica técnicas de información ²².

Nos planteamos tres grandes interrogantes:

- a) ¿cuándo se considera que la información proporcionada ha sido suficiente?
- b) ¿en qué momento debe ser proporcionada la información?

c) ¿cuál es la forma en que debe ser entregada ésta?

1.5 Momento en que debe informarse al paciente.

La única información eficaz es aquella que se proporciona antes de la intervención o el tratamiento de que se trate, siempre y cuando sea proporcionada con una antelación suficiente y en condiciones que permitan la adecuada reflexión por parte del paciente ¹⁸. Entre la recepción de la información y el momento en que debe dar a conocer su decisión, el paciente debe tener la oportunidad real de ponderar los beneficios, o de disponer de tiempo, por ejemplo, para recabar la opinión de familiares o de personas de su confianza ¹⁹.

La obligación de informar no termina una vez que se ha recabado el consentimiento del paciente al acto médico. La manifestación de voluntad del paciente deberá estar presente durante todo el curso del tratamiento, extendiéndose incluso a las consecuencias postoperatorias y a los cuidados posteriores al acto médico ¹⁸. La información correcta no sólo concierne a la fase previa de la celebración del contrato médico, sino que también a la fase de ejecución del tratamiento acordado, por cuanto permite al paciente consentir sobre la adopción de las medidas de precaución más idóneas para la salvaguarda de su salud e integridad física ²⁰.

Otra problemática relacionada con el momento en que debe entregarse la información, es si existe obligación de volver a informar a pacientes que ya han sido informados, sea porque conocen los pormenores de la intervención y sus riesgos debido a su formación o actividad profesional, o por haberse sometido con anterioridad a tratamientos o intervenciones equivalentes. En este punto coincidimos con la doctrina que plantea que el deber de información como obligación jurídica termina con la primera información a menos que se trate de una intervención completamente nueva, ya que guardando coherencia con el fundamento del consentimiento informado, no nos parece que deba perseguirse la responsabilidad del facultativo por no reiterar algo ya conocido y asumido por el paciente ²¹.

La falta de reiteración de una información que ya posee el paciente y que le permite ponderar el alcance de los riesgos y las ventajas de la intervención, no debería tener los mismos efectos que la falta de una información relevante que el paciente ignora.

Sin embargo cuando se suponga que el paciente dispone de una información adecuada -sea por su propia formación o por haberse sometido con anterioridad a intervenciones equivalentes- el médico tendrá la carga de comprobar que el paciente dispone de esa información razonable, de forma tal que si así no fuere la complemente en la medida en que resulte necesario. Como puede observarse, la obligación médica de información se transforma, de cierto modo, en un deber de comprobación de la información que posee el paciente a fin de determinar si ésta es completa y adecuada, siendo asumidos por el profesional los errores sobre los posibles déficits de información ²².

1.6 Alcance del deber de información:

“El saber os hará libres”.

El deber del facultativo es entregar la información a su paciente, para que éste lo autorice a efectuar intromisiones en su integridad física, ha dejado de ser un formalismo, ya que a través de la información suministrada por el médico, dicho paciente puede escoger con libertad las opciones que la ciencia médica le ofrece, e incluso optar por no someterse a tratamiento alguno.

La obligación de informar tiene que hacer referencia tanto a la finalidad y naturaleza de cada intervención, como a sus riesgos y consecuencias. En otras palabras, la exigencia de información deberá apuntar no sólo al diagnóstico, sino también: al pronóstico, a las alternativas del tratamiento, a sus posibles complicaciones, y al carácter de adecuados o no de los medios con que se cuenta para realizar la respectiva intervención médica.

Un importante problema jurídico, se ha planteado en torno al alcance que debe tener la información proporcionada al paciente, tiene que ver con la dificultad que tiene el usuario sanitario, desde su ignorancia técnico-científica, de poder comprender las explicaciones del

médico. No se trata de que el enfermo deba realizar un verdadero “master” de medicina, sino que más bien se trata de conseguir, de forma racional, el objetivo que se pretende con la imposición de tal obligación al médico, es decir, que el paciente comprenda cuáles serán las consecuencias prácticas de su manifestación de voluntad ²³.

No quiere decir que la obligación que pesa sobre el médico se encuentre cumplida con la mera entrega de información al paciente. La entrega de información es un presupuesto esencial para que el paciente pueda manifestar su consentimiento informado sobre una determinada intervención y teniendo presente que normalmente será el médico quien disponga de mejor acceso a la información que requiere el paciente para tomar una decisión valiosa sobre si someterse o no a un tratamiento determinado. Consideramos que este deber no debe agotarse con la simple transmisión de datos, sino que precisa, además, una cierta toma de posición de quién se encuentra legalmente obligado a proporcionar dicha información.

Resulta relevante indicar que el deber de información que pesa sobre el médico de ninguna manera ha de limitarse sólo a exponer al paciente las alternativas frente a su enfermedad, sino que además, en casos como el mencionado anteriormente, éste debe tomar una posición respecto de ellas aconsejando o desaconsejando la respectiva intervención. De esta manera, los profesionales de la salud no sólo tienen un deber de informar, entendido éste como una transmisión de datos objetivos, sino que además, y según lo requieran las circunstancias, la citada obligación conllevaría un deber adicional de aconsejar; esto es, de orientar a la otra parte en su decisión ²⁴.

En este sentido, debe advertirse que sólo cargar al paciente con información equivale a abandonarlo. El médico debe explicar las ventajas e inconvenientes de una y otra posibilidad diagnóstica y terapéutica, pero manifestando su opinión sobre las razones por las cuales se inclinaría hacia una u otra opción; lo contrario supone abandonar al paciente en su desconocimiento. El facultativo no puede entregar una información que sea ininteligible para el paciente. Por el contrario debe cerciorarse que el paciente comprende la información que se le está transmitiendo. De esta forma el paciente dispone de la libertad para poder decidir ²⁵.

Hay que resaltar que asesorar no equivale bajo ninguna circunstancia a convencer. El médico, al momento de entregar la información tendría, además, el deber de asesorar a su

paciente. No obstante, dicho asesoramiento sólo ha de consistir en hacerle saber a éste, de forma concreta y clara, su opinión sobre la mejor alternativa que dispone, de acuerdo a su situación y posibilidades particulares, pero bajo ninguna circunstancia el facultativo está obligado a convencer a su paciente de tomar inexorablemente un tratamiento determinado.

Hay que subrayar que el nivel de información exigida al médico no siempre será el mismo, debiendo graduarse ésta en razón del tipo de información de que se trate. La idea de una graduación, adaptación, en la exigencia de información ha sido desarrollada principalmente en el derecho alemán cuya doctrina distingue:

La información relativa a la autodeterminación del paciente, es decir, aquella dirigida a obtener su consentimiento para una intervención concreta.

La información terapéutica, la cual incluiría aquellas medidas a adoptar para asegurar el resultado de la intervención una vez practicada, las informaciones sobre la medicación a tomar, las pruebas ulteriores que convenga realizar y medidas de prevención adicionales ²⁶.

Se puede distinguir entre medicina curativa y medicina voluntaria, puesto que los niveles de exigencias, tanto en la información relativa a la autodeterminación del paciente, como en la información terapéutica, diferirán en razón del tipo de medicina de que se hable, siendo mayores las exigencias de información cuando se trata de casos de medicina voluntaria, en comparación con los casos de medicina curativa. La medicina curativa actúa ante una determinada patología, mientras que la segunda -medicina voluntaria- es aquella en que el interesado acude al médico, no para la curación de una dolencia patológica, sino que más bien para el mejoramiento de su aspecto físico (cirugía plástica), o para lograr una transformación satisfactoria de su propio cuerpo. De esta forma, la existencia de una necesidad terapéutica, entendida como la exigencia de realizar determinadas prácticas para mantener la vida o buena salud del paciente se transforma, a

nuestro entender, en el elemento fundamental para determinar en qué casos se podrá hablar de medicina curativa y en cuáles habremos de referirnos a medicina voluntaria.

1.7 Forma de la información.

Al respecto conviene preguntarse primeramente si ésta ha de entregarse verbalmente o por escrito. De este modo, y teniendo como principio rector el de autonomía del paciente, podemos concluir que, por regla general, la información entregada al paciente deberá ser dada de forma verbal debiendo, además, ser complementada con la entrega de un folleto informativo.

Uno de los principales problemas que se ha suscitado respecto de la forma en que se pone la información a disposición de los pacientes, es la práctica de suministrarla a través de formularios o protocolos informativos genéricos. Dicha práctica ha sido ampliamente criticada, principalmente porque los formularios genéricos de información no tendrían otra función que proteger al facultativo frente a posibles reclamaciones, sin preocuparse de la auténtica información que requiere el paciente, desvirtuando así la verdadera finalidad de esta importante obligación que pesa sobre el médico²⁶.

A pesar del rechazo de los formularios genéricos como método único de entrega de información al paciente, resulta destacable el beneficio que implica para el paciente la entrega de un folleto informativo, siempre y cuando éste sea específico, personalizado y suplementario de la información verbal. Los folletos informativos deben emplearse sólo como complemento de la irremplazable entrega verbal de la información, debiendo destacarse en dichos volantes aquellos datos que al facultativo le interesen que el paciente tenga en cuenta al momento de tomar una decisión.

En la redacción de formularios hay que adoptar determinadas precauciones para cumplir la finalidad para la que están destinados. Se deben usar frases cortas con abundantes puntos y aparte, palabras sencillas, evitando en la medida de lo posible los tecnicismos y sustituir

éstos por su descripción con palabras comunes. Conviene utilizar dibujos o gráficos, utilizando un texto que resulte a la vez atractivo y clarificador. Se deben emplear varias fuentes de letras para destacar lo que tiene una importancia esencial y una importancia secundaria; se debe favorecer el empleo de símbolos, sombreados, cajas de texto, negritas, subrayado y todos los métodos posibles que permitan una lectura del texto lo más clara posible. Por último, debería tratarse de omitirse el empleo de porcentajes numéricos así como de datos estadísticos, puesto que los datos pueden resultar muy dispares según la fuente de que procedan y según el lugar de obtención de los mismos ²⁸.

1.8 Consentimiento informado en Psiquiatría.

El consentimiento informado es un derecho exigible y una clara manifestación de respeto a la autonomía del enfermo; y que una decisión en salud es considerada autónoma cuando cumple las condiciones básicas de Información, Voluntariedad y Capacidad. La falta de esta última dificulta la valoración crítica de la propia realidad del paciente e interfiere en el proceso racional de pensamiento para la toma de las decisiones.

Con el surgimiento y desarrollo de la Bioética en la década de los 70 la forma convencional de relación entre enfermos y doctores adquirió un nuevo estilo surgiendo la necesidad de un modelo diferente, donde ambos tengan un encuentro participativo y de deliberación conjunta.

En 1983, la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría formuló la Declaración de Hawai ²⁹, donde enfatizó, sobre todo, el valor e importancia de la ética en el arte de curar enfermos, sin dejar de considerar lo controvertida que resulta la relación médico-paciente en la especialidad de Psiquiatría.

Algunos de los principios éticos aprobados era que el médico debía informar al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad, los procedimientos terapéuticos disponibles, así como posibles alternativas y pronóstico; que la información debe ser proporcionada con

consideración, permitiendo al mismo la oportunidad de escoger entre los métodos propuestos; que es necesario obtener un Consentimiento Informado (CI) del paciente antes de presentarlo en una clase o cuando su Historia Clínica sea objeto de una publicación científica.

Es un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía, para tomar decisiones, del enfermo o, en su defecto, la familia cuando este no sea competente. El paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad, así como el médico deberá explicar, en un lenguaje comprensible, en qué consiste la misma y su evolución en caso de no ser tratada; deberá conocer además cuáles son las alternativas de tratamiento y los efectos secundarios que estos podrían ocasionarle.

Se puede decir que consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos ³⁰. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.

El concepto del CI habla con relación al proceso de entrega de información, por parte del médico, al paciente para que éste pueda tomar una decisión responsable. Por ello, no se reduce a un simple aceptar o rechazar un tratamiento o una intervención, sino se centra en el mismo proceso de llegar a un consentimiento. Se requiere proporcionar una información adecuada para permitir una decisión con conocimiento de causa. Este proceso supone y exige que la presentación sea comprensible al paciente, junto con la decisión libre y sin coacción de éste. El CI es un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo médico y el paciente, desde que se ven por primera vez hasta que se da el alta definitiva ³¹. Se trata de un derecho humano de los pacientes, orientado fundamentalmente a permitir a las personas que tomen sus propias decisiones, pero hay tres condiciones básicas para que sean tomadas de forma racional, razonable y con responsabilidad: Información, Voluntariedad, Capacidad ³¹.

Información: El responsable de la información es el profesional de la salud y dicho componente debe ser suficiente y comprensible.

Voluntariedad: Ha de estar exenta de dominio, coacción y manipulación, para que tenga validez frente a las acciones tomadas.

Capacidad: Se debe correlacionar no solamente con las facultades mentales, sino también con la ley.

Para ningún médico terapeuta resulta extraño que de las tres condiciones básicas antes mencionadas, la más compleja y difícil de valorar es la Capacidad del paciente; es más, se puede afirmar que no sólo es la más compleja y difícil, sino la que define y determina si se pueden aplicar las dos restantes. Si un paciente no tiene la capacidad necesaria, no resulta prudente o atinado aplicar la condición de voluntariedad y dejar que decida según su propio deseo, pues éste puede no ser lo suficientemente racional o juicioso y la información a suministrársele al paciente requiere adecuarse a sus posibilidades de comprensión.

La falta de capacidad dificulta la valoración crítica de la propia realidad e interfiere en el proceso racional de pensamiento para la toma de las decisiones; al estar limitada la capacidad de análisis de la información, así como la valoración de la trascendencia de la decisión tomada, esta puede no ser la adecuada. Por tanto, la correcta evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir, es crucial.

Aunque muchos autores utilizan como sinónimos los términos capacidad y competencia, otros prefieren la utilización del segundo como aptitud para ejercer un derecho y el primero como aptitud para realizar determinada acción.

En lo referente a la Competencia Mental, esta ha sido definida como: el estatus que ostenta el paciente, que lo hace capaz de entender la explicación terapéutica realizada y capaz de valorar las consecuencias de aprobar o negar lo propuesto por el facultativo ³³; la misma

presupone tener la habilidad suficiente para comprender la naturaleza de la enfermedad que tiene, así como el proceder terapéutico propuesto y las posibles consecuencias de dar o no su aprobación para el mismo.

La capacidad para tomar decisiones en materia de salud está dada por la presencia de un cierto número de determinantes psicológicos, es decir de cualidades afectivas, cognitivas y volitivas, que permiten al individuo tomar de forma autónoma una decisión concreta en un momento dado, lo que no significa necesariamente capacidad para tomar otras decisiones no relacionadas con la salud, ni constituyen un juicio respecto a su capacidad legal, que sólo puede ser determinada por tribunal competente y no por un psiquiatra u otro médico tratante, independientemente de que dicho tribunal puede valerse o asesorarse del criterio de un especialista en psiquiatría, que actúe desde el punto de vista médico profesional, como perito o asesor, en lo relacionado con la enfermedad y la capacidad del paciente analizado; es decir que el psiquiatra puede ayudar a esclarecer, a valorar, dictamina, da elementos que permitan evaluar la capacidad del paciente, pero ésta se determina sólo tras un proceso legal.

Como regla general se considera que un enfermo tiene autonomía para tomar decisiones si manifiesta la capacidad para ello, si actúa intencionalmente, en ausencia de influencias externas y expresa su voluntad tomando en cuenta las consecuencias que dichas decisiones tienen para su salud y para su vida futura.

Existe por tanto un amplio abanico de posibilidades en cuanto a lo que capacidad concierne, pudiéndose definir pacientes con una capacidad plena, una capacidad parcial o con una incapacidad total para tomar sus decisiones.

1.9 La Información en el empleo del medicamento.

Cumplimiento del Derecho a la información en Medicamento.

Cada vez es mayor la complejidad de la asistencia sanitaria, y esto obliga a los médicos a reforzar sus obligaciones en materia de información a los pacientes. La ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente establece que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley.

El Tribunal Supremo manifiesta la obligación que tiene el médico de informar al paciente y familiares y es un elemento esencial de la “lex artis ad hoc” (de la forma de actuar correcta de un profesional atendiendo a las circunstancias de tiempo, medios disponibles, que se den en cada supuesto) y constituye el núcleo esencial de la prestación de servicios médicos.

El médico responsable interlocutor principal del paciente con el equipo asistencial, al que define como el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

La información es un proceso de relación entre el médico y el paciente y es, por tanto, un proceso verbal, hablado, en el cual ha de producirse una interacción de intercambio de datos entre ambos. En el campo de la medicación la prestación de información terapéutica tiene como objetivo facilitar el diálogo y la complicidad entre el profesional sanitario y el paciente para conseguir el cumplimiento o colaboración de este último en el tratamiento farmacológico, de manera que pueda obtenerse el éxito terapéutico y preservarle de los posibles efectos lesivos ³⁵.

En el caso de que se omita o no se proporcione la totalidad de la información terapéutica necesaria, y de ello se deriven daños para el enfermo, el médico puede terminar respondiendo civil e incluso penalmente de los mismos. Dado que la falta de información

al paciente es contraria a la Lex artis médica, si por omitirse se le produjeran daños, se originaría una obligación para el profesional de indemnizarle.

La información que se traslada a de ser sosegada y aceptada al nivel de comprensión de nuestro interlocutor. A cada paciente hay que proporcionarle toda la información que, teniendo en cuenta sus circunstancias personales, necesite para tomar una decisión o para seguir correctamente un tratamiento con medicamentos, sin que pueda aceptarse recurrir a un criterio estándar.

1.10 Clases, contenido y características de la información clínica.

Cuando hablamos de información clínica podemos diferenciar: una información clínica vinculada al consentimiento del paciente. Toda actuación en el ámbito de la salud requiere de un consentimiento libre y voluntario. Y en segundo lugar la información clínica vinculada al tratamiento (información terapéutica o de seguridad) que es aquella dirigida a asegurar la cooperación óptima del paciente. La información terapéutica no agota su cumplimiento en un determinado momento, sino que es un proceso continuado que abarca desde el inicio hasta el final del tratamiento del paciente. Su objetivo es obtener del paciente la colaboración necesaria para el éxito curativo del tratamiento y preservarle así de posibles efectos lesivos que se puedan derivar del mismo ³⁶.

La ley básica de autonomía del paciente determina que la información ha de comprender como mínimo la finalidad y naturaleza de la intervención o tratamiento, así como sus riesgos y consecuencias. Además de informar sobre el diagnóstico hay que informar sobre el objetivo terapéutico, las alternativas terapéuticas disponibles, la elección del grupo farmacológico más conveniente para el paciente. Ilustrar sobre las características, efectos adversos, incompatibilidades y contraindicaciones, así como sobre las pautas de administración y las recomendaciones sobre el régimen de vida para la mejor acción del fármaco.

La información será comprensible y adecuada a las necesidades y habrá de ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

La normativa aboga por que el profesional sanitario facilite una información a la medida del paciente concreto que tiene delante, sin necesidad de abrumarle con un exceso de datos que pueden originarle confusión.

Respecto la forma en que debe proporcionarse la información al paciente, la ley básica de autonomía del paciente determina que con carácter general, el consentimiento será verbal. La responsabilidad última en el ámbito de la prescripción y administración de los productos farmacéuticos es del médico.

Hay obligación de dejar constancia en la historia clínica de la prestación de la información. Sin embargo quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos, que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que se dan en mayor medida conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Cuando el médico prescribe un tratamiento le incumbe la información al paciente sobre su utilización y dosificación, y ello al margen de la información que contenga el prospecto. Resulta obligado que el profesional sanitario esté actualizado en los fármacos que prescribe y domine los riesgos comúnmente conocidos ³⁷.

El deber de Información del médico en la Ley de Garantía y Uso Racional de los medicamentos y productos sanitarios

La información para el uso correcto del medicamento es uno de los ingredientes básicos de la prestación farmacéutica que constituye uno de los pilares de la atención sanitaria.

La ley califica al médico como “figura central en las estrategias de impulso de la calidad en la prestación farmacéutica dado el papel que se le atribuye en el cuidado de la enfermedad, así como en la prescripción del tratamiento con medicamentos.” El médico es el profesional que tras realizar el diagnóstico preciso del paciente decide cuándo es necesaria o no la prescripción del medicamento adecuado para el tratamiento de la patología que le afecta. El trabajo de los otros profesionales como el farmacéutico o la enfermera, siendo también muy relevante de cara al seguimiento farmacoterapéutico, constituye sin embargo una labor que debe hacerse en coordinación con el médico y cumpliendo sus pautas. La ley de garantías le atribuye la facultad exclusiva de prescribir medicamentos. Ello a través de la receta médica, pública o privada, y de la orden hospitalaria que son “los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un

médico”. En las recetas el facultativo incluirá las pertinentes advertencias para el farmacéutico y para el paciente, así como las instrucciones para un mejor seguimiento del tratamiento. La receta médica es un medio fundamental de transmisión de información entre los profesionales sanitarios y una garantía para el paciente, que posibilita un correcto cumplimiento terapéutico y la obtención de la eficiencia máxima del tratamiento farmacológico ³⁸.

El sistema de receta electrónica busca el compromiso y colaboración efectiva del farmacéutico con el médico de la labor de información sobre el medicamento, y prevé que el primero pueda acceder desde la oficina de farmacia a las prescripciones electrónicas pendientes de dispensar. Se pretende articular de esta manera un canal de comunicación formal y bidireccional entre el médico y farmacéutico, que ha de redundar necesariamente en el mejor cumplimiento de los tratamientos por los pacientes ³⁸.

El sistema informático permite que el farmacéutico pueda suspender cautelarmente la posibilidad de la dispensación del medicamento prescrito, cuando existan dudas sobre posibles errores de prescripción, adecuación de esta a las condiciones de la persona enferma, medicación concomitante o cualquier otro motivo que pueda suponer un riesgo para la salud del paciente. El farmacéutico comunicara lo ocurrido al médico y al paciente. Observamos un circuito de comunicación médico-farmacéutico en aras de la protección de la salud de los pacientes ³⁹.

Tampoco podemos desmerecer la labor de la enfermera en la tarea de información sobre el medicamento y en el seguimiento de los tratamientos, mediante la observación y recogida de los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes ³⁹.

1.11 La información en la cadena terapéutica del medicamento: diagnóstico, prescripción, dispensación, administración y seguimiento.

La competencia para realizar el diagnóstico es del médico lo mismo que el pronóstico. También la prescripción es una competencia del médico. Se efectúa a través de la receta médica. Es habitual establecer que para que el tratamiento farmacológico ofrezca en la práctica la máxima utilidad resulta conveniente que sea conocido y compartido por el médico y paciente, así como otros profesionales sanitarios.

La dispensación de los medicamentos es una actuación propia del farmacéutico y que constituye el acto profesional que mejor identifica a la farmacia y debe ser entendida como un acto asistencial y como un eslabón natural de la cadena terapéutica del medicamento ⁴⁰.

La administración del medicamento, la información necesaria para la correcta administración de los medicamentos responde a una casuística muy variable, haciendo referencia entre otras cosas a los tipos de pacientes, a la situación de los mismos, vía de administración, sistemas complejos de administración de medicamentos. Tanto los médicos como los farmacéuticos deben instruir adecuadamente a las personas encargadas de llevar a cabo la administración de los medicamentos, bien sea la enfermera, el propio paciente, o los familiares y personas que le cuiden.

Y en cuanto al seguimiento se trata de una competencia fundamental del médico, aunque compartida con otros profesionales, y que cuando se realiza respecto a la terapia medicamentosa suele configurarse como una tarea en la que participan el farmacéutico y la enfermera.

Competencia profesional: “es el uso habitual y juicioso de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica cotidiana para el beneficio del individuo y la comunidad a los que se está ofreciendo un servicio” ³⁹.

Un alto nivel de competencia es prerrequisito de una buena ejecución, sin embargo, no es garantía de la misma. Los factores individuales (motivación, salud, relaciones con otras personas), los factores situacionales (condiciones técnicas, disponibilidad de recursos

personales y materiales, forma de pago) y los factores sociales (apoyo del grupo, liderazgo, consideración social) ejercen una influencia recíproca en el modo en el cual los profesionales desarrollan sus competencias ⁴⁰.

Comunicarse con el paciente y otros profesionales es una de las competencias más destacadas. Los médicos con buenas habilidades para la consulta identifican con exactitud los problemas de sus pacientes y se sienten más satisfechos con su labor profesional. Los pacientes se muestran más satisfechos con su atención, entienden mejor sus problemas de salud, y las opciones terapéuticas, presentan una mayor probabilidad de adherirse al tratamiento ⁴¹, así como de seguir los consejos para introducir cambios en su comportamiento, viendo disminuida la angustia, la ansiedad y la preocupación por su enfermedad.

Es crucial que las habilidades para la consulta sean de alta calidad para obtener la máxima efectividad, satisfacción del paciente y los máximos resultados de salud, minimizando la baja profesionalidad y las reclamaciones.

El proceso de comunicación tiene como objetivos:

Establecer una relación entre el profesional y el paciente.

Favorecer un intercambio de información necesaria para:

- Evaluar las condiciones de salud del paciente.
- Alcanzar decisiones en relación al plan terapéutico.
- Implementar los planes acordados.
- Evaluar los efectos del tratamiento en la calidad de vida.

No brindar información o brindar información no deseada puede reducir los beneficios de la consulta o provocar resultados negativos.

Una comunicación eficiente dependerá de las relaciones interpersonales que se establezcan con los pacientes. Para ello debe haber empatía: es ponerse en la situación del paciente. El

respeto que supone el apoyo al paciente en su cuidado evitando los prejuicios. La congruencia que implica la expresión honesta de los pensamientos y sentimientos del profesional en el proceso de comunicación con el paciente. Establecer una relación de confianza resulta esencial. El carácter y marco ético de esta relación marcan las pautas de la comunicación que se establece en la relación médico-paciente ⁴².

Tareas clave en la consulta con los pacientes.

- Obtener del paciente información sobre:
 - Sus principales problemas de salud.
 - La percepción del paciente de los problemas de salud.
 - El impacto emocional, físico y social de los problemas en el paciente y su familia.

- Adaptar la información a lo que el paciente quiere conocer, comprobando su capacidad de comprensión.

- Observar la reacción del paciente sobre la información dada y conocer sus preocupaciones mayores.

- Valorar si el paciente quiere, y en que medida, participar en la toma de decisiones (si existen opciones terapéuticas).

- Exponer las posibles opciones terapéuticas haciendo ver al paciente las implicaciones de cada una de ellas.

- Procurar la posibilidad del paciente de seguir las decisiones acordadas sobre el tratamiento y aconsejar sobre los cambios en los estilos de vida.

El fallo en estas tareas, en el proceso de consulta es frecuente, y suele estar motivada por diferentes factores:

- Subestimar o infravalorar las necesidades de información de los pacientes.
- Sobrestimar la cantidad de información que se suministra a los pacientes.
- No poseer las habilidades necesarias para ofrecer información.
- Utilizar lenguaje técnico.

Además con frecuencia los pacientes se pueden sentir intimidados o incapaces de expresar sus necesidades ^{43,44}.

1.12 Uso racional del medicamento. Farmacovigilancia.

La prestación farmacéutica supone cerca del 20 % del gasto sanitario público. Aunque se ha reducido en los últimos años anteriormente había mantenido un sostenido crecimiento, muy por encima de las tasas de incremento del gasto sanitario global. En el nivel de atención primaria se efectúa cerca del 95 % del total de la prescripción farmacéutica bajo receta del Sistema Nacional de Salud ⁴⁵.

Los estudios de evaluación de medicamentos permiten obtener información cuantitativa sobre su uso y evaluar su forma de utilización y prescripción. En estos estudios se emplea un elemento de ajuste propio para cada medicamento denominado “Dosis Diaria Definida” que permite calcular el principal indicador de utilización, denominado “Dosis/habitante/día” ⁴⁶.

Uso racional del medicamento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el **Uso Racional del Medicamento (URM)** como *“el acto por el que los pacientes reciben fármacos que están indicados para su situación clínica, a las dosis adecuadas, durante los períodos de tiempo precisos y al menor coste posible para ellos y la comunidad”*.

En España, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios dedica todo su Título VI (con 5 capítulos y 23 artículos) al uso racional del medicamento. Dicha ley hace mención específica a la necesidad de garantizar “un mejor conocimiento de los medicamentos”, a “concienciar del valor económico del medicamento”, a “mejorar el cumplimiento terapéutico” y a “evitar los riesgos”.

De este modo, son factores asociados al uso racional del medicamento:

- La eficacia (valor farmacéutico intrínseco).
- La eficiencia (balance entre costes y beneficios).

- El cumplimiento terapéutico adecuado.
- Los riesgos (reacciones adversas a medicamentos).

1.13 Estudio especial de Psicofármacos:

Que es un medicamento:

Toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o en los animales que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental. También se consideran medicamentos las sustancias medicinales o sus combinaciones que pueden ser administrados a personas o animales con cualquiera de estos fines aunque se ofrezcan sin explícita referencia a ellos.

Que es un Psicofármaco:

Un psicofármaco es una sustancia química que ejerce una cierta influencia en los procesos mentales. Inciden en el sistema nervioso central y pueden modificar desde la conciencia, conducta, percepción.

Los psicofármacos se pueden clasificar en cuatro grandes grupos:

1. Ansiolíticos y sedantes

Los ansiolíticos son una clase de psicofármaco que disminuyen los signos de la ansiedad y la agitación que está asociada a ella sin llegar a producir adormecimiento. Entre los ansiolíticos más importantes encontramos las benzodiazepinas.

Los sedantes, en cambio, sí que hacen que el nivel de consciencia disminuya. Ambos tipos de psicofármacos se pueden usar como tranquilizantes.

2. Estabilizadores del estado de ánimo

Esta clase de psicofármacos es utilizada especialmente en trastornos del estado de ánimo y similares, siendo los casos de trastorno bipolar los más típicos.

3. Antipsicóticos

Los antipsicóticos, también llamados neurolépticos, son un tipo de psicofármacos cuyos efectos acostumbran a estar relacionados con la mitigación de los efectos de brote psicótico y esquizofrenia.

4. Antidepresivos

Los antidepresivos son psicofármacos utilizados especialmente en los tratamientos de los trastornos depresivos, y los trastornos relacionados con la dificultad a la hora de controlar ciertos impulsos.

Entre los tipos de antidepresivos encontramos algunos como los IMAO, los ISRS, los antidepresivos tricíclicos.

1.14 ¿Cómo funcionan los psicofármacos?

Por lo general, la función básica de los psicofármacos es hacer que ciertas neuronas se comporten de un modo diferente a como estaban actuando. Esto lo consiguen influyendo directa o indirectamente en el modo en el que estas células nerviosas recaptan ciertos tipos de sustancias llamadas *neurotransmisores*.

Así, por ejemplo, un psicofármaco puede hacer que cierta clase de neuronas dejen de captar una cantidad tan alta de neurotransmisor, lo cual genera una reacción en cadena que hace que los síntomas de un trastorno mejoren.

Los psicofármacos y sus efectos secundarios:

Los psicofármacos son, en el fondo, un tipo de medicamentos cuya diana es el Sistema Nervioso Central. Sin embargo, que su objetivo "ideal" sean zonas muy concretas del encéfalo no significa que estas sustancias solo tengan efectos ahí.

Como todos los medicamentos, los psicofármacos no son organismos inteligentes, sin conjuntos de moléculas que "encajan" en unas partes del cuerpo y en otras no. Eso significa que actúan sobre donde se supone que deben actuar, pero también en muchas otras partes del organismo. Es decir, que los psicofármacos tienen efectos secundarios, muchos de los cuales pueden llegar a ser muy negativos.

El psicofármaco en la lucha contra la enfermedad mental:

Tradicionalmente, los psicofármacos han sido la respuesta de la medicina ante los casos de enfermedad mental. Eso significa en parte que su uso no ha estado pensado para aplicarse a las personas sanas, y significa también que su utilización ha sido una manera de combatir síntomas de trastornos que se entendía que tenían una causa en el individuo.

Sin embargo, actualmente se está dando un debate muy intenso acerca del modo en el que debemos entender los trastornos mentales y, por lo tanto, el modo en el que deberían ser tratados por los especialistas de la salud. Este debate afecta de lleno a la utilización de los psicofármacos, que en algunos casos pueden pasar de ser el núcleo del tratamiento a convertirse en un complemento más en un tipo de abordaje del problema que sirva para intervenir más en el contexto en el que vive la persona y no tanto en la persona como algo aislado.

En nuestro estudio que se ha centrado en el ámbito de la atención primaria y ambulatoria especializada de psiquiatría los pacientes empleaban por lo general psicofármacos

ansiolíticos preferentemente benzodiazepinas y antidepresivos pertenecientes principalmente al grupo de los inhibidores de la recaptación de la serotonina ISRS ⁴⁷.

1.15 Cumplimiento.

Estrategias para el uso racional del medicamento.

Las estrategias para fomentar e implantar el Uso Racional del Medicamento se pueden plantear a 3 niveles ⁵³.

- Microgestión, medidas que adopten los propios profesionales que efectúan la prescripción de los medicamentos en su consulta: prescripción razonada, control de la prescripción inducida y repetida.
- Mesogestión, medidas que se desarrollan en las gerencias o servicios de salud: evaluación de la innovación terapéutica, difusión de información útil para la prescripción.
- Macrogestión, medidas dirigidas al conjunto del sistema de salud: normativa dirigida a fomentar la prescripción por principio activo, autorización de medicamentos genéricos, sistemas de precios de referencia, modelos de copago.

1.16 Prescripción Razonada:

El proceso de la prescripción razonada, descrito por la OMS, consta de 6 pasos:

1. Definir el problema del paciente.

Para iniciar un tratamiento adecuado es fundamental establecer un diagnóstico correcto, basado en una historia clínica detallada, que recoja los síntomas descritos por el paciente, el examen físico, las pruebas de laboratorio e imagen.

2. Especificar el objetivo terapéutico.

Antes de elegir el tratamiento es esencial definir el objetivo terapéutico, lo que se pretende conseguir. En algunos casos este objetivo es claro y directo pero en otros casos no es así.

3. Elegir tratamiento adecuado para el paciente.

Definido el objetivo terapéutico, se toma la decisión preliminar de prescripción del medicamento en función de los criterios de eficacia, eficiencia o seguridad, aplicables al paciente “estándar”.

Pero también se debe comprobar si el tratamiento es también adecuado para ese paciente “en particular”, en lo que se refiere al fármaco y su forma farmacéutica (posibles interacciones, contraindicaciones) a la pauta de dosificación (capacidad de absorción, metabolización, pautas de difícil cumplimiento que dificultan el cumplimiento) o la duración del tratamiento.

4. Escribir la prescripción.

Al efectuar la prescripción se deben cumplir unas normas mínimas de contenido, especificando de forma clara la identificación del prescripto y del paciente, la fecha, el medicamento (o principio activo) prescrito, forma farmacéutica, cantidad, instrucciones y advertencias.

5. Dar información, instrucciones y advertencias.

La información, instrucciones y advertencias favorecen el adecuado cumplimiento terapéutico (en torno al 50% de los pacientes no toman los medicamentos que se les han prescrito de forma correcta, los toman de manera irregular o no los toman en absoluto) ⁵³.

La información mínima debe incluir la mención a los efectos del medicamento (deseados e indeseados), instrucciones y advertencias de uso, junto con las referencias a la próxima cita (en su caso) y la verificación de la comprensión por parte del paciente “¿está todo claro?”.

6. Supervisar el tratamiento.

La supervisión permite determinar si el tratamiento ha dado resultados, si es necesario aplicar alguna otra medida o incluso si es necesario detener el tratamiento. La supervisión puede establecerse de dos formas:

- Supervisión pasiva: La efectúa el propio paciente, que ha sido informado de lo que debe hacer si el tratamiento no es efectivo, produce incomodidad o aparecen demasiados efectos indeseados.
- Supervisión activa: La efectúa el profesional sanitario, concertando una cita con el paciente para determinar si el tratamiento ha sido efectivo. El intervalo de supervisión depende del tipo de tratamiento y su duración ⁵⁴.

Control de prescripción inducida y repetida.

En atención primaria no es infrecuente la prescripción inducida y/o repetida de los medicamentos:

- Prescripción inducida: es la que se lleva a cabo por indicación de otro profesional (por ejemplo desde atención especializada) o por la demanda directa y específica de una medicación por parte del paciente. Los estudios realizados la cuantifican en torno al 45% de la prescripción en atención primaria ⁵⁵.
- Prescripción repetida: es la que se realiza de manera reiterada y sin modificación en el curso de un tratamiento prolongado. Puede suponer hasta el 25% en la consulta de atención primaria.

Para el control de ambas formas de prescripción, es recomendable potenciar la relación efectiva con los pacientes y la coordinación con otros niveles de atención.

1.17 Innovación terapéutica: evaluación de los nuevos medicamentos

No es infrecuente el empleo del término “innovación terapéutica” para todo nuevo medicamento que sale al mercado. No obstante, muchas de las nuevas especialidades farmacéuticas, no aportan ventajas relevantes con respecto a las anteriores, son conocidas como “me again” o “me too”.

El “verdadero” concepto de innovación terapéutica se aplica a aquellos medicamentos que ofrecen alguna ventaja relevante en términos de eficacia, coste (eficiencia), seguridad o conveniencia, bien para la mayoría de los pacientes o bien para determinados subgrupos específicos.

Difusión de la información para la prescripción adecuada:

Entre las estrategias para modificar los hábitos de prescripción se distinguen:

1. Intervenciones ineficaces: simple difusión de material escrito, sin presentación, refuerzo ni actuaciones adicionales.
2. Intervenciones de eficacia no demostrada: incentivos y/o medidas coercitivas para la prescripción.
3. Intervenciones de eficacia demostrada: elaboración de guías clínicas farmacoterapéuticas (carácter de recomendación, no normativo) protocolos y formularios informatizados, formación individual o en pequeños grupos, autoauditorias por parte de los profesionales, información con feed back sobre su propia prescripción al profesional clínico.

Fomento de la prescripción por principio activo.

Consiste en la prescripción de medicamentos identificados en la receta médica por su principio activo y no por su marca comercial. Las denominaciones oficiales son la DCI: denominación común internacional, y la DOE: denominación oficial española, en la mayoría de los caso coincidentes.

En España el Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS, año 2011, establece que la prescripción, indicación o autorización de dispensación de medicamentos en el sistema nacional de salud “se realizará por principio activo” (anteriormente se hacía referencia a “fomentar” este tipo de prescripción, pero no como algo obligatorio⁵⁶).

El sistema de prescripción por principio activo:

- Permite que médicos y pacientes puedan identificar con más facilidad el medicamento: un solo nombre frente a la gran variedad de nombres comerciales.
- Facilita la búsqueda y el intercambio de información científica: la denominación internacional del principio activo es siempre la misma.
- Fomenta la reducción del gasto en medicamentos: promueve el uso de medicamentos de menor precio.

1.18 Reacciones adversas a medicamentos.

Los estudios de seguridad de los pacientes en nuestro medio (ENEAS, APEAS) señalan que los medicamentos constituyen el factor más frecuentemente implicado en la producción de efectos adversos en los pacientes, tanto en atención especializada (37%) como, especialmente en atención primaria (implicado en 50% de efectos adversos a este nivel⁵⁷).

Reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Los programas de farmacovigilancia tienen como objetivo fundamental la identificación de las reacciones adversas provocadas por los medicamentos y la confirmación de la relación de causalidad con el fin de completar su perfil de seguridad y evaluar la relación riesgo-

beneficio de los mismos. (MJ. Otero. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente).

En España, los errores de medicación motivaron el 2,2% de los ingresos urgentes en un hospital, con un coste anual estimado en 1996 de 170 millones de pesetas ^{11,21}.

La causa principal del aumento progresivo en la incidencia de errores de medicación, según Manasse ⁵⁴, es la convergencia de los siguientes factores en la asistencia sanitaria:

- Escaso nivel de información.
- Agresividad y complejidad de los tratamientos.
- Disponibilidad de numerosos medicamentos con elevada complejidad técnica y científica.
- Desconocimiento de las propiedades farmacológicas de los medicamentos, especialmente de las interacciones.
- Segmentación de la asistencia sanitaria.

Se denomina reacción adversa a medicamento a cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento (fuente: Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano).

Su aparición no sólo depende del fármaco, sino también del paciente (edad, hipersensibilidad...) y de su enfermedad. La clasificación de Rawlins y Thompson establece dos tipos principales de reacciones adversas.

Tipo A: se producen como consecuencia del efecto farmacológico del medicamento (son predecibles por sus propiedades farmacológicas y dosis dependientes). Son las RAM que se presentan con mayor frecuencia, pero su letalidad es relativamente baja.

Tipo B: Son independientes de la acción farmacológica (no dosis dependientes, idiosincrásicas) y pueden deberse a circunstancias individuales (hipersensibilidad...). Son RAM menos frecuentes que las de tipo A, pero lo llamativo de su reacción adversa hace que tengan una elevada tasa de notificación, dada su mayor gravedad y letalidad.

Es difícil determinar en qué cantidad se producen realmente las RAM, debido fundamentalmente a que sólo se tienden a notificar las reacciones graves, pero también por la polimedicación y la tardanza a producirse los efectos.

La seguridad es una dimensión de calidad que ha tomado especial repercusión en los últimos años, dada la magnitud de los riesgos de la asistencia sanitaria. El estudio APEAS sobre seguridad en atención primaria, llevado a cabo en España en 2008, estima una prevalencia de efectos adversos en torno al 1% (en concreto 11,18 por mil) en las actuaciones de atención primaria. Pero dada la elevada frecuentación en este nivel, el estudio estima que aproximadamente un 7% de los ciudadanos puede padecer efectos adversos cada año como consecuencia de la atención sanitaria en este nivel. Se considera evitable un 70 % de los efectos adversos, más cuanto más graves. Casi el 50% (48,2%) de los efectos adversos están relacionados con la medicación. Casi el 60% (57,4%) de los pacientes con efectos adversos son mujeres (por tanto, no es más frecuente en varones).

La estrategia de la 5 Aes propuesta por la US Preventive Services Task Force (USPSTF), está especialmente recomendada para estructurar el consejo médico individual. Las 5 “Aes” son Averiguar (Asses), Aconsejar (Advise), Acordar (Agree), Ayudar (Assist) y Asegurar el seguimiento (Arrange).

Los métodos directos de educación sanitaria son aquellos en que el emisor de la información y el receptor individuo o grupo se encuentran en el mismo lugar y tiempo, próximos entre ellos, empleándose el lenguaje hablado (charlas, talleres, discusiones en grupo...). Aunque tienen menor difusión que los indirectos (medios de comunicación, carteles...), los métodos directos son más eficaces y selectivos.

1.19 Farmacovigilancia. Tarjeta amarilla.

Se define la farmacovigilancia como la “actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos una vez autorizados” Real Decreto 577/2013 de 26 de julio por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

La tarjeta amarilla es el formulario para la notificación de sospechas de reacciones adversas, en formato papel o electrónico. Es el principal soporte del sistema de notificación espontánea para la farmacovigilancia. Su denominación se debe al tradicional soporte en hojas amarillas, aunque en la actualidad muchos sistemas permiten generarla desde la historia clínica informatizada.

Las principales características de esta notificación son:

- Espontánea: no significa que sea “voluntaria” (es una obligación de los profesionales sanitarios), lo que indica es que se trata de una notificación a iniciativa del que la efectúa.
- De sospecha: La sospecha de RAM es motivo de declaración, no hace falta esperar a la confirmación, el sistema prioriza la sensibilidad sobre la especificidad.
- Nominal:

FEDRA son las siglas de Farmacovigilancia Española Datos de Reacciones Adversas, y es la denominación de la base de datos unificada de farmacovigilancia en España, creada en 1992.

Los farmacéuticos, parte del Sistema Nacional de Salud, han de asumir su responsabilidad en satisfacer las nuevas necesidades de los pacientes, relacionadas con los medicamentos, en consonancia con los requerimientos del Sistema Sanitario. Han de tener una mayor participación en los procesos de cuidado de salud relacionados con medicamentos, ya que

la efectividad y seguridad de los mismos no dependen exclusivamente de su alta calidad de fabricación.

Tomando como base la Constitución Española que reconoce, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y establece la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y servicios necesarios, convocando a los poderes públicos a fomentar la educación sanitaria. Más tarde, se redactó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que estructuró las medidas, prestaciones y servicios que conforman el derecho a la protección de la salud.

El uso de medicamentos no está libre de problemas, como numerosos estudios ponen de manifiesto, dado que por una parte llevan inherentes efectos no deseados y por otra, problemas de ineffectividad de los tratamientos. En la actualidad no existen dudas de que estos fallos, derivados del uso, provocan pérdidas en la salud de los pacientes y provocan pérdidas económicas al conjunto de la sociedad. Se ha demostrado que en torno a un 70 % de los problemas de salud originados por estos fallos pueden ser evitados.

El Ministerio de Sanidad y Consumo reconoce los fallos de la farmacoterapia como un importante problema de salud pública y establece estrategias coordinadas con las administraciones y los profesionales sanitarios para verificar que el Sistema Nacional de Salud pueda asegurar una mejora de la calidad de la prestación.

Los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) son “cualquier evento indeseable que presenta el paciente y en el que está involucrado o se sospecha que lo está el tratamiento farmacológico y que interfiere de manera real o puede interferir en la evolución deseada del paciente.” Posteriormente se redefine como “un problema de salud, entendido como resultado clínico negativo, derivado de la farmacoterapia que, producido por diversas causas, conduce a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.” La WONCA entiende como problema de salud: “cualquier queja, observación o hecho el paciente y/o médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente. La WONCA también define, el concepto de resultado como “cambio del estado de salud atribuible al antecedente de la intervención sanitaria”. Fernández Llimos hace una revisión bibliográfica del término PRM en el que se observa que el término es polisémico y que por

tanto expresa diferentes conceptos, este término ambiguo da cabida a numerosas interpretaciones⁵⁸.

Bajo las diversas definiciones y clasificaciones de PRM se ha mezclado proceso (causas) y resultados. Dentro del concepto de PRM se aúnan resultados negativos como las reacciones adversas con otros que son causas de dichos resultados, como las interacciones, el incumplimiento (falta de adherencia al tratamiento) o la infradosificación, entre otros.

1.20 Proceso general de atención al paciente. Uso del medicamento.

La actividad médica puede analizarse bajo el conocido paradigma SPO (siglas inglesas de Estructura (Structure), Proceso (Process) y Resultados (Outcomes)). Este paradigma diferencia entre la estructura (los recursos que se disponen), el proceso (lo que se hace), y el resultado, que fue definido por Donabedian como “el cambio en el estado de salud atribuible a la intervención sanitaria”. En ciencias de la salud, una estructura óptima seguida de un proceso óptimo no tiene porqué originar necesariamente un resultado positivo. Esta realidad justifica la investigación en resultados en salud.

El proceso general de atención al paciente (PGAP) se inicia en el momento en el que el paciente acude al médico. En este momento el médico evaluará al paciente con el objetivo de emitir un diagnóstico, establecerá un pronóstico y finalmente instaurará un tratamiento, que en la mayoría de los casos es farmacológico. Todo el proceso finaliza con un resultado final (outcome) que puede ser la curación o la muerte.

Pero este proceso general es un proceso complejo, formado por diferentes subprocesos en los que pueden intervenir diversos profesionales. Cada subproceso tiene entidad propia aportando elementos esenciales para el desarrollo del PGAP. Cada subproceso constará de una estructura, un proceso y generará a su vez unos resultados.

Si se opta por el plan farmacológico, el paciente abandona la consulta médica para comenzar con el tratamiento farmacológico iniciándose el subproceso “uso del medicamento”. El primer eslabón de este subproceso es la adquisición del medicamento. A

continuación el paciente comenzará a utilizar el medicamento. El paciente antes de la adquisición del medicamento debe conocerlo, debe saber para que lo toma, como lo debe tomar, que puede o no esperar de su uso y debe estar concienciado para cumplir el tratamiento.

Proceso del uso del medicamento:

El proceso de uso del medicamento, comienza en el momento en el que el médico entrega una prescripción al paciente. La relación que establece el paciente con la terapia es un factor muy influyente sobre el proceso de uso del medicamento. Esta relación está condicionada por la información que posee el paciente sobre los distintos aspectos de la terapia (para que lo ha de tomar, cómo, que ha de esperar o no esperar con su uso) que constituye el conocimiento del paciente sobre su medicamento. La ausencia de este conocimiento puede conducir a una baja motivación o aceptación de la terapia, que puede afectar a la continuidad del tratamiento. El desconocimiento de la terapia, puede afectar al cumplimiento del tratamiento. Si el paciente desconoce la indicación para la que fue prescrito el medicamento, puede no tener un motivo para continuar con el tratamiento, tomándolo discontinuamente o abandonando su uso, lo que desembocará en una disminución o ausencia de fármaco en sangre, pudiendo no alcanzar su objetivo terapéutico, por lo que la falta de adherencia al tratamiento puede llevar a una ineffectividad de la terapia.

La falta de conocimiento de la terapia y el incumplimiento de la misma, puede originar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM) entendiendo RNM como problemas de salud asociados al uso del medicamento. Por lo que la falta de conocimiento y el incumplimiento de la terapia son problemas relacionados con los medicamentos (PRM), ya que suponen para el usuario del medicamento un mayor riesgo de sufrir un efecto adverso. El conocimiento y el cumplimiento son elementos de proceso que forman parte inherente del Proceso General de Atención al Paciente ⁵⁸.

Si durante el subproceso de uso del medicamento no se evalúa y corrige o reafirma el conocimiento que tiene el paciente sobre el medicamento, es muy probable que realice el proceso de uso del medicamento erróneamente, o lo interrumpa, lo que puede traducirse en

un resultado negativo en el proceso de uso del medicamento. Por ello puede aparecer una reacción adversa debido a un error en el proceso de uso del medicamento originado por una falta de conocimiento del paciente sobre su medicamento ^{59,60}.

Se recoge en la literatura científica que el proceso de uso del medicamento ha de ser un acto racional. En 1985 en la Conferencia de Expertos en Uso Racional de Medicamentos convocada por la OMS en Nairobi lo definió como la situación en que la utilización del medicamento cumple un conjunto de requisitos: “el uso racional de los medicamentos implica que el paciente reciba el medicamento apropiado a sus necesidades clínicas, en la dosis correcta correspondiente a su requerimiento individual, por un periodo adecuado de tiempo, al menor costo.”

En función de los requisitos establecidos por la definición anterior de uso racional de medicamentos, puede identificarse los siguientes problemas que conducen a una utilización no adecuada del medicamento:

- Prescripción de un medicamento cuando la terapia no lo requiere.
- La no prescripción de un medicamento cuando está indicado.
- Prescripción de un medicamento no indicado para el diagnóstico establecido.
- La elección de un medicamento de eficacia o seguridad dudosa o no probada.
- Prescripción del medicamento correcto en inadecuada vía de administración, dosis o duración.
- Prescripción de medicamentos costosos.
- No proporcionar información adecuada al paciente sobre los medicamentos prescritos.
- No monitorizar el resultado de la terapia farmacológica prescrita.

Otros factores relacionados con el uso no adecuado de los medicamentos se deben al paciente:

- Automedicación.

- Problemas de acceso a la consulta.
- Escasa o inadecuada información sobre su terapia farmacológica.
- Información y creencias erróneas sobre los medicamentos.

Los factores debidos a los profesionales de la salud que conducen a un uso inadecuado del medicamento son ⁶¹:

- Limitada experiencia en el uso del fármaco.
- Falta de información objetiva sobre medicamentos.

Por tanto, uno de los factores básicos relacionados con el paciente, que influye directamente en el uso racional del medicamento, es el conocimiento que posee el paciente sobre su medicamento. El impacto del uso inapropiado de medicamentos puede ser visto de varias formas:

- Reducción de la calidad de la terapia que conduce al aumento de la morbilidad y mortalidad.
- Desperdicio de recursos que conduce a reducir la disponibilidad de otros medicamentos esenciales e incrementar los costos.
- Incremento del riesgo de efectos no deseados como reacciones adversas al medicamento y aumento de la resistencia al agente patógeno al medicamento.
- Impacto psicológico para los pacientes a quienes se les hace creer que existe un medicamento para cada problema de salud.

1.20 Cumplimiento terapéutico.

El cumplimiento o incumplimiento de los tratamientos terapéuticos en el marco de servicios sanitarios es uno de los temas más relevantes desde diferentes puntos de vista: el costo sanitario, la eficacia de los tratamientos y, desde luego la seguridad clínica.

En gran parte de la literatura científica se encuentra el término adherencia al tratamiento como sinónimo del cumplimiento terapéutico. Sin embargo esta identidad no es correcta. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. En muchos autores ingleses el cumplimiento terapéutico viene definido por la expresión “compliance”. El cumplimiento terapéutico se caracteriza como un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico y que puede expresarse como el “grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, incluyendo asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”. La Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS de junio de 2001 llegó a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”. Posteriormente la definición se modifica y queda como: “el grado en que el comportamiento de una persona-tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria.”

El incumplimiento de las pautas del tratamiento pueden ser un factor decisivo en la aparición de problemas de salud; la no adherencia al tratamiento se ha identificado como uno de los principales problemas de salud pública. La OMS en 2004, estimó que el porcentaje medio de pacientes que no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas oscila entre un 30-50%, lo que supone más de 2 pacientes de cada 5. El incumplimiento es un fenómeno asociado frecuentemente a las enfermedades crónicas. La falta de adherencia en las enfermedades agudas llega

al 20% y esta tasa es todavía más alta en el caso de regímenes terapéuticos que impliquen cambios en el estilo de vida, en pacientes ancianos, polimedicados o en exceso de complejidad en la administración de un medicamento.

La falta de adherencia al tratamiento puede originar la no consecución del objetivo terapéutico, provocando problemas de salud asociados al uso incorrecto del medicamento (RNM), por lo que el incumplimiento es un factor de riesgo para la aparición de Reacción Adversa Medicamentosa ⁶².

Además, el incumplimiento tiene una importante trascendencia económica. El coste del incumplimiento se traduce en ingresos hospitalarios que hubieran podido evitarse, pérdidas de productividad, muertes prematuras, visitas ambulatorias, consumo adicional de nuevos medicamentos y repetición de técnicas diagnósticas.

Las proporciones de abandono del tratamiento son muy variadas dependiendo del desarrollo de los países, del tipo de paciente, el tipo de enfermedad, el tipo de medicamento, el periodo de uso del medicamento...por lo que es difícil concretar una tasa de adherencia o no adherencia global al tratamiento. El profesional sanitario en su práctica clínica ha de tratar al paciente de manera individual, con todas sus variables, por lo que se hace necesario disponer de instrumentos de medida versátiles que permitan detectar factores de riesgo en cualquier tipo de paciente ⁶³.

Según las recomendaciones de la OMS, “aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”.

1.22 Conocimiento del paciente sobre el medicamento que utiliza.

Según la teoría cognoscitiva social, hay relaciones causales de secuencia entre el conocimiento, la actitud y la práctica (teoría de KAP: Knowledge, Attitude and Practice).

Esta teoría mantiene que, mientras que las personas pueden cambiar su conocimiento de manera inmediata o en un período muy corto de tiempo, es necesario semanas o meses para cambiar sus actitudes, en la mayoría de los casos, y años para cambiar su práctica o comportamiento. Por otro lado, conocimiento, actitud y práctica no siguen un patrón lineal y secuencial, ya que este acoplamiento se puede romper en cualquier paso del proceso. Por ejemplo, muchos pacientes no cumplen su tratamiento aunque “entienden” la razón o la importancia de la adherencia. Un mejor conocimiento es un paso importante hacia un cambio de la actitud y del comportamiento. Aunque una mejora del conocimiento no garantiza el cambio del comportamiento, el cambio del comportamiento raramente ocurre sin un cambio apropiado previo del conocimiento.

Una sociedad con un conocimiento pobre del cuidado de la salud y del medicamento no busca servicios clínicos apropiados y es propensa a la enfermedad.

El grado de conocimiento de la medicación que tienen los pacientes parece que favorece el cumplimiento y la automedicación responsable. La falta de información acerca de la enfermedad o el tratamiento, o el no entendimiento del paciente acerca de la información recibida, condiciona el conocimiento de éste sobre su medicamento y puede determinar el incumplimiento involuntario de la terapia. Según algunos autores, la carencia de información del medicamento es uno de los principales problemas del uso inadecuado para el 30-50% de los pacientes.

Buck y colaboradores, en una revisión sobre los trabajos que se dedican a desarrollar y difundir instrucciones escritas sobre los tratamientos, destaca el abundante uso de materiales escritos de información para sus pacientes y familiares. Con ello creía posible, a dos años vista, conseguir la meta propuesta por la FDA (Food and Drug Administration) de que para el 2000 el 75 % de los pacientes de EEUU recibiera información escrita sobre sus medicamentos. Sin embargo llama la atención sobre la necesidad de estandarizar el contenido de la información y el nivel de dificultad para la lectura de los materiales escritos, frecuentemente diseñados a un nivel más alto del que puede leer el paciente promedio, por lo que deben tenerse en cuenta previamente las necesidades y limitaciones de la población a la que se va a proveer de esta documentación.

Cegala y colaboradores realizaron un trabajo en el que se puso de manifiesto que aquellos pacientes que más preguntaban a los médicos y más participaban son los que mejor salud disfrutaban.

Cuando un paciente requiere tomar un fármaco debe tener la información necesaria para hacerlo de forma correcta. Al tener el conocimiento suficiente sobre el medicamento, la actitud del paciente suele consistir en reforzar su interés en seguir correctamente el tratamiento, lo que queda directamente reflejado en el cumplimiento de la terapia.

La educación sanitaria es el conjunto de actividades cuyo fin último es aportar una actuación profesional que contribuya a elevar la salud de las personas que usan medicamentos y trata de otorgarle autonomía y poder de decisión responsable a los pacientes, bien para la prevención o para el mejor control de la enfermedad. El paciente es el eje de la actuación de los profesionales, por el mero hecho de que los objetivos a conseguir se centran en su salud.

El proceso del uso racional del medicamento es un “puzzle” en el que se han de ensamblar numerosas piezas. Si las piezas que corresponden al área del conocimiento son correctas, si la información de cada una de las dimensiones del medicamento (posología, forma de administración, pauta, indicación, efecto esperado, duración del tratamiento, efectos adversos, precauciones, conservación, interacciones y contraindicaciones) es completa y correcta, el paciente tendrá un conocimiento óptimo que favorecerá una actitud positiva frente a la adherencia al tratamiento, pieza clave para el cumplimiento de la terapia.

Se puede encontrar, en la literatura científica, estudios que refieren diferentes áreas del conocimiento del medicamento, en los que predomina la medición del conocimiento de manera heterogénea. Algunos artículos evalúan el grado de conocimiento midiendo sólo el conocimiento de los efectos adversos del medicamento. Otros miden la posología, indicación, duración del tratamiento, instrucciones de uso, etc.

Delgado Silvera en 2003 define el Conocimiento del paciente sobre el medicamento como (= CPM) “conocimiento del paciente en cuanto a enfermedad, indicación del medicamento, dosis, pauta, efectos adversos, actitud frente al olvido de una dosis, como tomar los medicamentos, cambio de conocimientos”. Esta definición es poco ortodoxa, para ser

utilizada como conocimiento del paciente sobre su medicamento, ya que mezcla dimensiones del medicamento, de la patología y elementos de actitud del paciente.

1.23 ¿Qué es conocimiento?:

La Real Academia Española de la Lengua describe nueve acepciones para el término “conocimiento”:

- a. Acción y efecto de conocer.
- b. Entendimiento, inteligencia, razón natural.
- c. Conocido (persona con quien se tiene algún trato, pero no amistad).
- d. Cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que están activas. Perder recobrar el conocimiento.
- e. Documento que da el capitán de un buque mercante, en que declara tener embarcadas en él ciertas mercaderías que entregará a la persona y en el puerto designados por el remitente.
- f. Papel firmado en que se confiesa haber recibido algo de alguien, y se obliga a pagarlo o devolverlo.
- g. Noción, ciencia, sabiduría.

El Oxford English Dictionary define conocimiento con varias acepciones:

- a. La maestría y habilidades adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación; la comprensión teórica o práctica de un tema.
- b. Lo que se hace en un campo particular o en total; hechos e información.

c. Entendimiento o familiaridad ganados tras la experiencia de un hecho o de una situación.

Por tanto:

1. El conocimiento es una capacidad humana. Su transmisión implica un proceso de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es relativamente fácil, generar conocimiento no lo es.

2. El conocimiento tiene estructura y es elaborado. Implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre dimensiones abstractas o materiales.

3. El conocimiento es más que un conjunto de datos; es un conjunto de hechos, verdades o de información, almacenado a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección o representación interna (a priori). La representación interna es el proceso cognoscitivo (es la explicación a tu propio criterio).

4. El conocimiento es una relación entre sujeto y objeto. El conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que fuera de uno de estos, aquel no existe.

5. El conocimiento carece de valor si permanece estático. Sólo genera valor en la medida en que se mueve, es decir, cuando es transmitido o transformado.

6. El conocimiento genera nuevo conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia.

7. El conocimiento es siempre esclavo de un contexto en la medida en que el mundo real difícilmente puede existir completamente autocontenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (agente de salud) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (paciente).

8. El conocimiento puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

El conocimiento del medicamento se puede definir como “el conjunto de información adquirida por el paciente sobre su medicamento necesaria para un correcto uso del mismo”.

¿Qué información básica debe tener el paciente sobre su medicamento?

¿Qué criterios mínimos de información del medicamento son imprescindibles para utilizar correctamente el medicamento?

En la literatura científica la “información del medicamento” se recoge de forma polisémica. Por una parte “cualquier clase de conocimiento o mensaje que puede utilizarse para mejorar o posibilitar la intervención”. “El conjunto de datos que conforman los distintos aspectos del medicamento”.

En la era de la información, existe multitud de datos disponibles acerca de los medicamentos, pero no todos tienen la misma calidad científica ni relevancia en el proceso de uso. Resulta fundamental delimitar la información básica y necesaria para el uso adecuado del medicamento.

Lucena ⁵² recoge la información mínima necesaria para capacitar a los pacientes a seguir el tratamiento prescrito de forma efectiva y segura:

1. Conocer como tomar el fármaco, especificando dosis, condiciones en que debe tomarlo, régimen de administración y duración.
2. Conocer como conservarlo, en cuanto a condiciones de almacenamiento, reconocimiento de su adecuado uso y fecha de caducidad.
3. Conocer la influencia del fármaco sobre la evolución de la enfermedad, enumerando los síntomas básicos de la enfermedad que van a verse modificados, así como las consecuencias potenciales de la falta de cumplimiento, el reconocimiento de los efectos favorables que tiene que ocasionar (resultados esperados) y recoger las directrices a seguir si estos no se alcanzan.
4. Reconocer los problemas derivados de su uso, como aparición de reacciones adversas, precauciones a tomar en caso de tomarlos con otros fármacos, instrucciones en caso de una intoxicación accidental.

Para O'Neil y colaboradores ⁵³ la información mínima sobre el conocimiento del medicamento tiene que incluir:

- Para que es.
- Cómo tomarlo.
- Precauciones del medicamento y dietéticas.
- Posibles efectos adversos.

Otra manera de buscar cuál es la información del medicamento que se considera necesaria para el paciente es lo recogido en la legislación de los prospectos, dado que la fuente de información sobre el medicamento para el paciente de manera estricta ha de ser, en primer lugar, los profesionales de salud que intervengan en el proceso general de atención al paciente y en segundo lugar la información escrita que acompaña al medicamento, es decir, el prospecto del medicamento. Estos prospectos han de recoger la información básica del medicamento para el paciente. De ahí que las leyes que regulan el contenido de los prospectos permitan una aproximación a la información mínima que ha de conocer el paciente para utilizar correctamente su medicamento.

La ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios persigue la consecución del adecuado empleo del medicamento, promoviendo su uso seguro y eficaz para los consumidores.

1.24 Variables que influyen en el conocimiento del paciente sobre su medicamento.

Características intrínsecas al conocimiento del paciente sobre su medicamento.

El conocimiento no es una cualidad general del paciente que varía de uno a otro, como el género, el nivel educativo o la profesión, sino que es una característica de la relación del paciente con su medicamento, es decir, un paciente puede tener un conocimiento óptimo de uno de los medicamentos que está tomando, y sin embargo desconocer totalmente otro. Por

ello no se debe hablar de pacientes con un conocimiento excelente de manera general, sino particularizando este nivel de conocimiento a cada medicamento concreto.

El conocimiento que tiene un paciente sobre su medicamento se ve afectado por una serie de características propias del paciente y del medicamento en sí, que varía de un paciente a otro y de un medicamento a otro. Estas variables que pueden influir en el grado de conocimiento del paciente, están recogidas en los artículos en los que se mide el conocimiento del medicamento. Sin embargo, en la mayoría de ellos, no se establece el grado de asociación.

Características del paciente.

La variable que más se ha correlacionado con el conocimiento del medicamento es la edad y los resultados apuntan a que el conocimiento es inferior cuanto mayor en la edad del paciente. En algunos estudios se señala que el grupo de edad con mejor puntuación en el conocimiento es el comprendido entre 18 y 30 años, y los de conocimiento peor, los mayores de 61 años ⁶⁴.

Otras variables socio-demográficas que se han estudiado sobre el conocimiento han sido: el nivel de educación, la profesión, el género, la nacionalidad, el estado civil, el nivel socio-económico. También se ha relacionado con el conocimiento del medicamento otras características propias del paciente como son la patología principal, el diagnóstico, el estado mental, el número de medicamentos que toma el paciente ^{65,66}.

Con respecto al nivel de educación hay consenso, a menor nivel de educación menor grado de conocimiento.

Número de medicamentos

La mayoría de los estudios asocian el grado de conocimiento del medicamento con el número de medicamentos que toma el paciente y todos ellos coinciden en la dirección de la asociación; cuanto mayor es el número de medicamentos que conforma el tratamiento del paciente menor es el grado de conocimiento.

Características del medicamento.

La “naturaleza del medicamento” parece que influye de manera importante sobre el conocimiento del paciente. Varios estudios exponen que la forma farmacéutica, la vía de administración del medicamento y el tiempo de utilización del medicamento están relacionadas con el conocimiento del medicamento.

Cada vez es mayor la demanda de información por parte de la población sobre asuntos relacionados con la salud y los medicamentos. La elevada carga asistencial hace que el tiempo disponible para tal fin sea reducido. En contraposición existe un exceso de información de dudosa calidad y de fácil acceso para el ciudadano disponible a través de internet y diferentes medios audiovisuales. Lo que puede suponer que el usuario base su información del medicamento en otras fuentes diferentes a los agentes de salud, con el consiguiente riesgo de déficit en el conocimiento del medicamento pudiendo originar un erróneo proceso de uso y un posible resultado negativo asociado a la medicación ⁶⁷.

1. Hipótesis y Objetivos.

Hipótesis:

- Que influye la información recibida sobre la satisfacción de los pacientes que se hallan en tratamiento con psicofármacos.

- Que influye el nivel de estudios en el mayor o menor grado de satisfacción en la información recibida sobre los efectos secundarios de la medicación psicoactiva que recibe.

- Que influyen las variables socioculturales (sociodemográficos: nivel de estudios, ocupación) en el grado de satisfacción sobre la información recibida.

- Que influyen las variables socioculturales (sociodemográficas: nivel de estudios, ocupación) en el grado de satisfacción en la resolución de las dudas.

- Que la satisfacción en la resolución de las dudas depende de la fuente en la que busca resolver sus dudas el paciente.

- Que la satisfacción en la información recibida sobre los efectos de los psicofármacos dependen de quien informa sobre los mismos.

- Que el mayor o menor grado de satisfacción sobre la información recibida no depende del motivo de consulta, edad, sexo.

Objetivos:

1. Determinar la percepción de efectos secundarios que tienen los usuarios de psicofármacos.
2. Conocer si existe una adecuada comunicación entre el paciente que recibe el tratamiento con psicofármacos y el profesional sanitario.
3. Identificar qué fuentes de información utiliza el paciente en tratamiento con psicofármacos.
4. Valorar el grado de satisfacción con la información recibida por parte del paciente que se halla en tratamiento con psicofármacos.
5. Valorar el grado de satisfacción en la resolución de las dudas sobre el empleo de estos medicamentos.
6. Identificar los factores sociodemográficos que influyen sobre el conocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos por estos pacientes.
7. Queremos conocer si los usuarios de psicofármacos están satisfechos con la información recibida sobre los efectos secundarios de los psicofármacos.
8. Queremos conocer cuáles son los determinantes de la insatisfacción y donde buscan resolver las dudas.
9. También queremos conocer si existen determinantes culturales que influyan en estos resultados.

En definitiva conocer cuáles son las características del paciente en tratamiento con psicofármacos sobre el que hay que ser más proactivo por parte del profesional sanitario a la hora de dar información.

3.Método:

Instrumento de medida. El cuestionario.

La investigación de los fenómenos en el campo de la salud, aunque aparentemente sencillos, encierran una gran complejidad. El grado de satisfacción en la información recibida puede resultar difícil de medir. Para ello se ha utilizado la encuesta como tipo de diseño del estudio, la entrevista como técnica de investigación y el cuestionario como instrumento para la recogida de la información.

Según García Ferrando “un cuestionario es un instrumento, soporte o esqueleto de la investigación por encuesta, específicamente diseñado para poder cuantificar y universalizar la información de los sujetos así como controlar la estandarización del procedimiento de realización de la entrevista”. Su finalidad es conseguir la comparabilidad de la información. Al cuestionario se le asignan una serie de características ⁶⁸:

- a) No se observan los hechos directamente sino a través de las manifestaciones verbales o escritas que hacen los sujetos del estudio.
- b) Se puede indagar sobre aspectos objetivos y subjetivos de los fenómenos sociales.
- c) Permite reproducir la recogida de información de forma estandarizada.

El cuestionario ocupa un lugar preciso en el proceso global de la investigación. Se debe construir después de haber formulado los temas de investigación, de haber explicitado los objetivos y de haber redactado las preguntas que se vayan a realizar. Por lo que la construcción del cuestionario está constituida por diferentes fases, enmarcadas en las distintas etapas de la metodología de la investigación científica:

1. Definición del objeto de estudio. En esta fase, según Becker, se inicia la conceptualización.

2. Revisión y análisis de las diversas aportaciones al tema.
3. Establecer los objetivos específicos: concretar el objetivo general en cuestiones particulares.
4. Definir la población y la muestra: se define el universo poblacional y se selecciona una muestra de esta población, indicando el tamaño de la muestra, las características socio-demográficas y la dimensión temporal del estudio.
5. Determinación de las variables: proceso de traducción de las abstracciones teóricas o constructos a variables empíricas observables, para poder ser medidas. Esta fase es prioritaria, para eliminar posibles sesgos de especificación, estos errores suceden cuando el concepto implicado en la pregunta del cuestionario y aquel que debería medirse difieren.
6. Elección de la técnica de recogida de información y elaboración del instrumento.
7. Realización del pre-test o prueba piloto para comprobar el funcionamiento del cuestionario. Esta prueba se administra a un grupo de personas (30 a 50) que no tienen representatividad, pero que se aproximan a las características de la muestra definitiva. La prueba nos indica: los tipos de preguntas más idóneas, la comprensión de las preguntas, sencillez y extensión, el adecuado funcionamiento de las categorizaciones, las resistencias psicológicas, la fatiga del entrevistado y el orden interno de las preguntas.
8. Elaboración del cuestionario definitivo. Este cuestionario se pasará a la muestra representativa de la población objeto del estudio.
9. Formación de los encuestadores. Esta fase tiene como objetivo disminuir los posibles sesgos debidos al entrevistador.
10. Codificación y tabulación: la codificación consiste en un procedimiento técnico en el que los datos del cuestionario son transformados en símbolos numéricos, es decir escalas de medidas. Para ello se recurre a la adscripción de valores numéricos marginales a cada categoría de respuesta. La tabulación forma parte del proceso estadístico del análisis de datos

Participaron en el estudio pacientes ambulatorios de atención primaria de los centros de salud de Almoradí, Callosa del Segura, Dolores, Orihuela, La Mata (Torrevieja) que

consultaban en atención primaria y atención especializada ambulatoria y se hallaban recibiendo tratamiento con psicofármacos. El estudio se realizó desde el mes de julio hasta el mes de diciembre de 2015. También se realizó un estudio ambulatorio en la zona metropolitana de Lisboa, se incluyó una muestra de n = 160 paciente que consultaban en atención ambulatoria psiquiátrica y se hallaban en tratamiento con psicofármacos. También se ha incluido en el estudio una muestra recopilada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Karolinska de Praga de pacientes que consultaban de forma ambulatoria y se hallaban igualmente en tratamiento con psicofármacos (n=90).

La muestra española (n=399 pacientes) presentaba una edad media de 50,55 años, la muestra portuguesa (n=160 pacientes) presentaba una edad media de 53,11 años y la muestra checa (n=90 pacientes) presentaba una edad media de 44,6 años.

Variabes	Muestra Española	Muestra Portuguesa	Muestra Checa
	N= 399	N= 160	N=90
Edad media/D. Típica	50,55/16	53,11/11,58	44,6/13,5
Mujer	245 (61,4%)	115 (73,3%)	40 (44,4%)
Hombre	154 (38,6%)	45 (26,7%)	50 (55,6%)

Se elaboraron encuestas validadas previamente (análisis de tres expertos independientes y posterior estudio de la consistencia interna del cuestionario tras un pre-test en 50 pacientes con un alpha de Cronbach de 0,86 de 0,90 y 0,87 para la muestra española, portuguesa y checa respectivamente).

La selección de las muestras se realizó por muestreo aleatorio simple de los pacientes que acuden a consulta ambulatoria de primaria y especializada en psiquiatría, siendo el motivo principal de consulta alguna patología psiquiátrica.

Tras informar al paciente de los objetivos del estudio y obtener su correspondiente consentimiento se procedió a realizar la encuesta auto-administrada estando disponible el encuestador para resolver cualquier posible problema de comprensión e interpretación de las preguntas.

Los criterios de exclusión de los participantes en el estudio han sido: pacientes con un deterioro cognitivo que no le permitiera una buena comprensión del cuestionario, pacientes que tuvieran dificultades de lectura del cuestionario, pacientes con edad inferior a 20 años y con edad superior a 90 años.

El cuestionario es cerrado y anónimo, estructurado en 18 ítems. Consta de variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel de estudios, profesión) y otros ítems en los que se pretende indagar varios aspectos relacionados con el proceso de información médico-paciente y que han sido denominados:

1. Problema por los que consulta el paciente que recibe tratamiento con psicofármacos.
2. Síntomas percibidos por los pacientes en tratamiento con psicofármacos.
3. A quien comunica la percepción de estos síntomas.
4. Por qué no comunica la aparición de estos síntomas.
5. Fue informado de la posibilidad de aparición de estos efectos secundarios.
6. Quién le informó sobre la aparición de los efectos secundarios.
7. Grado de satisfacción con la información recibida.
8. Quién le gustaría que le hubiera informado.
9. En caso de duda sobre el tratamiento donde recurre para la resolución de las dudas.
10. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas.

Para realizar la codificación y definición de variables, para el cálculo de variables agregadas y para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0. Se realizó un análisis descriptivo univariante, mostrando la frecuencia de aparición de las distintas variables en la población de estudio. Para las variables cualitativas se obtuvieron tablas de fre-

cuencias absolutas y relativas, y para las cuantitativas, medidas de tendencia central (media), medidas de dispersión (desviación estándar) y medidas de posición (cuartiles).

En el anexo se aportan los formularios de encuestas en español, para la muestra española; portugués para la muestra portuguesa y en checo para la muestra de pacientes de la República Checa respectivamente.

ANEXO 1.

Cuestionario en español:

Desde la Universidad de Murcia, estamos realizando un estudio sobre la información en los pacientes psiquiátricos. El cuestionario es de carácter voluntario y anónimo.

Lea atentamente las preguntas que a continuación se formulan y conteste con sinceridad, en caso de tener alguna duda se le aclarará.

1.- Sexo. Hombre _____ Mujer _____ Edad en años _____

2.- ¿Cree que alguna vez la medicación que le han prescrito para los problemas por los que está siendo atendido en el servicio de psiquiatría le ha sentado mal?

- Sí
- No
- No lo sé

Si la respuesta es Sí, responda a las siguientes preguntas.

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 8

3.- ¿Para qué enfermedad tomaba el medicamento?

- Ansiedad
- Insomnio
- Depresión
- Trastornos alimentarios
- Irritabilidad
- Otras: _____

4.- ¿Qué sintió exactamente?

- Sequedad de boca
- Taquicardia
- Visión borrosa
- Pérdida del deseo sexual
- Mareos
- Nauseas
- Molestias de estomago
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor de cabeza
- Arritmia o palpitaciones
- Sueño
- Falta de sueño
- Reacciones en la piel
- Otras: _____

5.- ¿Se lo dijo a alguien?

- Sí
- No
- No lo recuerdo

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 7

6.- En caso afirmativo, ¿a quién se lo dijo?

- Familiar
- Amigo
- Médico
- Farmacéutico
- Enfermero
- Otro: _____

7.- En caso de que no se lo dijera a nadie, ¿Por qué fue?

- Creí que no era importante.
- No sabía como hacerlo.
- Pensé que no me harían caso.
- Pensé que se podría molestar el médico.
- otras razones.

8.- Le han informado sobre los efectos secundarios de los medicamentos que está tomando en la actualidad para su proceso?

- sí.
- no

9.- Quién le ha informado sobre los efectos secundarios:

- médico.
- enfermería.
- farmacéutico
- conocido.

10.- ¿Sabe por qué está tomando usted esta medicación?

- sí
- no

11.- ¿Cómo se llama el proceso que usted padece y por el que les están tratando?

12.- Si tiene usted dudas sobre un medicamento, ¿Dónde consulta?

- Internet
- Prospecto del medicamento
- Farmacéutico
- Médico de Familia
- Psiquiatra
- Enfermero
- Otro: _____

13.- Si tuviera usted duda sobre un medicamento, ¿Quién le gustaría que la informara?

- Médico de Familia
- Psiquiatra
- Enfermero
- Farmacéutico
- Otros: _____

14.- Indique el grado de satisfacción en el proceso de información sobre su enfermedad.

- 1- Nada
- 2- Regular
- 3- Aceptable

- 4- Bueno
- 5- Muy bueno

15.- Indique el grado de satisfacción sobre la resolución de las dudas surgidas en el curso de su tratamiento.

- 1- Nada
- 2- Regular
- 3- Aceptable
- 4- Bueno
- 5- Muy bueno

16.- ¿Qué nivel de estudios posee usted?

- No posee estudios
- Estudios básicos
- Estudios medios
- Estudios superiores

17.- ¿Qué profesión desempeña usted?

- Ama de casa
- Jubilado
- Personal sanitario
- Profesor
- Administrativo
- Otros: _____

ANEXO 2.

Cuestionario en Portugués:

Desde a Universidade de Murcia, estamos a realizar um estudo sobre a informação para os pacientes psiquiátricos. O questionário é de carácter voluntário e individual.

Leia atentamente as seguintes perguntas formuladas e responda com sinceridade, em caso de dúvida ser-lhe-á esclarecida.

1.- Sexo. Masculino ____ Feminino ____ Idade ____

2.- Achou nalgum momento que a medicação que lhe foi prescrita para os problemas que estão a ser tratados no serviço de psiquiatria lhe provocou mal estar?

- Sim
- Não
- Não sei

Se a resposta é Sim, responda às seguintes perguntas

Se a resposta é Não, passe para a pergunta 8

3.- Que doença(s) se prendia(m) tratar com a medicação que tomava?

- Ansiedade
- Insónias
- Depressão
- Transtornos alimentares
- Irritabilidade
- Outras: _____

4.- O que sentiu exactamente?

- Boca seca
- Taquicardia
- Visão desfocada
- Perda de desejo sexual
- Tonturas
- Náuseas
- Dores de estomago
- Diarréia
- Prisão de ventre
- Dor de cabeça
- Arritmias ou palpitações
- Sono
- Falta de sono
- Reacções cutâneas
- Outros: _____

5.- Disse a alguém?

- Sim
- Não
- Não me lembro

Se a resposta é não, passe para a pergunta ?

6.- Em caso afirmativo, a quem disse?

- Familiar
- Amigo
- Médico

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Outro: _____

7.- Em caso de não ter dito nada a ninguém, porquê?

- Achei que não fosse importante
- Esqueci-me
- Não sabia como fazê-lo
- Pensei que não me dariam atenção
- Pensei que poderia incomodar o médico
- Não sabia a quem dirigir-me
- Outro: _____

8.- Informaram-no sobre os efeitos secundários da medicação que está a tomar actualmente?

- Sim
- Não

9.- Quem o informou sobre os efeitos secundários:

- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Um conhecido

10.- Você sabe porque está a tomar esta medicação?

- Sim
- Não

11.- Como se chama a doença que você padece e que lhe estão a tratar? _____

12.- Se você tem dúvidas sobre um medicamento, onde consulta?

- Internet
- Bula do medicamento
- Farmacêutico
- Médico de família
- Psiquiatra
- Enfermeiro
- Outro: _____

13.- Se você tivesse dúvidas sobre um medicamento, quem gostaria que o informasse?

- Médico de família
- Psiquiatra
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Outro: _____

14.- Indique o grau de satisfação quanto à informação prestada sobre a sua doença:

- 1- Nada
- 2- Pouco
- 3- Aceitável
- 4- Bom
- 5- Muito bom

15.- Indique o grau de satisfação sobre a resolução das dúvidas que lhe surgiram durante o seu tratamento:

- 1- Nada
- 2- Pouco
- 3- Aceitável
- 4- Bom
- 5- Muito bom

16.- Que nível de estudos você tem?

- Sem estudos
- Ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino superior

17.- Que profissão tem?

- Dona de casa
- Reformado
- Pessoal sanitário
- Professor
- Administrativo

Outro: _____

ANEXO 3.

Cuestionario en Checo:

Vážená paní, vážený pane, prosíme Vás o vyplnění krátkého dotazníku týkajícího se nežádoucích účinků léků.

Přečtěte si pozorně následující otázky a odpovězte upřímně, máte-li jakékoliv otázky, budou Vám zodpovězeny.

Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Označte křížkem nebo napište odpověď

1.- Pohlaví Muž _____ Žena _____ Věk _____

2. Myslel/a jste si někdy, že léky, které v léčbě vaší duševní nemoci na psychiatrii dostáváte, pro Vás nejsou vhodné?

Ano

Ne

Nevím.

3.- Pro jaké příznaky/ onemocnění jste léky užíval/a?

Úzkost

Nespavost

Deprese

Poruchy příjmu potravy

Podrážděnost

Ostatní: _____

4.- Co jste přesně cítil? Jaké nežádoucí účinky jste měl/a?

Sucho v ústech

Zrychlený srdeční puls

Rozmazané vidění

Ztrátu sexuální touhy

Závrať

Nevolnost

Žaludeční obtíže

Průjem

Zácpu

Bolest hlavy

Poruchy srdečního rytmu nebo bušení srdce

Spánek/ospalost/spavost

Nespavost

Kožní reakce

Jiné: _____

5. Řekl/a jste o tom někomu?

Ano.
Ne.
Nevzpomínám si

6. Komu jste o nich řekl/a?

příbuznému
příteli
lékaři
lékárníkovi
zdravotní sestře
někomu jinému: _____

7.- V případě, že jste nikomu neřekl/a, proč tomu tak bylo?

Myslel/a jsem, že to není důležité.
Zapomněl/a jsem
Nevěděl/a jsem, jak to udělat.
Myslel/a jsem, že by mě nevyslechl.
Myslel/a jsem, že lékař bude naštvaný.
Nevěděl/a jsem, na koho se obrátit.
jiné důvody

8.- Byl jste informován o vedlejších účincích léků, které v současné době užíváte v léčbě Vašeho onemocnění?

Ano
Ne

9.- Kdo vás informoval o vedlejších účincích:

Lékař
Ošetřovatel
Lékárník
Nebo známý/á.

10. Víte, proč užíváte tyto léky?

Ano
Ne

11.- Jaký je název onemocnění, kterým trpíte a proč jste léčen?

12.- Pokud máte o lécích, které užíváte, pochybnosti, kde se poradíte?

Na internetu

Přečtu si prospekt léčivého přípravku

Konzultuju s lékárníkem

S rodinným lékařem

S psychiatrem

Se zdravotní sestrou

nebo jiné: _____

- Pokud máte o léku nějaké pochybnosti, komu byste to rád sdělil?

Rodinnému lékaři

Psychiatrovi

Zdravotní sestře

Lékárníkovi

Někomu jinému: _____

14. Uveďte stupeň spokojenosti s procesem podávání informací o vaší nemoci.

1- Nulová

2- Běžná

3- Střední

4- Dobrá

5- Velmi dobrá

15. Uveďte míru spokojenosti s tím, jak se řešila vaše nespokojenost nebo obavy spojené s užíváním psychiatrických léků.

1- Nulová

2- Běžná

3- Střední

4- Dobrá

5- Velmi dobrá

16. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Základní

Střední

Vysokoškolské

17. Jaká je Vaše profese?

V domácnosti

důchodce

zdravotník

učitel

úředník /úřednice

Nebo jiná: _____

Resultados:

En la muestra española, 95 casos presentaron ansiedad (23,8 %), 50 casos presentaron insomnio (12,5 %), 125 casos presentaron depresión (31,3 %), y 8 casos presentaron desórdenes alimentarios (2%), mientras que otras alteraciones psiquiátricas fueron 30,4%. Los pacientes ambulatorios bajo tratamiento con fármacos psicoactivos pensaban que sufrían algún efecto secundario atribuible al empleo de este medicamento en el 46,9 % de los pacientes de la muestra.

En la muestra portuguesa, se obtuvieron los siguientes resultados: ansiedad (21,7 %), insomnio (13 %), depresión (53 %), desórdenes alimentarios (4,9 %) y otros (7,4 %). Y el 60,2 % pensaban que tenían algún efecto secundario atribuible al tratamiento.

En la muestra checa, por el contrario se obtuvieron los siguientes resultados: ansiedad 28 casos (31 %), insomnio 13 casos (14 %), depresión 42 casos (46,7 %), trastorno alimentario 3 casos (3,3 %), Y el 42% (38 casos) pensaba que sufría algún efecto secundario atribuible al empleo de psicofármacos.

En la muestra española los que comunicaban la percepción de estos efectos adversos suponía el 49,9 % de la muestra mientras que portugueses y checos comunicaban la percepción de los efectos adversos en un 71,4 % y 75,6 % respectivamente.

Hay una gran heterogeneidad en cuanto a los síntomas percibidos por el paciente en tratamiento con fármacos psicoactivos. La sequedad de boca era un síntoma frecuente y se presentaba en un porcentaje del: 8,8 % en la muestra española, 11,1% en la portuguesa y 22,2 % en la checa. En cuanto a la pérdida de deseo este síntoma se presentaba en el 5,8 % de la española, 13 % de la portuguesa y 20 % de la checa.

Preguntados sobre a quién comunicaron la aparición de los efectos secundarios atribuibles al empleo de los psicofármacos la muestra hispana arrojó los siguientes porcentajes: familiar (24,6 %), médico (18 %); frente a lo que ocurre en la muestra portuguesa: familiar (33%), médico (53,4 %) y en el caso de checa los resultados fueron similares: familiar (27,8 %) y médico (44,4%). Llama la atención la poca comunicación al médico de la muestra española comparativamente con respecto a la muestra portuguesa y checa. Es el

médico el responsable de informar al paciente, pero el paciente busca en el caso de la muestra española otros interlocutores para transmitir la aparición de los efectos adversos.

En el caso de aquellos pacientes que percibieron la presencia de algún síntoma que atribuían al efecto del psicofármaco pero que por el contrario no comunicaron su aparición los motivos de no hacerlo fueron igualmente variados: no sabía cómo hacerlo: 31,4/29,4/28%; no pensé que fuera importante: 22,4/19,6/31,2%; pensaba que no me harían caso: 30,3/27,4/15,6%; pensé que haría el ridículo: 15,7/23,5/25%.

En la muestra española indicaron haber recibido información sobre los efectos secundarios de los psicofármacos el 56,6 %; en la portuguesa el 65,8 % y en la checa el 66,7 %. En la muestra española el médico informa en el 49,6 % de los pacientes, mientras que en la muestra portuguesa y checa informa el médico en un porcentaje del 55,27 % frente al 65,6% de la muestra checa.

Observamos que en la muestra portuguesa otros profesionales de la salud informan con un porcentaje mayor que en la muestra española.

Los pacientes indicaron que sabían porque estaban tomando esta medicación en un 92,2% en la muestra española y en un 91,3% en la muestra portuguesa. También porcentaje similar en la muestra de pacientes checos del 91,1%.

La ley reguladora de la autonomía del paciente (Ley 41/2002) garantiza el derecho a la información del paciente. Nos llama la atención que sólo recurriesen al médico de familia en un 29,1 % en la muestra española y en un 39,1% en la muestra portuguesa cuando el 63,4% y el 38,5% respectivamente manifiestan el deseo de ser informados por el médico de familia. También nos llama la atención que en la muestra de pacientes de la República Checa tan sólo recurren al médico de familia el 12,2% y prefieren ir al psiquiatra el 38,5 %. Quizás esta discordancia manifieste una dificultad de accesibilidad al profesional médico. Por otro lado esto contrasta igualmente con la facilidad de acceso a la información en la red. Observamos que los portugueses buscan más la información en el médico de familia y psiquiatra y no tanto en internet o prospecto. Sin embargo en la muestra checa se observa que se recurre más al psiquiatra que al médico de familia y también emplean internet en un porcentaje similar a la muestra española.

Los datos obtenidos en la muestra española/portuguesa/checa indicaron que si dudaban sobre el medicamento buscaban más información en: internet (20,6%/16,14%, 23,3%), prospecto (24,8%/12,42%, 17,8 %), farmacéutico (9,5%/4,9%/3,3%), médico de familia (29,1%/39,1%/12,2%), psiquiatra (11,5%/22,98%/38,5%), enfermero (1,5%/1,8%/3,3%).

En cuanto a la preferencia sobre quien desea que les informe sobre la aparición de los efectos adversos de los psicofármacos: Médico de familia (63,4%/38,5%/12,2%), Psiquiatra (29,6%/56,5%,82,2%), enfermero (2%/0,6%/1,1%), farmacéutico (2,5%/2,4%/1,1%). Por tanto el paciente en tratamiento con psicofármacos desea que el profesional de la salud (médico/psiquiatra) sea el que le informe de forma preferente sobre los efectos secundarios de los psicofármacos. Cuando este deseo de información no es satisfecho busca otras fuentes de información de manera preferente el prospecto e internet. Esto revela que los profesionales sanitarios deben cuidar más el aspecto comunicativo con el paciente otorgando un mayor peso a la información.

Se indago sobre el grado de satisfacción de la información recibida sobre el tratamiento con psicofármacos y se obtuvo un elevado porcentaje de insatisfacción del paciente con respecto a la información recibida (65,6%/52,1%). La satisfacción del paciente con la información recibida se graduó en una escala tipo Liker de nada, regular, aceptable, bueno, muy bueno, obteniéndose los siguientes resultados en nuestra muestra española, portuguesa y checa, respectivamente: nada (7%/5,6%/3,3%), regular (26,8%/7,4%/17,8 %), aceptable (31,8%/39,1%/28,9%), bueno (21,6%/36,6%/21,1%), muy bueno (12,8%/8,7%/27,8%).

En cuanto al grado de satisfacción sobre la resolución de las dudas en el tratamiento administrado los resultados obtenidos fueron los siguientes: nada (7,3%/1,24%/3,3%), regular (24,8%/5,6%/20%), aceptable (30,8%/44,7%/24,4%), bueno (20,8%/44%/28,9%), muy bueno (13,5%/3%/22,2%).

Las características de los pacientes psiquiátricos en cuanto a su grado de formación era el siguiente: no poseen estudios (22,1%/16,14%/6,7%), estudios básicos (41,9%/44,7%/17,8%), estudios medios (24,3%/30,4%/57,8), estudios superiores (11%/8,7%/17,8%).

Y las características de ambas muestras con respecto a la ocupación o profesión que desempeñan eran las siguientes: ama de casa (20,3%/14,9%/15,6%), jubilado

(27,3%/29,2%/27,8%), personal sanitario (1,5%/4,3%/8,9 %), profesor (5%/3,7%), administrativo (14,5%/13%/13,3%), Otros (30,1%/34,7%/34,4%).

Tabla I. Comparativa de las frecuencias de los resultados obtenidos de la muestra española, portuguesa y checa.

Problema de consulta	Muestra española	Muestra portuguesa	Muestra checa
Ansiedad	95 (23,8 %)	35 (21,7 %)	28 (31 %)
Insomnio	50 (12,5%)	21 (13%)	13 (14,4%)
Depresión	125 (31,3%)	86 (53%)	42(46,7%)
Trastorno alimentario	8 (2%)	8 (4,9 %)	3 (3,3)
Cree tener efectos secundarios por el uso del psicofármaco.			
Sí	187 (46,9 %)	97 (60,2%)	38 (42,2%)
No	183 (45,9 %)	48 (29,8 %)	37 (41,1%)
No lo sabe	28 (7%)	16 (9,9%)	15 (16,7%)
Síntomas percibidos			
Sequedad de boca	35 (8,8%)	18 (11,1%)	20 (22,2 %)
Taquicardia	16 (4%)	13 (8%)	6 (6,7 %)
Visión borrosa	19 (4,8%)	26 (16,1%)	9 (10%)
Pérdida de deseo	23 (5,8%)	21 (13%)	18 (20%)
Mareos	47 (11,8%)	17 (10,5%)	8 (8,9 %)
Nauseas	19 (4,8%)	6 (3,7%)	6 (6,7 %)
Molestias de estómago	38 (9,5%)	13 (8%)	3 (3,3%)
Diarrea	13 (3,3%)	3 (1,8 %)	2 (2,2%)
Estreñimiento	6 (1,5 %)	9 (5,5%)	2 (2,2%)
Dolor de cabeza	25 (6,3%)	14 (8,6 %)	6 (6,7%)
Arritmia	17 (4,3%)	1 (0,6%)	1 (1,1%)
Sueño	10 (2,5 %)	10 (6,2 %)	2 (2,2%)
Insomnio	5 (1,3%)	1 (0,6 %)	1 (1,1%)
Otros	2 (0,5 %)	0	5 (5,6%)
Comunicó los síntomas a alguien			
Si	199 (49,9 %)	115 (71,4 %)	68 (75,6%)
No	71 (17,8 %)	24 (14,9 %)	15 (16,7%)
no recuerda	8 (2%)	15 (9,3 %)	4 (4,4%)
A quien comunicó los síntomas			
Familiar	98 (24,6%)	53 (32,9 %)	25 (27,8%)
Amigo	23 (5,8 %)	7 (4,3%)	4 (4,4%)
Médico	72 (18 %)	57 (35,4%)	40 (44,4%)
Farmacéutico	4 (1%)	2 (1,2%)	1 (1,1%)
Enfermero	5 (1,3%)	1 (0,6 %)	1 (1,1%)

Variables	Muestra española	Muestra portuguesa	Muestra checa
No responde	197(49,5%)	41 (25,4%)	19 (21,1%)
Porqué no lo comunicó			
No sabía como hacerlo	28 (31,46%)	15 (29,41 %)	9 (28%)
No pensé que fuera importante	20 (22,47 %)	10 (19,6%)	10 (31,2%)
Pensé que no me harían caso	27 (30,33%)	14 (27,45%)	5 (15,6 %)
Pensé que haría el ridículo	14 (15,73%)	12 (23,53%)	8 (25 %)
Ha sido informado sobre los efectos secundarios.			
Sí	226 (56,6 %)	106 (65,8 %)	60 (66,7%)
No	166 (41,6 %)	54 (33,54 %)	30 (33,3%)
Quién le ha informado			
Médico	198 (49,6 %)	89 (55,27 %)	59 (65,6%)
Enfermería	27 (6,8 %)	20 (12,4 %)	2 (2,2%)
Farmacéutico	10 (2,5 %)	13 (8 %)	4 (4,4%)
Conocido	11 (2,8 %)	7 (4,3%)	2 (2,2%)
Sabe porque está tomando esta medicación			
Sí	368 (92,2 %)	147 (91,3 %)	82 (91,1%)
No	26 (6,5 %)	13 (8 %)	6 (6,7 %)
En caso de duda, donde busca la información			
Internet	82 (20,6 %)	26 (16,14 %)	21 (23,3%)
Prospecto del medicamento	99 (24,8 %)	20 (12,4 %)	16 (17,8 %)
Farmacéutico	38 (9,5 %)	8 (4,9 %)	3 (3,3%)
Médico de familia.	116 (29,1 %)	63 (39,1 %)	11 (12,2%)
Psiquiatra	46 (11,5 %)	37 (22,9 %)	35 (38,5 %)
Enfermera	6 (1,5 %)	3 (1,8 %)	3 (3,3%)
Quién le gustaría que le informara sobre los efectos adversos de la medicación			Chequia
Médico de familia	253 (63,4 %)	62 (38,5 %)	11 (12,2%)
Psiquiatra	118 (29,6 %)	91 (56,5 %)	74 (82,2 %)
Enfermero	8 (2%)	1 (0,6 %)	1(1,1 %)
Farmacéutico	10 (2,5 %)	4 (2,4 %)	1(1,1 %)
Grado de satisfacción sobre la Información.			
Nada	28 (7%)	9 (5,6 %)	3(3,3%)
Regular	107 (26,8 %)	12 (7,4 %)	16 (17,8 %)
Aceptable	127 (31,8 %)	63 (39,1 %)	26 (28,9 %)

Variables continuación	Muestra española	Muestra portuguesa	Muestra checa.
Bueno	86 (21,6 %)	59 (36,6 %)	19 (21,1 %)
Muy bueno	51 (12,8 %)	14 (8,7 %)	25 (27,8 %)
Grado de satisfacción confrontando negativo con positivo			
Negativo	135 (33,83%)	21 (13,37%)	19 (21,1%)
Positivo	137 (34,33 %)	73 (46,49 %)	43 (47,8 %)
Grado de satisfacción en la resolución de las dudas			
Nada	29 (7,3%)	2 (1,24 %)	3 (3,3 %)
Regular	99 (24,8 %)	9 (5,6 %)	18 (20 %)
Aceptable	123 (30,8 %)	72 (44,7 %)	22 (24,4 %)
Bueno	83 (20,8 %)	71 (44 %)	26 (28,9%)
Muy bueno	54 (13,5 %)	5 (3%)	20 (22,2%)
Grado de satisfacción en la resolución de las dudas confrontando positivo/ negativo.			
Negativo	128 (32,98 %)	11 (6,9 %)	19 (21,1%)
Positivo	137 (35,3%)	76 (47,79 %)	43 (47,8%)
Nivel de estudios			
Sin estudios	88 (22,1 %)	26 (16,14 %)	6 (6,7 %)
Estudios básicos	167 (41,9 %)	72 (44,7 %)	16 (17,8%)
Estudios medios	97 (24,3%)	49 (30,4 %)	52 (57,8%)
Estudios superiores	44 (11 %)	14 (8,7 %)	16 (17,8%)
Ocupación			
Ama de casa	81 (20,3 %)	24 (14,9 %)	14 (15,6 %)
Jubilado	109 (27,3 %)	47 (29,2 %)	25 (27,8 %)
Personal sanitario	6 (1,5 %)	7 (4,3%)	8 (8,9 %)
Personal docente	20 (5 %)	6 (3,7 %)	
Administrativo	58 (14,5 %)	21 (13 %)	12(13,3%)
Otros	120 (30,1 %)	56 (34,7 %)	31(34,4%)

Tabla II. Resultados Chi-cuadrado de las tres muestras.

	Xi cua- drado	Grado de liber- tad	Significación estadística
Sexo (varón/mujer)	8,23	2	0,016
El paciente cree que pre- senta efecto secundario (si/no)	20,78	6	0,002
Ansiedad Insomnio Depresión Trastorno alimentario	19,01	8	0,015
Efectos secundarios perci- bidos por el paciente	69,38	28	0,000
Lo comunico si/no	15,06	4	0,005
A quien se lo comunicó familiar/ medico	19,6	10	0,033
Por qué no lo comunicó No sabía/no me harían caso	10,89	8	0,208
Ha sido informado sobre los probables efectos se- cundarios; si/no	5,6	4	0,231
Quien le informo: médico	14,60	6	0,024
Sabe porque está tomando la medicación si/no	0,431	2	0,806
Si duda sobre el tratamien- to donde busca la infor- mación: internet Prospecto, Medico	69,313	12	0,000
Quien le gustaría que le informara medi- co/psiquiatra	104,33	8	0,000
Grado de satisfacción con la información	52,78	8	0,000
Nivel de estudios	54,24	6	0,000
Profesión	21,96	12	0,038
Satisfacción con la infor- mación recibida Insatisfe- cho/satisfecho	23,39	4	0,000
Satisfacción con la resolu- ción de las dudas. Insatis- fecho/satisfecho	46,5	4	0,000

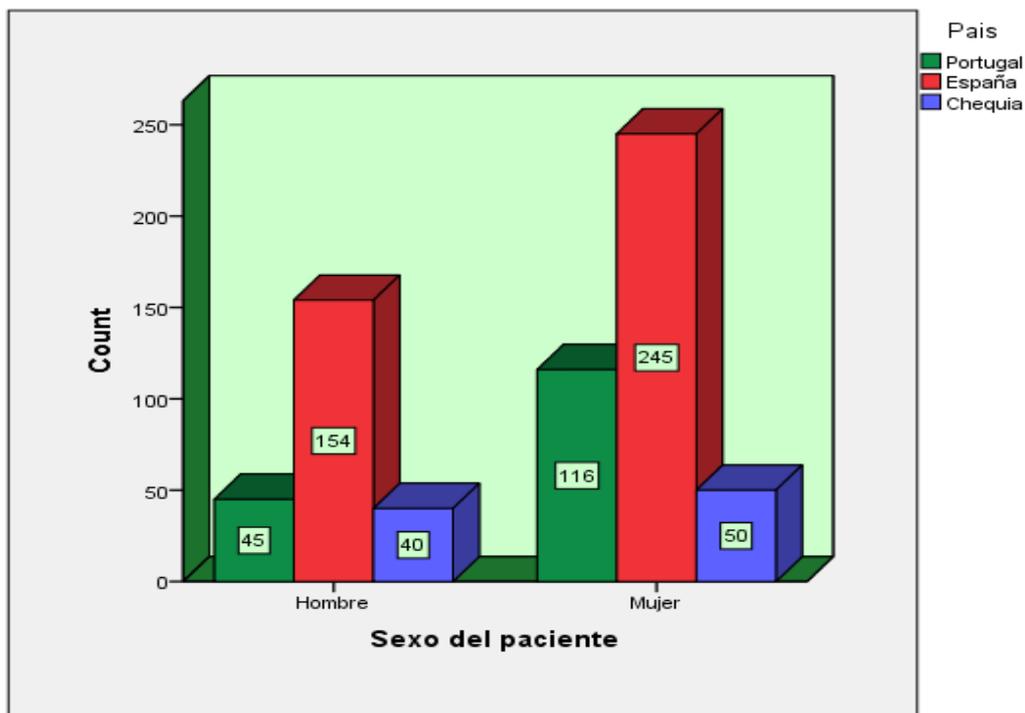
Tabla 1. Sexo x País y Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

Sexo del paciente * Pais Crosstabulation

Count		Pais			Total
		Portugal	España	Chequia	
Sexo del paciente	Hombre	45	154	40	239
	Mujer	116	245	50	411
Total		161	399	90	650

Pearson Chi-Square	8,239	2	,016
Likelihood Ratio	8,405	2	,015
Linear-by-Linear Association	7,865	1	,005
N of Valid Cases	650		

Gráfica 1. Distribución por sexo de las muestras de los tres países.



Como observamos en el gráfico 1. en la muestra española y portuguesa existe una mayor proporción de mujeres con respecto a varones. Mientras en la muestra checa esta proporción es menor. En este resultado puede influir que hallan menos individuos que han participado en el estudio de la muestra checa. Existe una diferencia estadísticamente significativa al obtenerse una Chi cuadrado de 0,016 como muestra la Tabla 1.

Tabla 2. Sexo y nivel de estudio. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

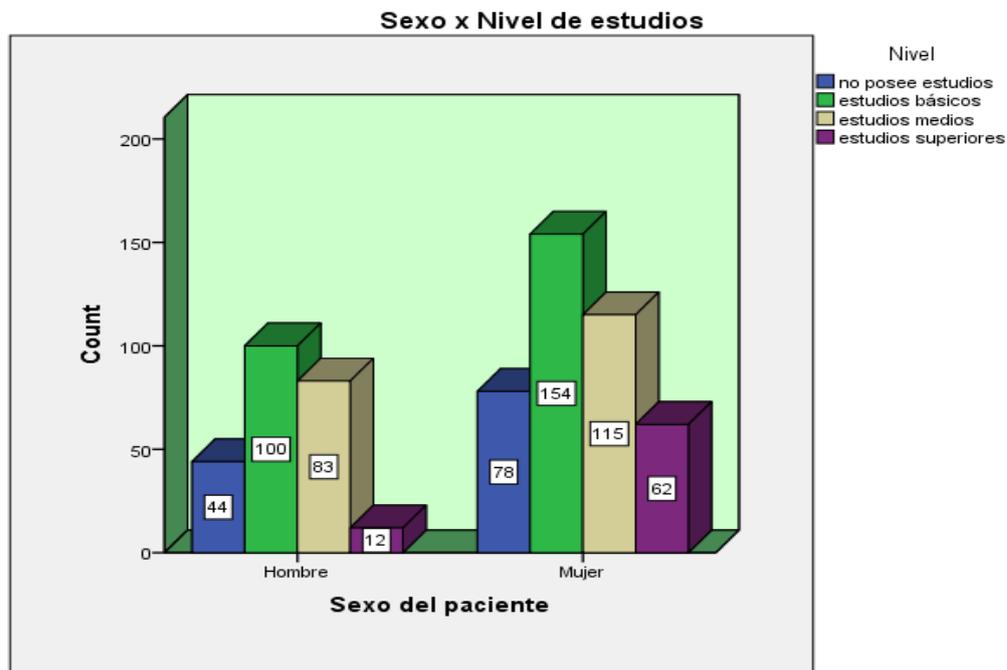
Sexo del paciente * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Sexo del paciente	Hombre	44	100	83	12	239
	Mujer	78	154	115	62	409
Total		122	254	198	74	648

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,444	3	,001
Likelihood Ratio	18,227	3	,000
Linear-by-Linear Association	3,065	1	,080
N of Valid Cases	648		

Gráfica 2. Distribución por sexos y el nivel de estudios



También observamos que existe diferencias en cuanto al sexo y el nivel de formación (Gráfica 2). Observamos que en las mujeres hay una mayor proporción de estudios superiores y también de estudios medios y básicos. Estas diferencias son estadísticamente significativas al obtenerse un resultado de Chi-cuadrado de 0,01 como muestra la Tabla 2.

Tabla 3. Cruce de Sexo del paciente con la Profesión. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

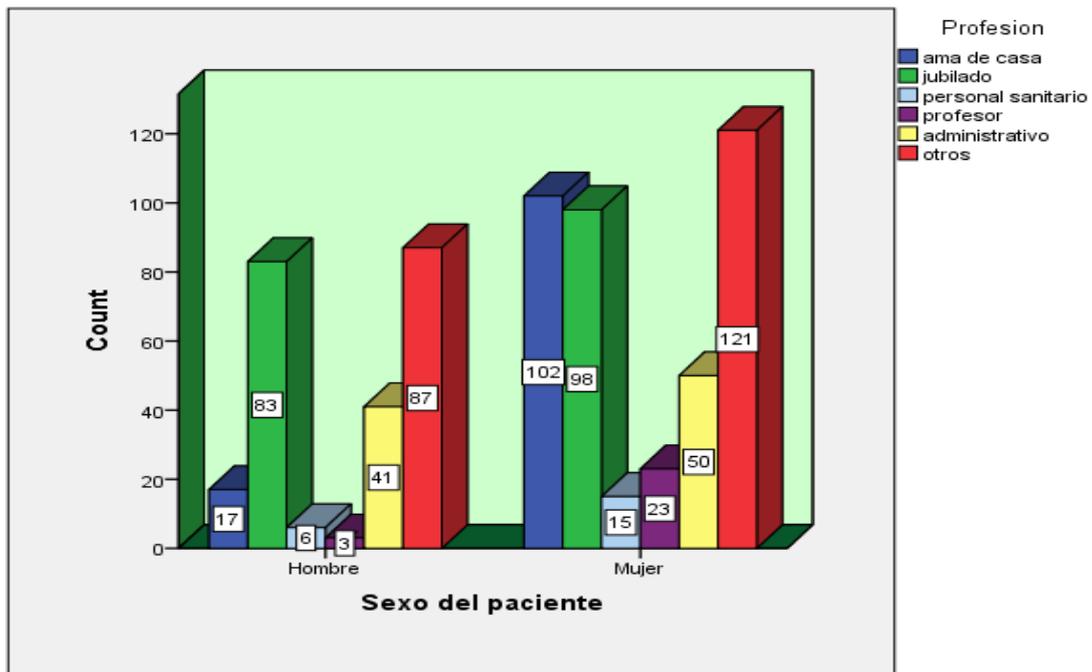
Sexo del paciente * Profesion Crosstabulation

Count		Profesion						Total
		ama de casa	jubilado	personal sanitario	profesor	administrativo	otros	
Sexo del paciente	Hombre	17	83	6	3	41	87	238
	Mujer	102	98	15	23	50	121	409
Total		119	181	21	26	91	208	647

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46,715	6	,000
Likelihood Ratio	52,162	6	,000
Linear-by-Linear Association	6,944	1	,008
N of Valid Cases	647		

Gráfica 3. Sexo del paciente y Profesión-Ocupación.



Al analizar la profesión ocupación en función del sexo observamos que existe diferencias muy significativas como muestra la Chi cuadrado 0,000 tabla 3. Como vemos la mujer sigue siendo el ama de casa y también la que tiene una mayor proporción en las administrativas, personal sanitario y otros. Si bien en este “otros” hay una gran heterogeneidad.

Tabla 4. Crees percibir algún efecto secundario atribuible al empleo del psicofármaco x Satisfacción de las dudas. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.

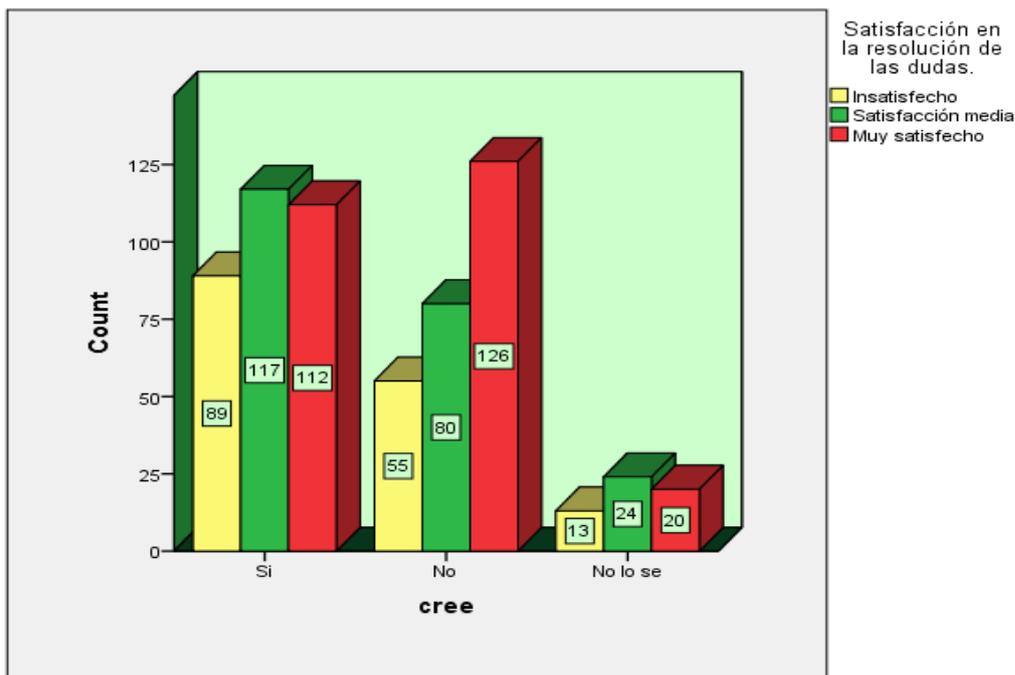
cree * SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción con la resolución dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy satisfecho	
cree	Si	89	117	112	318
	No	55	80	126	261
	No lo se	13	24	20	57
	No contesta	1	0	0	1
Total		158	221	258	637

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,920	6	,021
Likelihood Ratio	14,586	6	,024
Linear-by-Linear Association	1,242	1	,265
N of Valid Cases	637		

Gráfica 4. Cree percibir efectos secundarios y Satisfacción en la resolución de las dudas.



Observamos que aquellos pacientes que creen percibir efectos secundarios presentan un mayor grado en la satisfacción de las dudas. Esta diferencia es estadísticamente significativa como muestra la Tabla 4 con una Chi cuadrado de 0,021. Hay más insatisfacción en la resolución de las dudas en aquellos que perciben efectos secundarios que en quienes no los perciben.

Tabla 5. Cree percibir efectos secundarios atribuibles a los psicofármacos con País de procedencia de la muestra. Análisis Pearson Chi-Square.

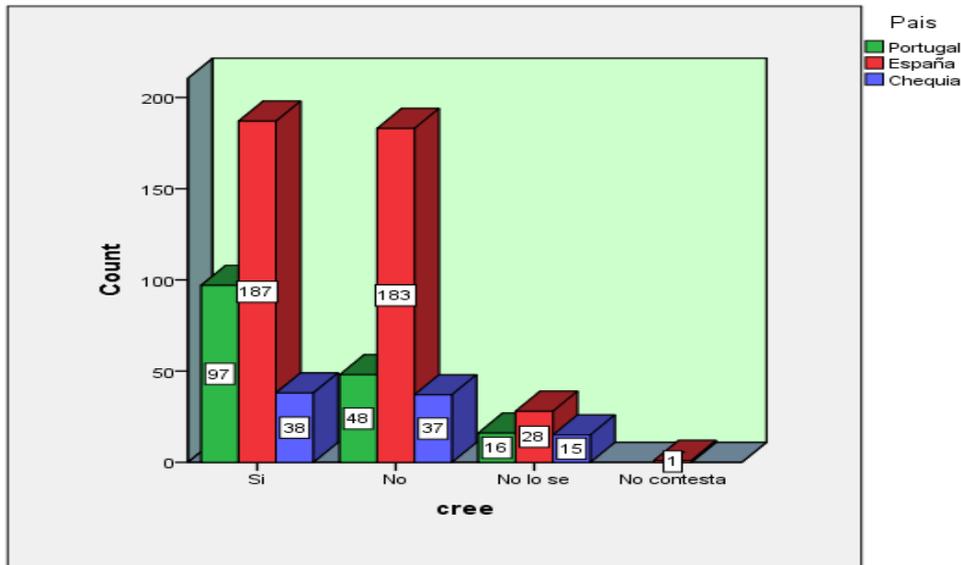
cree * País Crosstabulation

Count		País			Total
		Portugal	España	Chequia	
cree	Si	97	187	38	322
	No	48	183	37	268
	No lo se	16	28	15	59
	No contesta	0	1	0	1
Total		161	399	90	650

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,780	6	,002
Likelihood Ratio	20,433	6	,002
Linear-by-Linear Association	,435	1	,510
N of Valid Cases	650		

Gráfico 5. Cree presentar efectos adversos atribuibles al medicamento y país de procedencia de la muestra.



En la muestra portuguesa existe una mayor proporción de pacientes que refieren percibir efectos secundarios atribuibles a los psicofármacos que emplean. Mientras que en la muestra española y checa apenas existen diferencias, existe casi igual número de pacientes que atribuyen los efectos secundarios al empleo del medicamento como los que no. La tabla 5 muestra que esta diferencia es estadísticamente significativa con una Chi cuadrado de 0,02.

Tabla 6. Cruce de Cree percibir efectos secundarios atribuibles a los psicofármacos con Nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi Square.

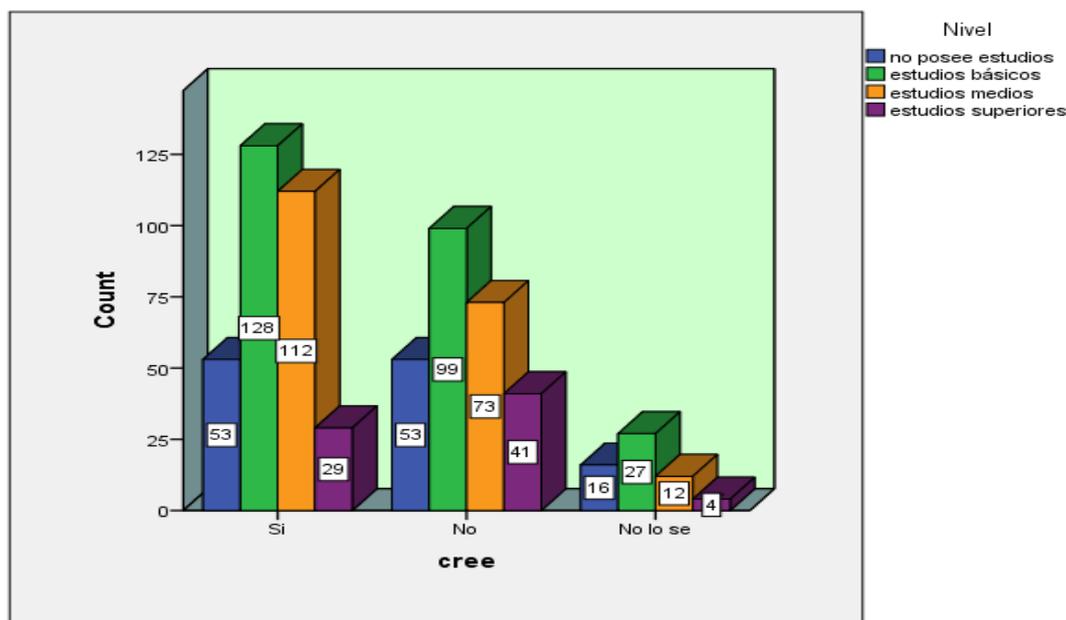
cree * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Cree percibir efectos secundarios	Si	53	128	112	29	322
	No	53	99	73	41	266
	No lo se	16	27	12	4	59
	No contesta	0	0	1	0	1
Total		122	254	198	74	648

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,708	9	,039
Likelihood Ratio	17,728	9	,038
Linear-by-Linear Association	,211	1	,646
N of Valid Cases	648		

Gráfica 6. Cree percibir efectos secundarios y el nivel de estudios.



Existe diferencias estadísticamente significativa (Tabla 6, Chi cuadrado 0.039) entre si cree o no presentar efectos secundarios y el nivel de estudios. El nivel de estudios da un mayor poder de discriminar e interpretar que el efecto secundario es o no debido al empleo del fármaco.

Tabla 7. Cruce de las variables cree percibir efectos secundarios y Profesión. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

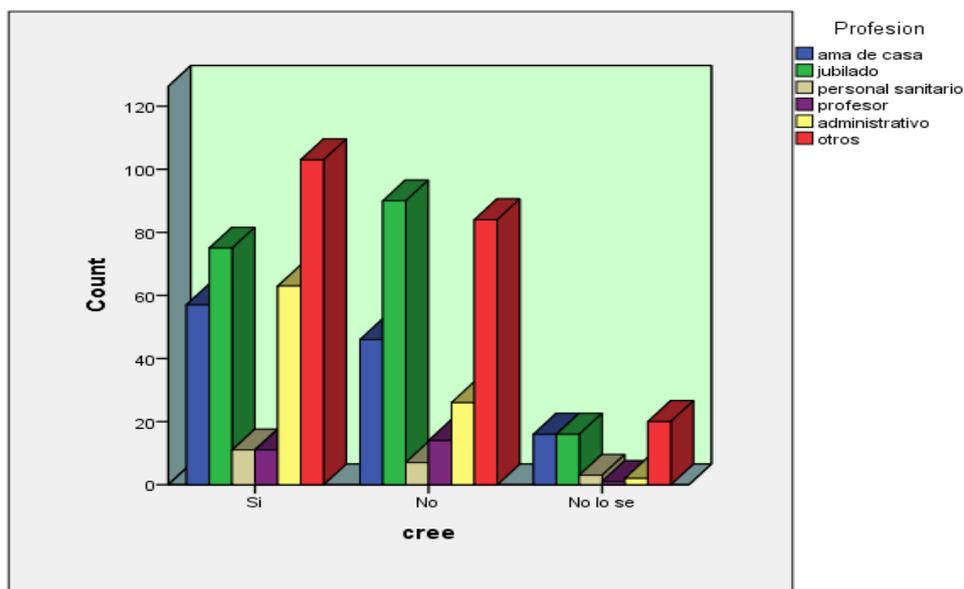
cree * Profesion Crosstabulation

Count		Profesion						Total
		ama de casa	jubilado	personal sanitario	profesor	administrativo	otros	
cree	Si	57	75	11	11	63	103	321
	No	46	90	7	14	26	84	267
	No lo se	16	16	3	1	2	20	58
	No contesta	0	0	0	0	0	1	1
Total		119	181	21	26	91	208	647

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,088	18	,037
Likelihood Ratio	31,980	18	,022
Linear-by-Linear Association	,041	1	,839
N of Valid Cases	647		

Gráfico 7. Cree percibir efectos adversos y Profesión-ocupación.



Observamos una diferencia estadísticamente significativa Chi cuadrado 0,037 como muestra la Tabla 7 entre si cree percibir efectos secundarios y la profesión ocupación. En la variable codificada como “otros” se hallan englobadas profesiones muy dispares.

Tabla 8. Cruce de las variables cree percibir efectos secundarios y grado de satisfacción con la información recibida. Análisis Pearson Chi-Square.

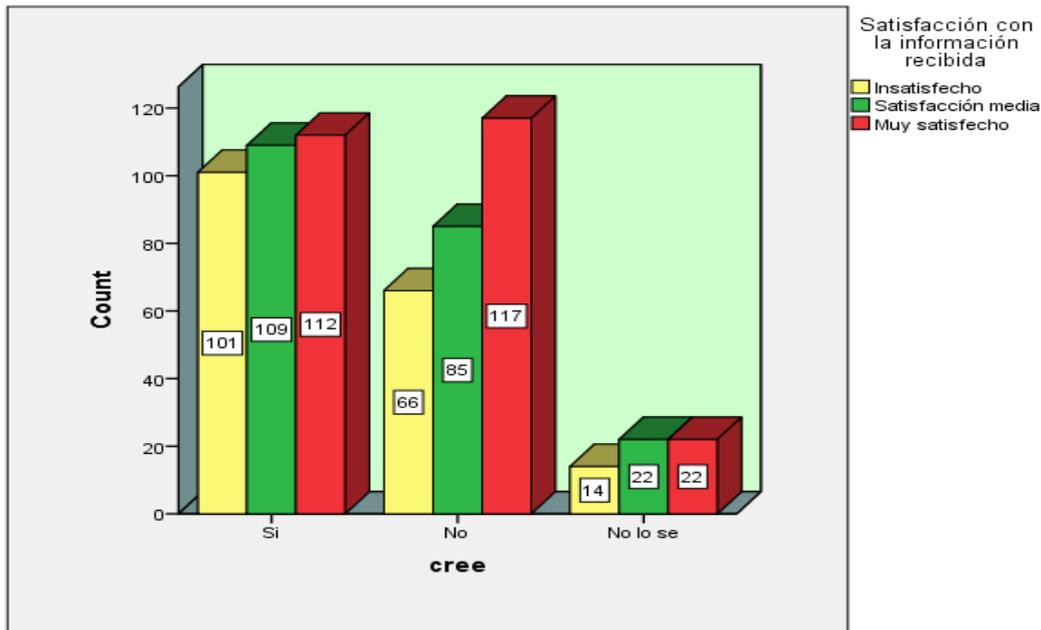
cree * satisfINF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la información			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy saisecho	
cree	Si	101	109	112	322
	No	66	85	117	268
	No lo se	14	22	22	58
	No contesta	1	0	0	1
Total		182	216	251	649

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,860	6	,182
Likelihood Ratio	8,815	6	,184
Linear-by-Linear Association	1,057	1	,304
N of Valid Cases	649		

Gráfica 8. Grado de satisfacción con la información recibida y si cree o no percibir efectos secundarios por los psicofármacos.



En este caso no existe asociación estadísticamente significativa. Observamos que aquellos que perciben efectos secundarios presentan una mayor insatisfacción con la información.

Tabla 9. Cruce de las variables Problema de consulta y País de la muestra. Análisis estadístico mediante la prueba Pearson Chi-Square.

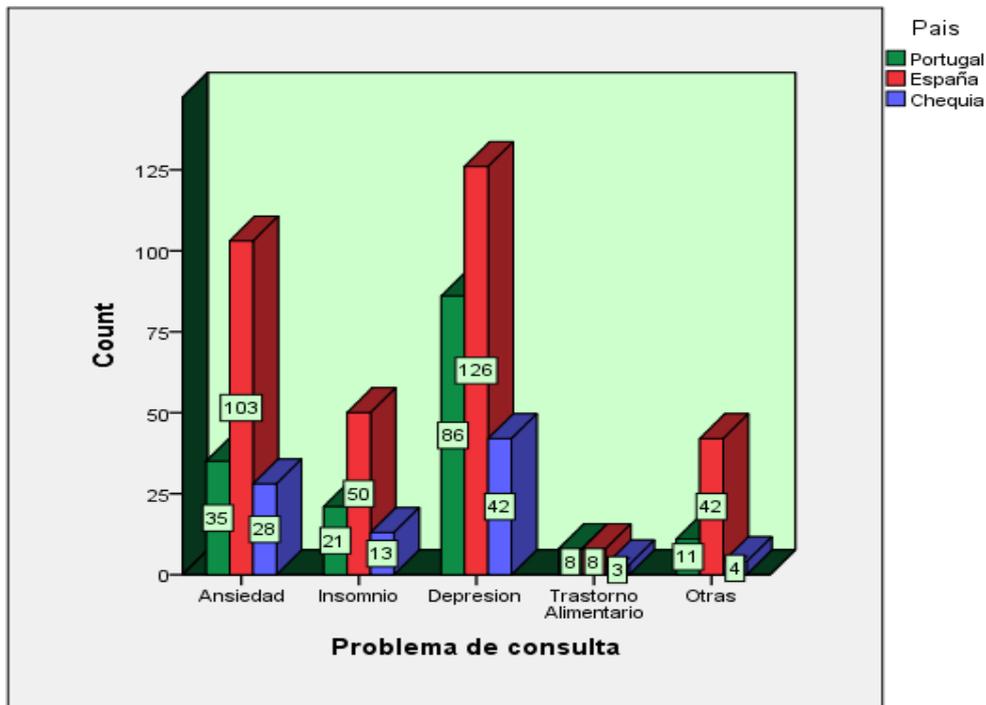
Diagnostico * Pais Crosstabulation

Count		Pais			Total
		Portugal	España	Chequia	
Diagnostico	Ansiedad	35	103	28	166
	Insomnio	21	50	13	84
	Depresion	86	126	42	254
	Trastorno Alimentario	8	8	3	19
	Otras	11	42	4	57
Total		161	329	90	580

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,017	8	,015
Likelihood Ratio	19,599	8	,012
Linear-by-Linear Association	2,792	1	,095
N of Valid Cases	580		

Gráfica 9. Problema de consulta con País de la muestra.



También observamos como diferencia estadísticamente significativa (Chi-Square = 0,015) que mientras en la muestra española y portuguesa existen diferencias en cuanto a la proporción de motivos de consulta de depresión, ansiedad; en el caso de la muestra checa ambos motivos de consulta tienen un porcentaje similar.

Tabla 10. Cruce de las variables Problema de consulta con Nivel de estudios. Análisis estadístico mediante la prueba Pearson Chi- Square.

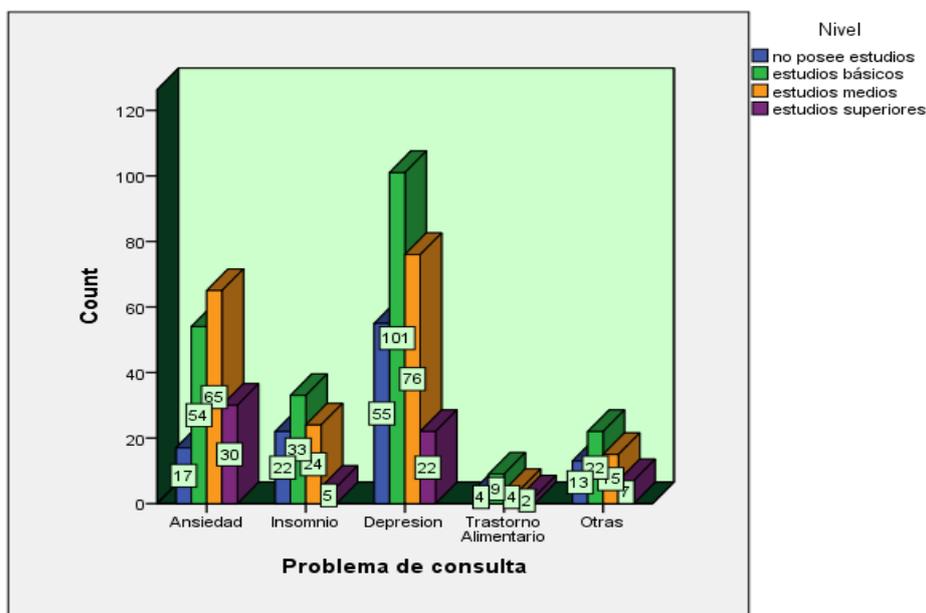
Diagnostico ^ Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Diagnostico	Ansiedad	17	54	65	30	166
	Insomnio	22	33	24	5	84
	Depresion	55	101	76	22	254
	Trastorno Alimentario	4	9	4	2	19
	Otras	13	22	15	7	57
Total		111	219	184	66	580

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,358	12	,007
Likelihood Ratio	28,052	12	,005
Linear-by-Linear Association	11,748	1	,001
N of Valid Cases	580		

Gráfica 10. Problema de consulta y el nivel de estudios.



Encontramos que aquellos pacientes que carecen de estudios o tienen estudios básicos consultan más frecuentemente por motivos de ansiedad, depresión que los que tienen un nivel de estudios superior. Diferencia estadísticamente significativa Chi cuadrado de 0,007.

Tabla 11. Cruce de las variables Problema de consulta con Profesión ocupación.

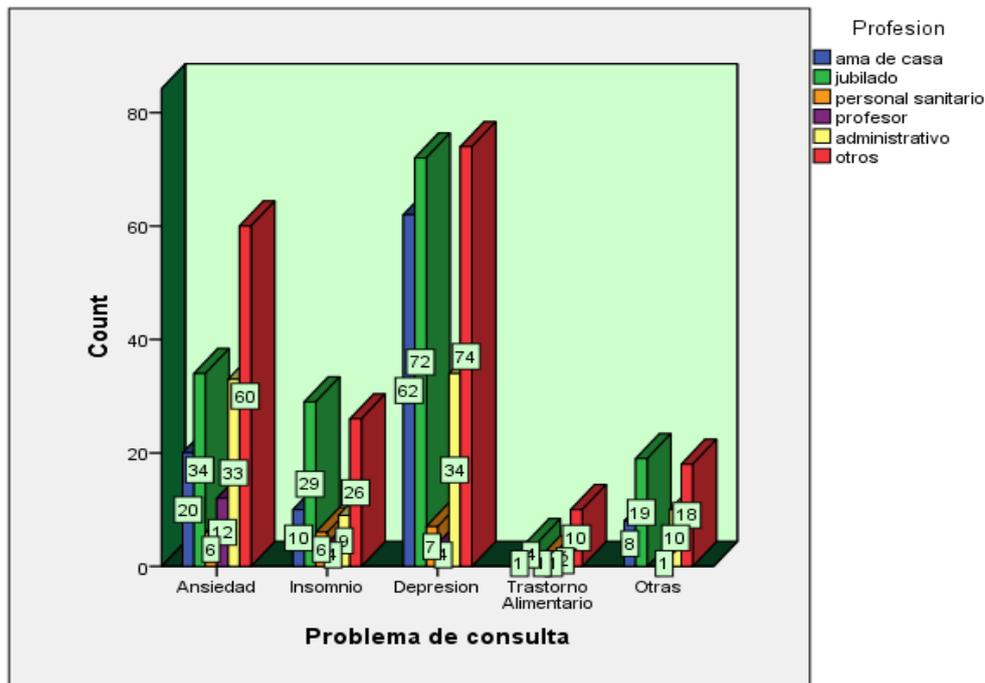
Diagnostico * Profesion Crosstabulation

Count		Profesion						Total
		ama de casa	jubilado	personal sanitario	profesor	administrativo	otros	
Diagnostico	Ansiedad	20	34	6	12	33	60	165
	Insomnio	10	29	6	4	9	26	84
	Depresion	62	72	7	4	34	74	253
	Trastorno Alimentario	1	4	1	1	2	10	19
	Otras	8	19	0	1	10	18	57
Total		101	158	20	22	88	188	578

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,838	24	,001
Likelihood Ratio	48,534	24	,002
Linear-by-Linear Association	,911	1	,340
N of Valid Cases	578		

Gráfica 11. Problema de consulta y la Profesión-Ocupación.



Observamos que las amas de casa y jubilados en general sufren más de depresión y ansiedad que otras ocupaciones o profesiones. Esta diferencia es estadísticamente significativa con Chi cuadrado de 0,001 (tabla 12). Hay que tener en cuenta que en la variable “otros” existe una gran variedad de ocupaciones-profesiones.

Tabla 12. Cruce de las variables Problema de consulta con Satisfacción con la Información recibida. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson Chi-Square.

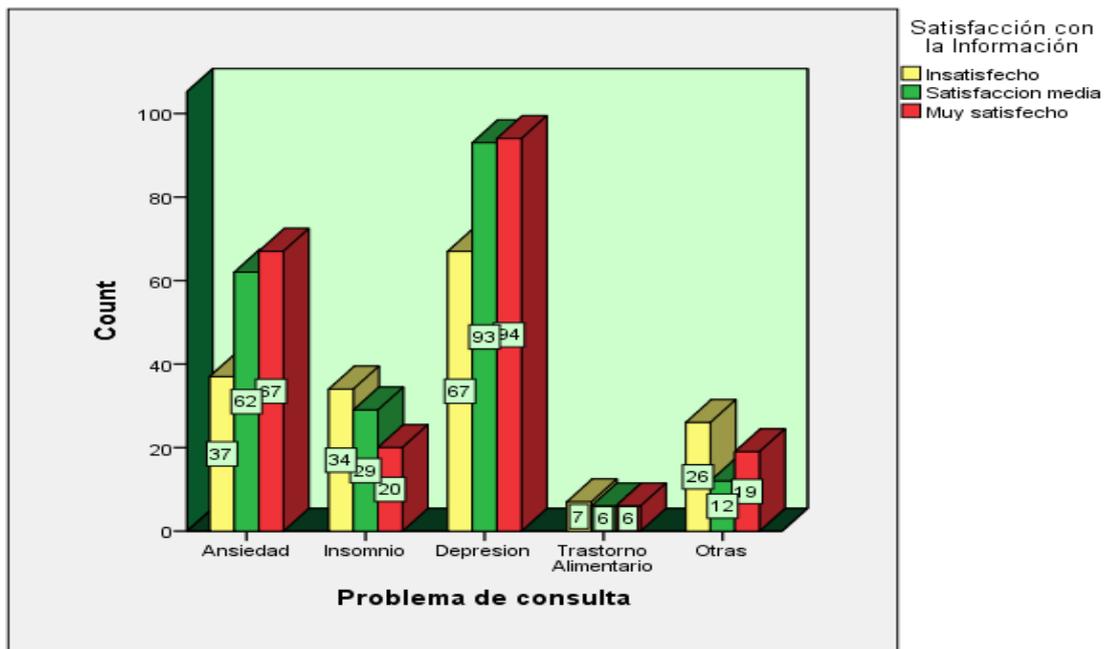
Diagnostico * satisfINF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la Información			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
Problema de consulta	Ansiedad	37	62	67	166
	Insomnio	34	29	20	83
	Depresion	67	93	94	254
	Trastorno Alimentario	7	6	6	19
	Otras	26	12	19	57
Total		171	202	206	579

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,960	8	,007
Likelihood Ratio	20,995	8	,007
Linear-by-Linear Association	3,477	1	,062
N of Valid Cases	579		

Gráfica 12. Problema de consulta con grado de satisfacción con la información recibida.



Observamos que existen diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado 0,007 de la tabla 13) entre el grado de satisfacción de la información recibida y el problema de consulta. Aquellos que consultan por depresión, suelen tener un mayor grado de satisfacción con la información que reciben. Algo similar ocurre con la ansiedad. Sin embargo con el insomnio o los trastornos de alimentación no ocurre esto.

Tabla 13. Cruce de las variables Problema de consulta con Satisfacción en la resolución de las dudas. Aplicación del análisis estadístico mediante Pearson Chi- Square.

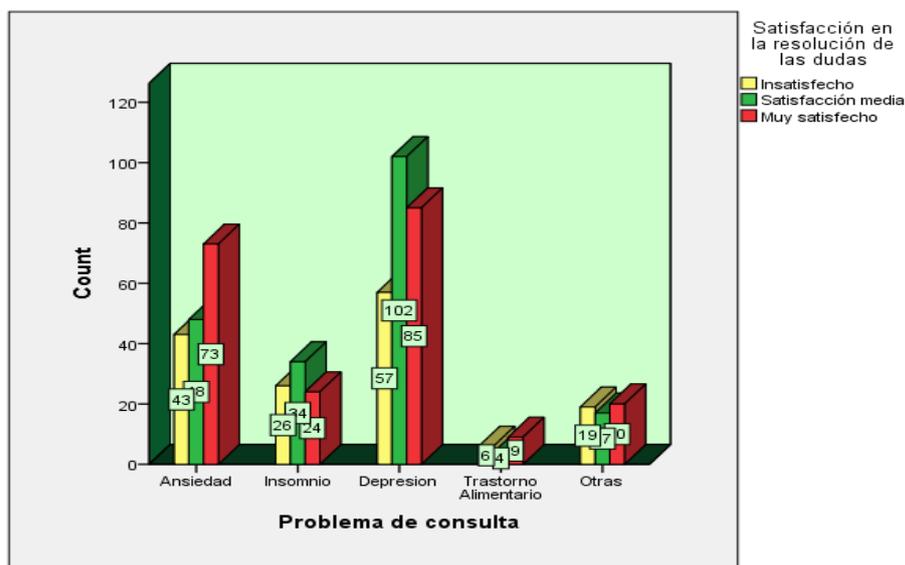
Diagnostico * SatisfDud Crosstabulation

Count		satisfaccion resolución de dudas			Total
		Insatisfecho	satisfaccion media	muy satisfecho	
Problema de consulta	Ansiedad	43	48	73	164
	Insomnio	26	34	24	84
	Depresion	57	102	85	244
	Trastorno Alimentario	6	4	9	19
	Otras	19	17	20	56
Total		151	205	211	567

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,296	8	,074
Likelihood Ratio	14,459	8	,071
Linear-by-Linear Association	1,021	1	,312
N of Valid Cases	567		

Gráfica 13. Problema de consulta y grado de satisfacción en la resolución de las dudas.



El mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas se consigue cuando el problema de consulta está relacionado con la depresión y ansiedad en comparación con el insomnio y otros problemas. Diferencia No estadísticamente significativa con Chi Square de 0,074.

Tabla 14. Cruce de las variables síntoma y satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson Chi-Square.

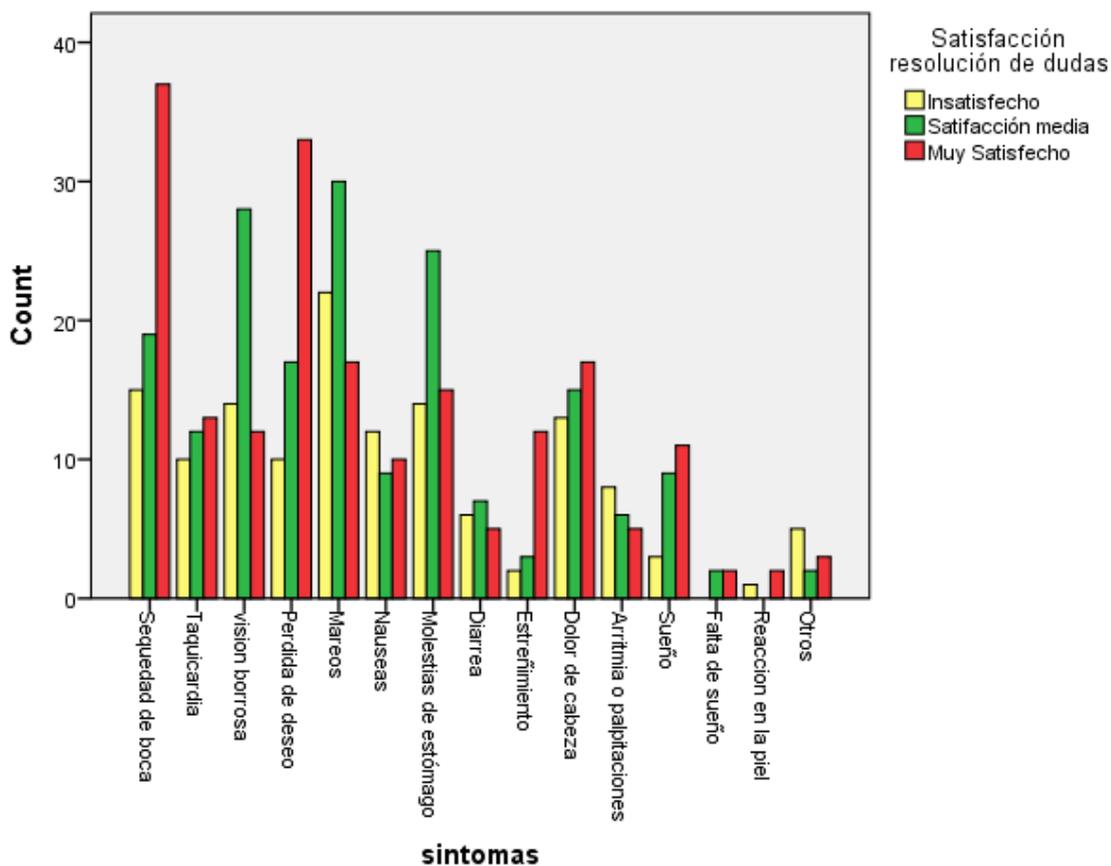
sintomas ^ SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción en la resolución de las dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy satisfecho	
sintomas	Sequedad de boca	15	19	37	71
	Taquicardia	10	12	13	35
	vision borrosa	14	28	12	54
	Perdida de deseo	10	17	33	60
	Mareos	22	30	17	69
	Nauseas	12	9	10	31
	Molestias de estómago	14	25	15	54
	Diarrea	6	7	5	18
	Estreñimiento	2	3	12	17
	Dolor de cabeza	13	15	17	45
	Arritmia o palpitaciones	8	6	5	19
	Sueño	3	9	11	23
	Falta de sueño	0	2	2	4
	Reaccion en la piel	1	0	2	3
	Otros	5	2	3	10
Total		135	184	194	513

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,848	28	,004
Likelihood Ratio	53,270	28	,003
Linear-by-Linear Association	,805	1	,370
N of Valid Cases	513		

Gráfica 14. Síntomas y el grado de satisfacción en la resolución de las dudas.



Observamos que aquellos pacientes que presentan un mayor grado en la satisfacción en la resolución de las dudas con respecto al empleo de los psicofármacos son los que tienen como efectos secundarios más frecuentes: sequedad de boca, pérdida de deseo sexual, estreñimiento, dolor de cabeza, sueño. Por el contrario presentan un mayor grado de insatisfacción en la resolución de las dudas aquellos que presentan como efectos adversos: mareos, náuseas. Estas diferencias son estadísticamente significativas como muestra la tabla 14, con una Chi cuadrado de 0,004 (Tabla 14).

Tabla 15. Cruce de la variable síntomas y Grado de Satisfacción con la Información recibida. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.

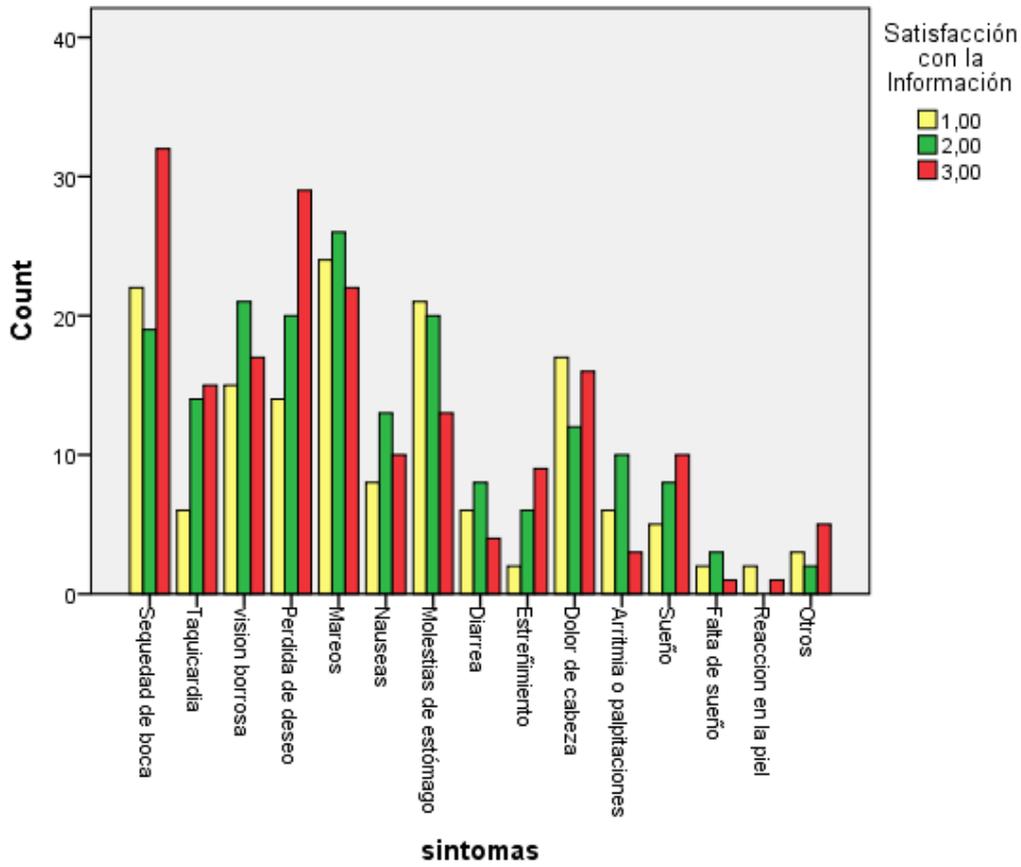
sintomas ^ satisfINF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la Información recibida			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	3,00	
sintomas	Sequedad de boca	22	19	32	73
	Taquicardia	6	14	15	35
	vision borrosa	15	21	17	53
	Perdida de deseo	14	20	29	63
	Mareos	24	26	22	72
	Nauseas	8	13	10	31
	Molestias de estómago	21	20	13	54
	Diarrea	6	8	4	18
	Estreñimiento	2	6	9	17
	Dolor de cabeza	17	12	16	45
	Arritmia o palpitaciones	6	10	3	19
	Sueño	5	8	10	23
	Falta de sueño	2	3	1	6
	Reaccion en la piel	2	0	1	3
	Otros	3	2	5	10
Total		153	182	187	522

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,726	28	,329
Likelihood Ratio	32,736	28	,246
Linear-by-Linear Association	1,736	1	,188
N of Valid Cases	522		

Gráfica 15. Síntoma y Grado de satisfacción con la información recibida.



No existe diferencias estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción con la información recibida y los síntomas que el paciente percibe.

Tabla 16. Cruce de las variables síntoma con Profesión-ocupación. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.

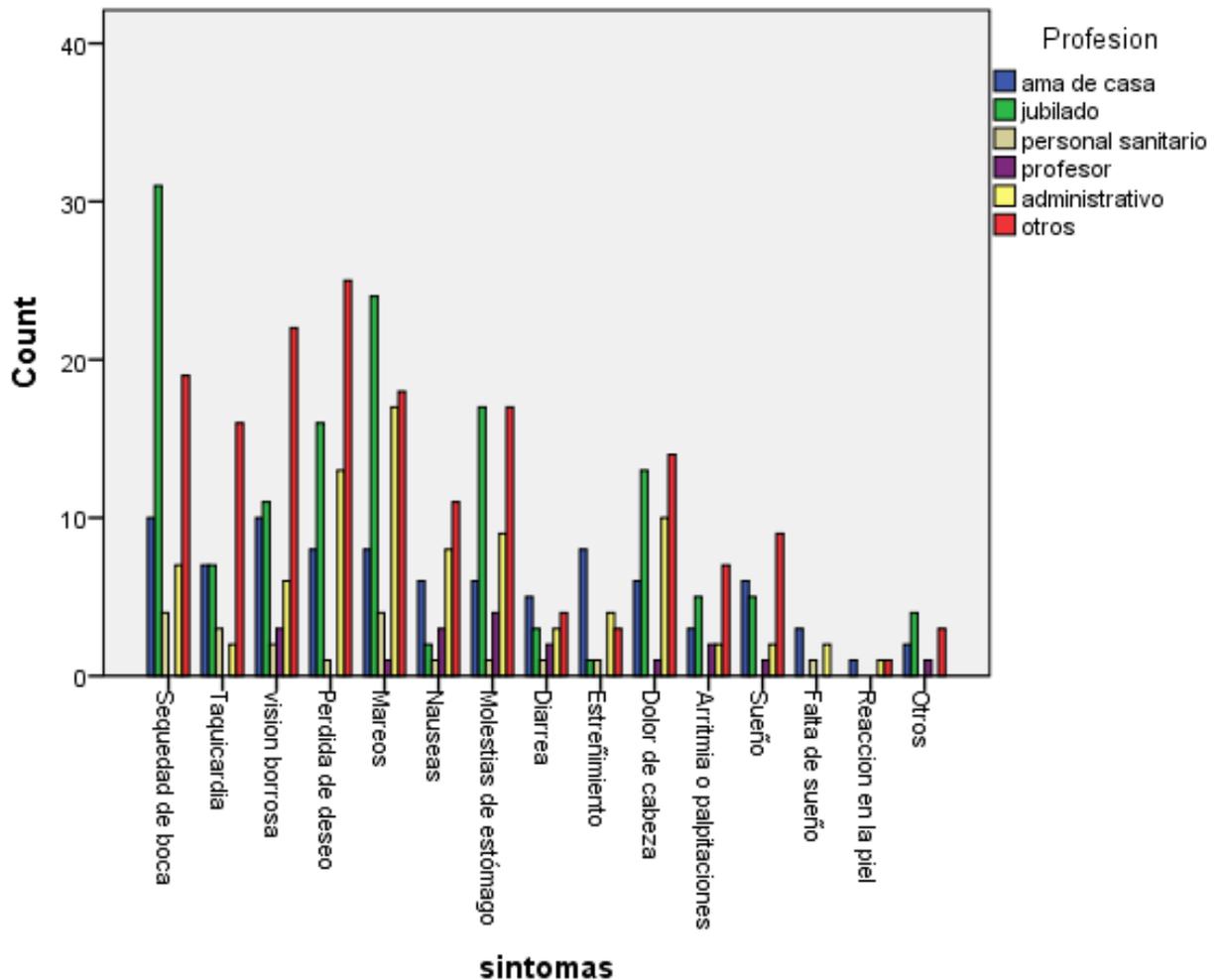
sintomas * Profesion Crosstabulation

Count		Profesion						Total
		ama de casa	jubilado	personal sanitario	profesor	administrativo	otros	
sintomas	Sequedad de boca	10	31	4	0	7	19	72
	Taquicardia	7	7	3	0	2	16	35
	vision borrosa	10	11	2	3	6	22	54
	Perdida de deseo	8	16	1	0	13	25	63
	Mareos	8	24	4	1	17	18	72
	Nauseas	6	2	1	3	8	11	31
	Molestias de estómago	6	17	1	4	9	17	54
	Diarrea	5	3	1	2	3	4	18
	Estreñimiento	8	1	1	0	4	3	17
	Dolor de cabeza	6	13	0	1	10	14	44
	Arritmia o palpitaciones	3	5	0	2	2	7	19
	Sueño	6	5	0	1	2	9	23
	Falta de sueño	3	0	1	0	2	0	6
	Reaccion en la piel	1	0	0	0	1	1	3
	Otros	2	4	0	1	0	3	10
Total		89	139	19	18	86	169	521

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	107,738	84	,042
Likelihood Ratio	114,438	84	,015
Linear-by-Linear Association	1,684	1	,194
N of Valid Cases	521		

Gráfica 16. Síntomas y Profesión ocupación.



Existe diferencias estadísticamente significativas entre la profesión ocupación y los síntomas que presentan los usuarios de los psicofármacos como muestra la Tabla 12 con una Chi-Square de 0,042. Los jubilados presentan más frecuentemente sequedad de boca, mareos, molestias de estómago, dolor de cabeza. Mientras que “otros” presentan más visión borrosa, perdida de deseo, mareos, molestias de estómago. Las demás ocupaciones o profesiones muestran una gran heterogeneidad en la presentación sintomática del efecto adverso y no podemos afirmar una asociación evidente.

Tabla 17. Cruce de las variables comunicó la percepción del efecto secundario y País de procedencia de la muestra. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson-Chi Square.

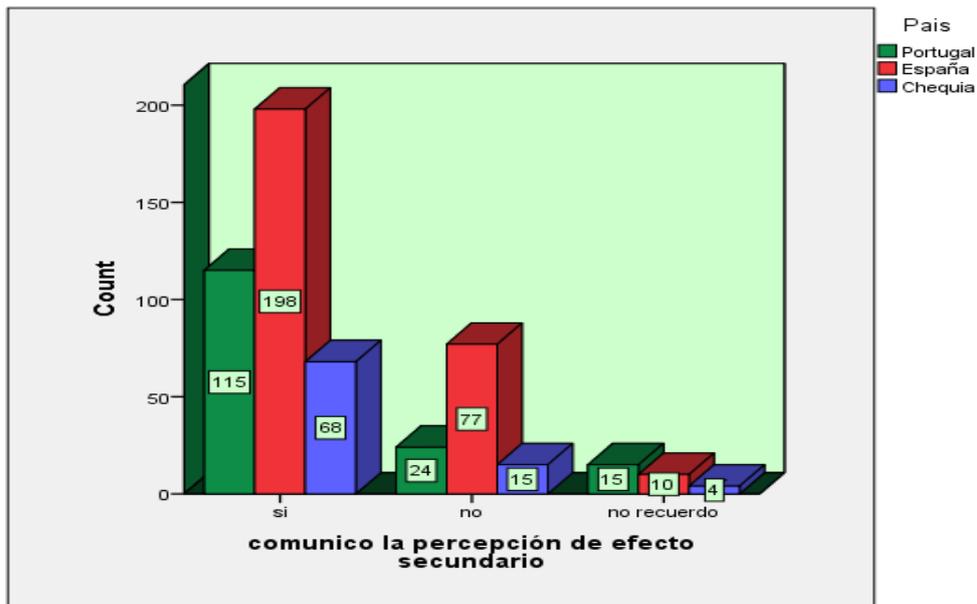
lo dijo * Pais Crosstabulation

Count		Pais			Total
		Portugal	España	Chequia	
lo dijo	si	115	198	68	381
	no	24	77	15	116
	no recuerdo	15	10	4	29
Total		154	285	87	526

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,066	4	,005
Likelihood Ratio	14,638	4	,006
Linear-by-Linear Association	1,011	1	,315
N of Valid Cases	526		

Gráfica 17. Comunicó la percepción del efecto secundario y el país de procedencia de la muestra.



Observamos que la muestra española comunica la aparición de efectos secundarios debido a los psicofármacos más que la muestra portuguesa y checa. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una Chi-Square de 0,005 como vemos en la tabla 13. Por otro lado no se observa que haya más comunicación en función del nivel de estudios o la profesión.

Tabla 18. Cruce de las variables A quien comunicó la percepción de los efectos secundarios con Satisfacción en la información recibida. Análisis estadístico mediante la aplicación de Pearson Chi-Square.

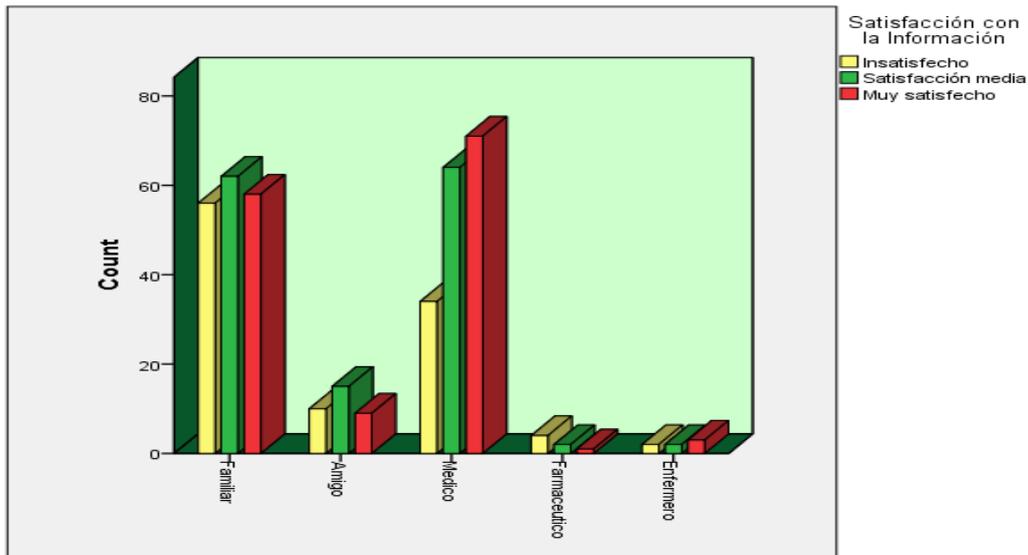
a quien * satisfiNF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la Información recibida			Total
		Insatisfecho	satisfacción media	Muy Satisfecho	
a quien	Familiar	56	62	58	176
	Amigo	10	15	9	34
	Medico	34	64	71	169
	Farmacéutico	4	2	1	7
	Enfermero	2	2	3	7
	Otro	4	0	3	7
Total		110	145	145	400

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,655	10	,082
Likelihood Ratio	18,694	10	,044
Linear-by-Linear Association	1,565	1	,211
N of Valid Cases	400		

Gráfica 18. A quien comunicó y el grado de satisfacción con la información recibida.



El mayor grado de satisfacción en la información recibida sobre los efectos adversos se obtiene en aquellas personas que han comunicado la aparición de efectos adversos al médico frente a quienes lo han comunicado a otra persona entre las que se puede encontrar un familiar. No existen diferencias estadísticamente significativas entre a quien comunica, el país de procedencia de la muestra y el grado de satisfacción de la información recibida.

Tabla 19. Cruce de las variables a quien comunica con la variable Satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico aplicando Pearson Chi-Square.

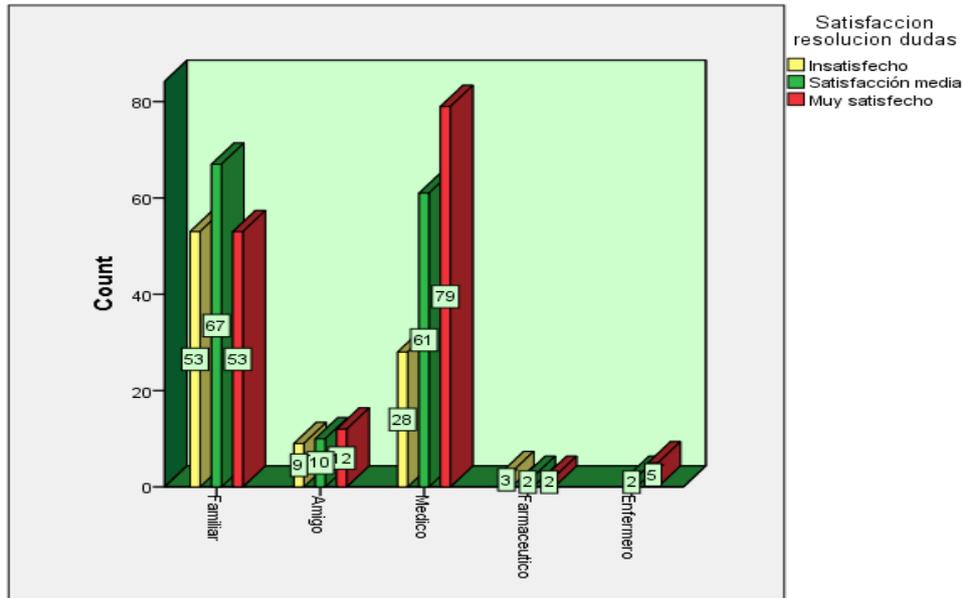
a quien * SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción resolución de las dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
a quien	Familiar	53	67	53	173
	Amigo	9	10	12	31
	Medico	28	61	79	168
	Farmacéutico	3	2	2	7
	Enfermero	0	2	5	7
	Otro	3	0	3	6
Total		96	142	154	392

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,314	10	,014
Likelihood Ratio	25,754	10	,004
Linear-by-Linear Association	9,760	1	,002
N of Valid Cases	392		

Gráfica 19. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y a quien comunica la aparición de los efectos secundarios.



Se observa que existe un mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas cuando la aparición de los efectos secundarios se comunica al médico. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una Chi-Square de 0,014 como muestra la Tabla 15.

Tabla 20. Cruce de las variables a quien comunica la aparición de los síntomas y nivel de estudios. Análisis estadístico aplicando Pearson Chi-Square.

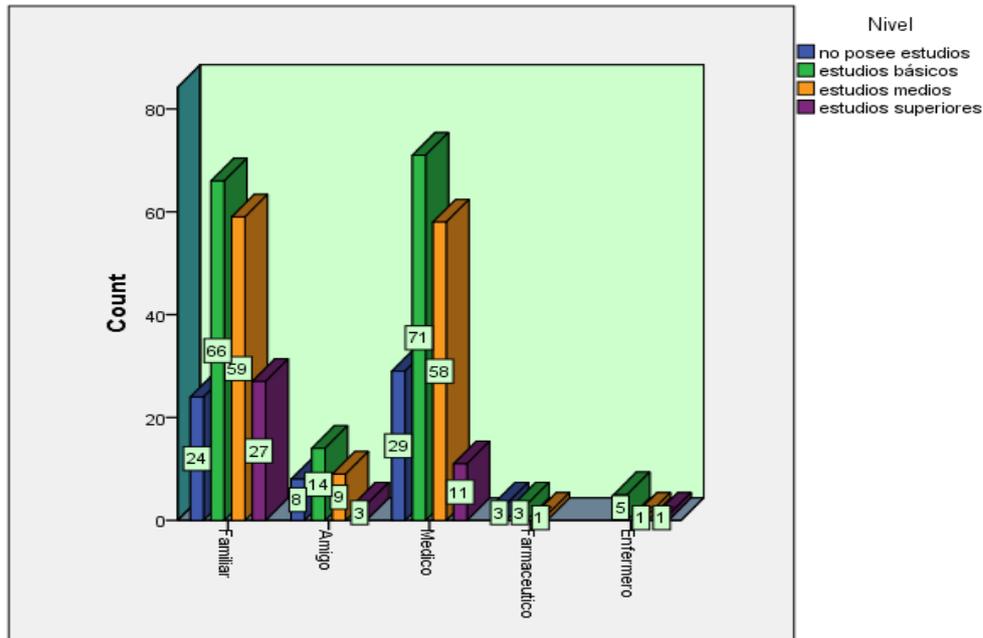
a quien * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel de estudios				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
a quien	Familiar	24	66	59	27	176
	Amigo	8	14	9	3	34
	Medico	29	71	58	11	169
	Farmacéutico	3	3	1	0	7
	Enfermero	0	5	1	1	7
	Otro	1	3	0	3	7
Total		65	162	128	45	400

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,884	15	,039
Likelihood Ratio	26,806	15	,030
Linear-by-Linear Association	2,783	1	,095
N of Valid Cases	400		

Gráfica 20. A quien comunica los efectos secundarios y el nivel de estudios.



Se observa que el nivel de estudios influye en a quien comunica la aparición de los síntomas. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una Chi-Square de 0,039 Tabla 16.

Tabla 21. Cruce de las variables porque no comunica y el nivel de estudios. Análisis estadístico aplicando Pearson Chi-Square.

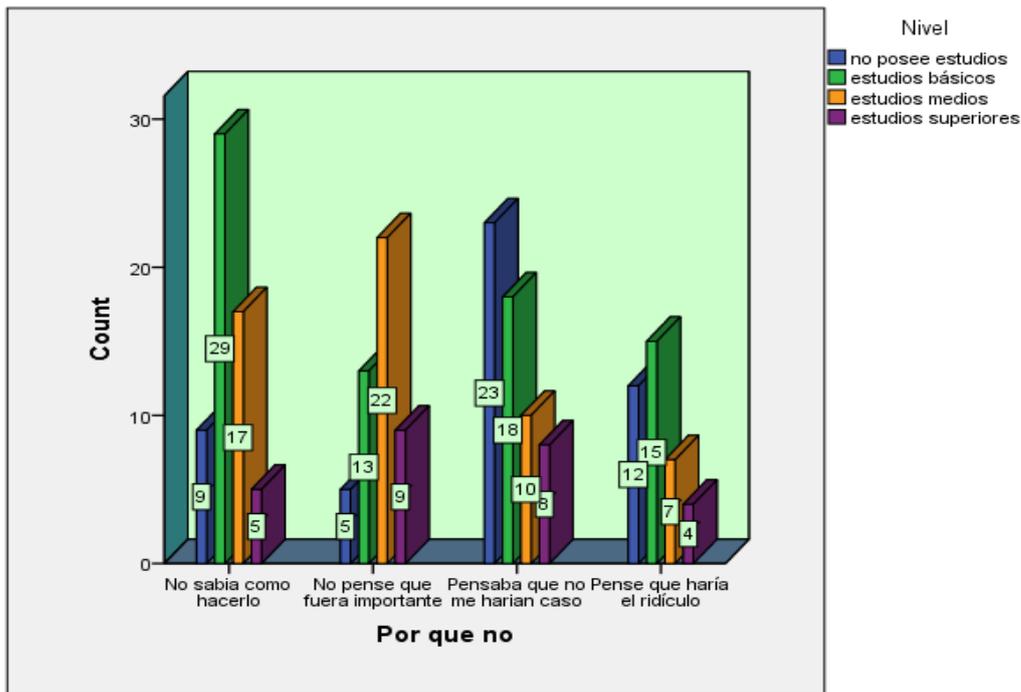
Por que no * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Por que no	No sabia como hacerlo	9	29	17	5	60
	No pense que fuera importante	5	13	22	9	49
	Pensaba que no me harian caso	23	18	10	8	59
	Pense que haría el ridiculo	12	15	7	4	38
	otro	2	2	1	1	6
Total		51	77	57	27	212

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,626	12	,004
Likelihood Ratio	28,473	12	,005
Linear-by-Linear Association	3,897	1	,048
N of Valid Cases	212		

Gráfica 21. Porque no comunica y el nivel de estudios.



Observamos que existen diferencias (Chi-Square = 0,004) entre los motivos de no comunicar la aparición de los efectos secundarios y el nivel de estudios. Aquellos que no poseen estudios argumentaban con mayor frecuencia que “no me harían caso” o “pensé que haría el ridículo”. Mientras que aquellos que tenían un nivel de estudios medios o superiores argumentaban más frecuentemente que la causa era “no pensar que fuera importante”.

Tabla 22. Cruce de las variables Es informado con el grado de satisfacción con la información recibida. Análisis de la significación estadística empleando Pearson Chi-Square.

9, informado * satisfINF Crosstabulation

Count		Satisfacción Información			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
Es informado	si	73	144	176	393
	no	106	70	74	250
	3	0	1	0	1
Total		179	215	250	644

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,695	4	,000
Likelihood Ratio	45,226	4	,000
Linear-by-Linear Association	35,114	1	,000
N of Valid Cases	644		

Gráfica 22. Ha sido informado y el grado de satisfacción con la información recibida.



Lógicamente presenta mayor grado de satisfacción con la información recibida sobre los efectos adversos aquel paciente que ha sido informado sobre los mismos que aquel otro que no ha sido informado sobre ellos (Chi- Square de 0,000, Tabla 18).

Tabla 23. Cruce de las variables ha sido informado con el grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.

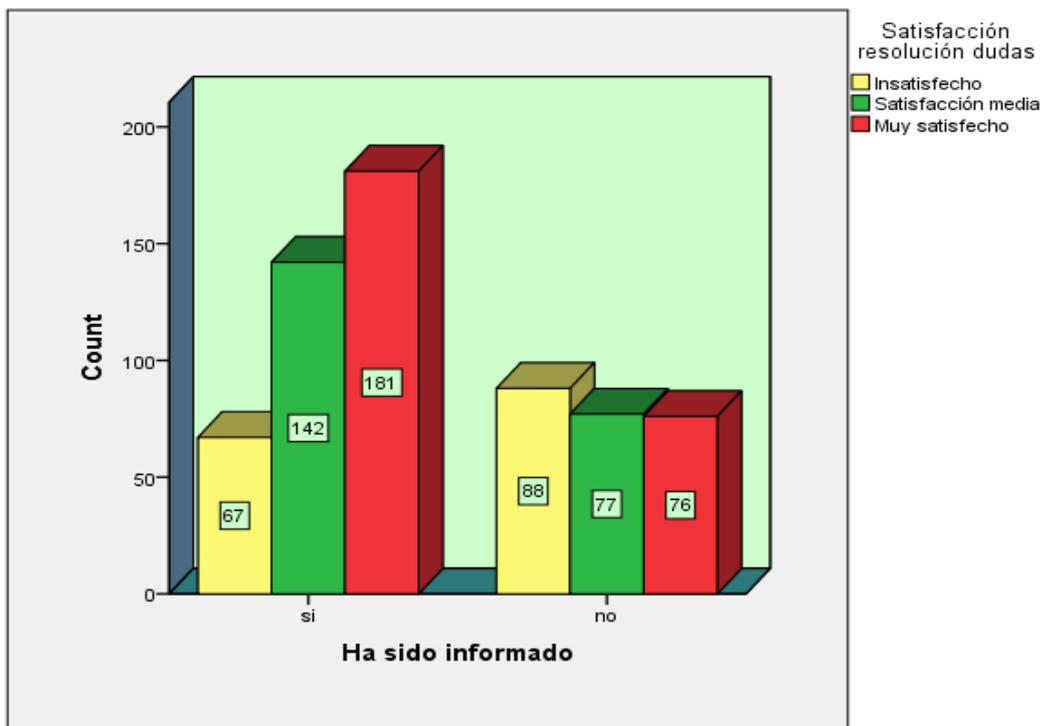
9, informado ^ SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción resolución dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
9, informado	si	67	142	181	390
	no	88	77	76	241
	3	0	1	0	1
Total		155	220	257	632

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,537	4	,000
Likelihood Ratio	33,215	4	,000
Linear-by-Linear Association	27,611	1	,000
N of Valid Cases	632		

Gráfica 23. Ha sido informado y grado de satisfacción con la resolución de las dudas.



Igualmente ocurre con el grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Esta más satisfecho el que ha sido informado que el que no lo ha sido (Chi-Square = 0,000).

Tabla 24. Cruce de las variables Ha sido informado y nivel de estudios. Análisis estadístico mediante la Pearson Chi-Square.

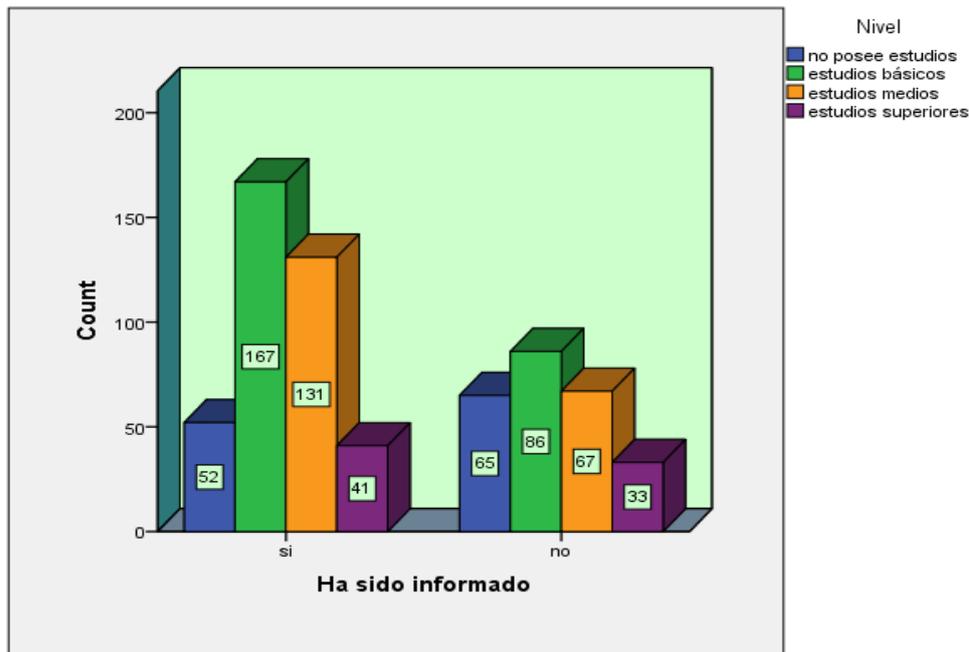
9, informado ^ Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Ha sido informado	si	52	167	131	41	391
	no	65	86	67	33	251
3		1	0	0	0	1
Total		118	253	198	74	643

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,691	6	,001
Likelihood Ratio	22,394	6	,001
Linear-by-Linear Association	4,371	1	,037
N of Valid Cases	643		

Gráfica 24. Ha sido informado y Nivel de estudios.



Existe diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que refieren haber sido informados y los que refieren no haber sido informado y el nivel de estudios. Aquellos que no poseen estudios niegan más frecuentemente haber sido informados. Sin embargo no existen diferencias en cuanto a la profesión-ocupación.

Tabla 25. Cruce de las variables quien le ha informado con el grado de satisfacción en la información recibida Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

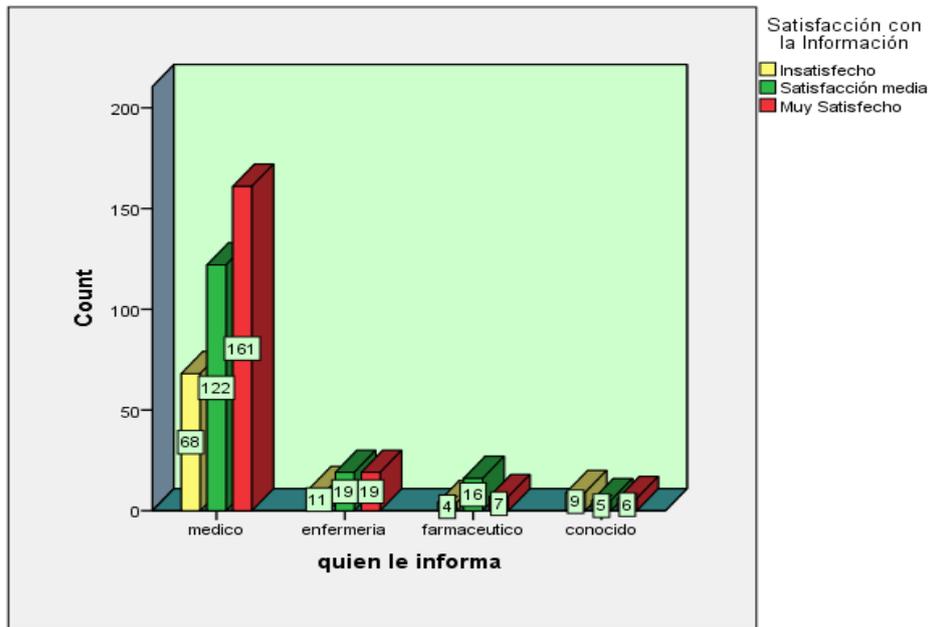
a quien * satisfINF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la información recibida			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
a quien	Familiar	56	62	58	176
	Amigo	10	15	9	34
	Medico	34	64	71	169
	Farmacéutico	4	2	1	7
	Enfermero	2	2	3	7
	Otro	4	0	3	7
Total		110	145	145	400

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,981	6	,020
Likelihood Ratio	13,403	6	,037
Linear-by-Linear Association	6,209	1	,013
N of Valid Cases	447		

Gráfica 25. Grado de satisfacción con la información recibida en función de quien le ha informado.



Presenta un mayor grado de satisfacción en la información recibida cuando es el médico quién le informa sobre los efectos adversos (Chi-Square 0,020).

Tabla 26. Cruce de las variables quien le ha informado con grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.

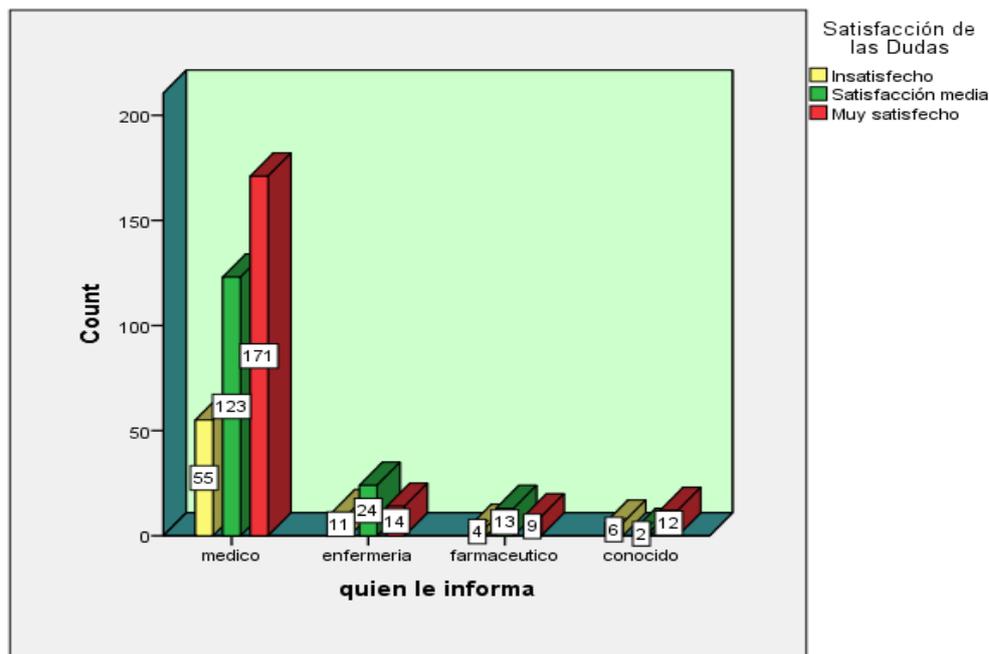
quien le informa * SatisfDud Crosstabulation

Count		SatisfDud			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy satisfecho	
quien le informa	medico	55	123	171	349
	enfermeria	11	24	14	49
	farmaceutico	4	13	9	26
	conocido	6	2	12	20
Total		76	162	206	444

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,005	6	,014
Likelihood Ratio	17,353	6	,008
Linear-by-Linear Association	1,723	1	,189
N of Valid Cases	444		

Gráfica 26. Grado de satisfacción con la resolución de las dudas en función de quien le informa.



Se observa un mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas cuando es el médico quien informa. Esta diferencia es estadísticamente significativa con un Chi-Square de 0,014.

Tabla 27. Cruce de las variables quién le informa por País de la muestra. Análisis estadístico mediante Pearson Chi-Square.

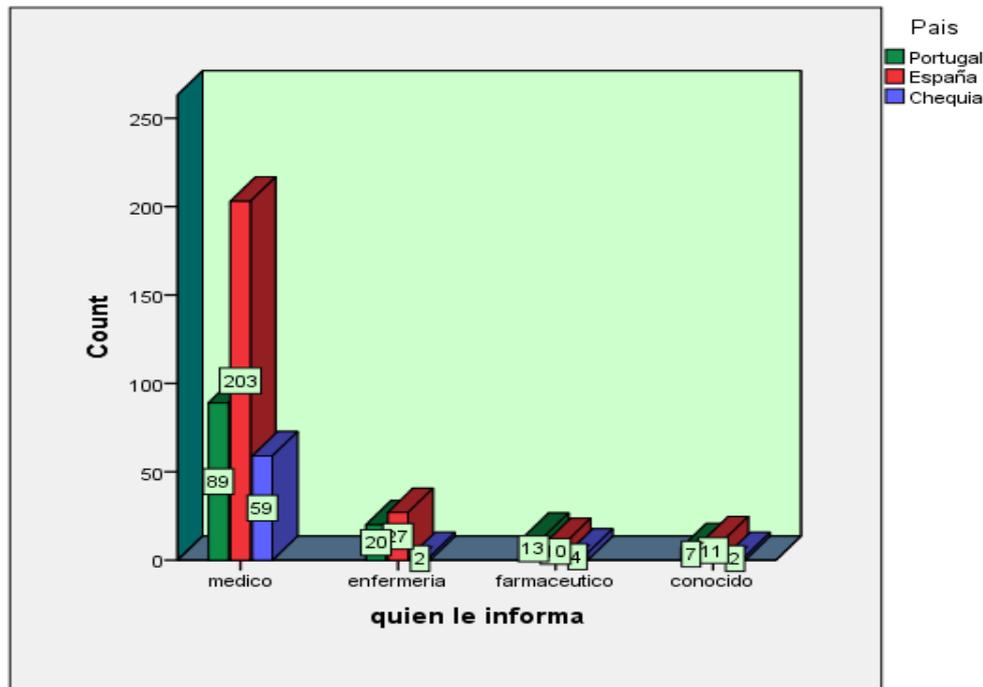
quien le informa * Pais Crosstabulation

Count		Pais			Total
		Portugal	España	Chequia	
quien le informa	medico	89	203	59	351
	enfermeria	20	27	2	49
	farmaceutico	13	10	4	27
	conocido	7	11	2	20
Total		129	251	67	447

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,608	6	,024
Likelihood Ratio	15,640	6	,016
Linear-by-Linear Association	6,912	1	,009
N of Valid Cases	447		

Gráfica 27. Quién le informa y el país de procedencia de la muestra.



En las tres muestras se observa que mayoritariamente informa el médico. Además en la muestra española y portuguesa también se observa que el farmacéutico informa sobre los efectos adversos. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas Chi-Square de 0,024.

Tabla 28. Cruce de las variables quien le informa y nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

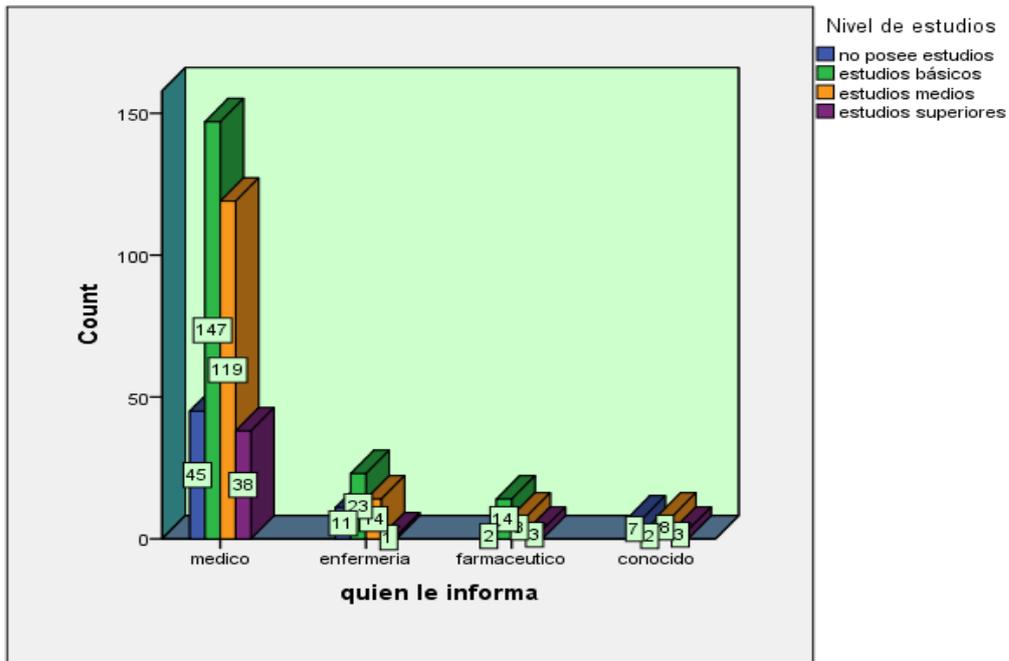
quien le informa ^ Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
quien le informa	medico	45	147	119	38	349
	enfermeria	11	23	14	1	49
	farmaceutico	2	14	8	3	27
	conocido	7	2	8	3	20
Total		65	186	149	45	445

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,856	9	,019
Likelihood Ratio	21,781	9	,010
Linear-by-Linear Association	,927	1	,336
N of Valid Cases	445		

Gráfica 28. Quién le informa y el nivel de estudios.



Generalmente es el médico el que suele informar al paciente sobre los efectos secundarios. El médico es el principal informador independientemente del nivel de estudios que presente el paciente. Diferencia estadísticamente significativa con una Chi-Square de 0,019.

Tabla 29. Cruce de las variables sabe porque está tomando la medicación y grado de satisfacción con la información recibida. Análisis con Pearson Chi-Square.

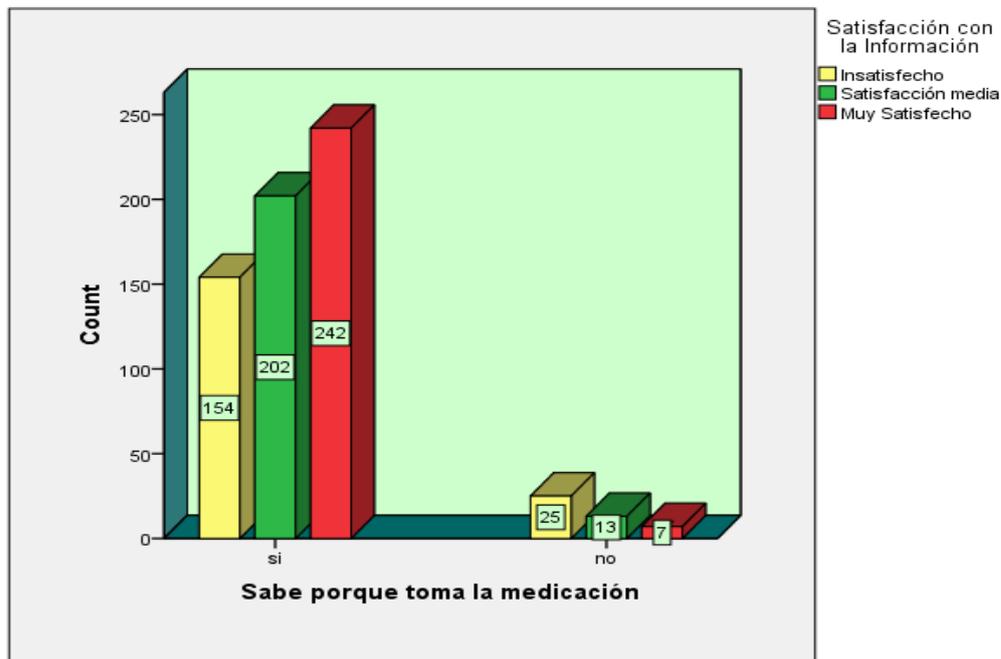
10, sabe * satisfiNF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la Información			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
Sabe porque toma la medicación	si	154	202	242	598
	no	25	13	7	45
Total		179	215	249	643

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,360	2	,000
Likelihood Ratio	19,421	2	,000
Linear-by-Linear Association	19,135	1	,000
N of Valid Cases	643		

Gráfica 29. Grado de satisfacción con la información recibida y si sabe porque está tomando la medicación.



Existe un mayor grado de satisfacción con la información recibida en aquellos que saben porque está tomando la medicación, mientras que los que no saben porque toman la medicación muestran un mayor grado de insatisfacción y esta diferencia resulta significativa con una Chi-Square de 0,000 como muestra la tabla 25.

Tabla 30. Cruce de las variables sabe porque está tomando la medicación y Satisfacción con la resolución de las dudas. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

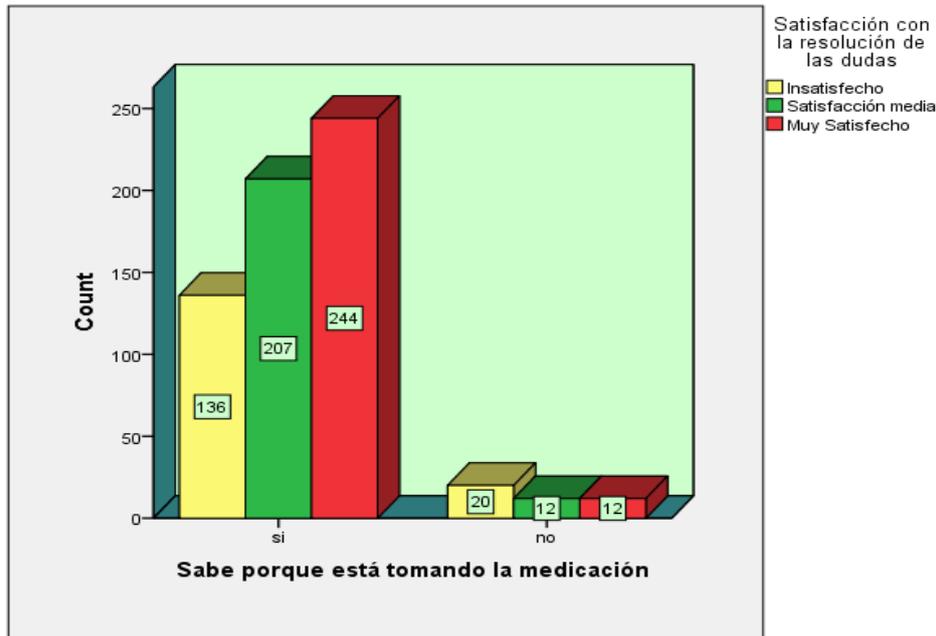
10, sabe ^ SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción con la resolución de las dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
sabe porque esta tomando la medicacion	si	136	207	244	587
	no	20	12	12	44
Total		156	219	256	631

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,038	2	,004
Likelihood Ratio	9,823	2	,007
Linear-by-Linear Association	8,710	1	,003
N of Valid Cases	631		

Gráfica 30. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y si sabe porque está tomando la medicación.



La satisfacción en la resolución de las dudas es mayor cuando sabe porque motivo recibe la medicación. No existen diferencias en función del país de procedencia de la muestra y el hecho de conocer porque está siendo tratado. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una Chi-Square de 0,004 como muestra la Tabla 26.

Tabla 31. Cruce de las variables sabe porque está tomando la medicación y el Nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

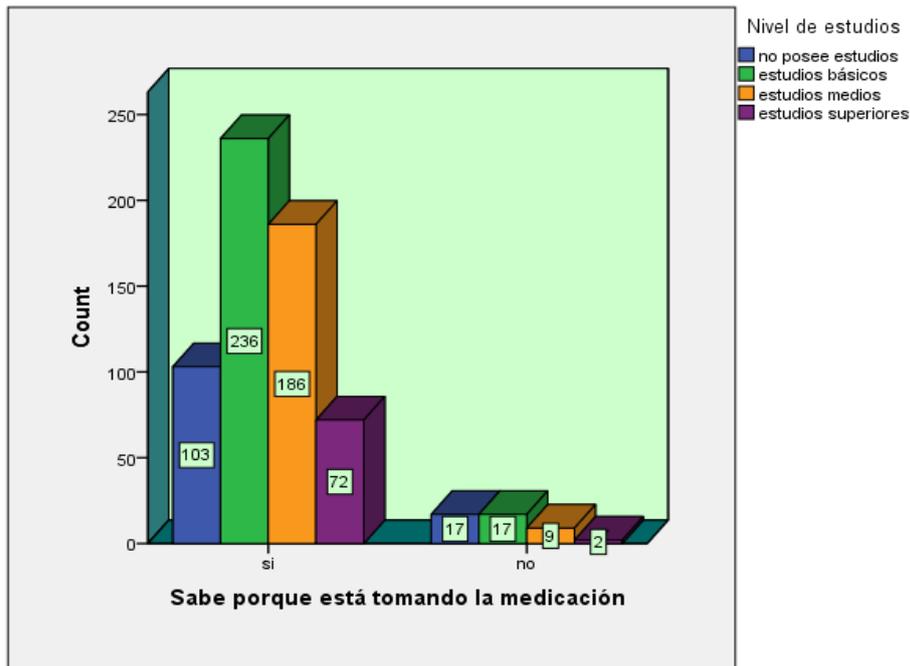
10, sabe * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Sabe porque está tomando la medicación	si	103	236	186	72	597
	no	17	17	9	2	45
Total		120	253	195	74	642

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,284	3	,004
Likelihood Ratio	12,100	3	,007
Linear-by-Linear Association	11,064	1	,001
N of Valid Cases	642		

Gráfica 31. Sabe porque está tomando la medicación y el nivel de estudios.



También existe diferencias estadísticamente significativas entre el conocer porque toma la medicación y el nivel de estudios (Chi-Square = 0,004). Aquellos con un nivel de estudios mayor suelen conocer porque están tomando el tratamiento.

Tabla 32. Cruce de las variables si duda sobre un medicamento dónde busca la información y grado de satisfacción en la resolución de las dudas. Análisis Pearson Chi-Square.

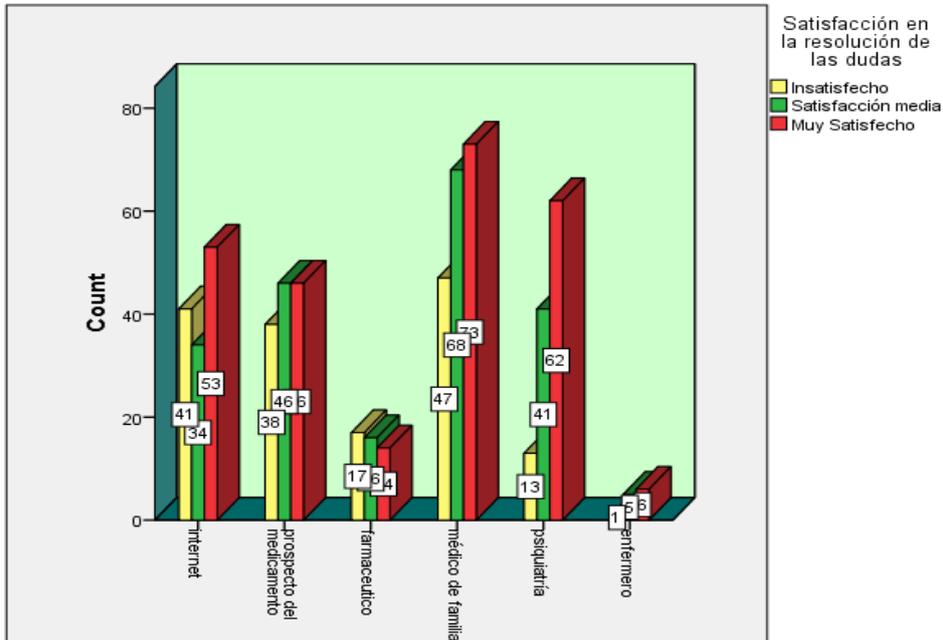
Si duda sobre el medicamento * SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción en la resolución de las dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy Satisfecho	
Si duda sobre el medicamento	internet	41	34	53	128
	prospecto del medicamento	38	46	46	130
	farmaceutico	17	16	14	47
	médico de familia	47	68	73	188
	psiquiatría	13	41	62	116
	enfermero	1	5	6	12
Total		158	213	257	628

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,335	12	,010
Likelihood Ratio	28,654	12	,004
Linear-by-Linear Association	10,381	1	,001
N of Valid Cases	628		

Gráfica 32. Grado de satisfacción de la resolución de las dudas dependiendo de donde busca la información.



Observamos que el grado de satisfacción en la resolución de las dudas es mucho mayor cuando recurre al psiquiatra o médico de familia que cuando recurre al farmacéutico, prospecto o internet (Chi-Square = 0,01).

Tabla 33. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento donde busca la información y el país de procedencia de la muestra.

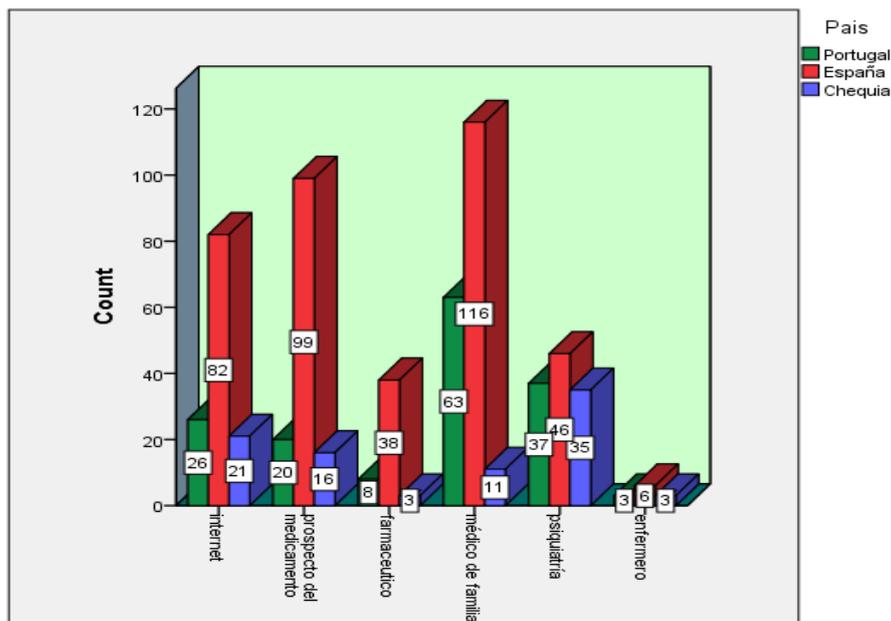
Si duda sobre el medicamento * Pais Crosstabulation

Count		Pais			Total
		Portugal	España	Chequia	
Si duda sobre el medicamento	internet	26	82	21	129
	prospecto del medicamento	20	99	16	135
	farmaceutico	8	38	3	49
	médico de familia	63	116	11	190
	psiquiatría	37	46	35	118
	enfermero	3	6	3	12
	otros	0	7	0	7
Total		157	394	89	640

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	69,313	12	,000
Likelihood Ratio	70,955	12	,000
Linear-by-Linear Association	1,771	1	,183
N of Valid Cases	640		

Gráfica 33. Dónde busca la información en función del país de la muestra.



Observamos diferencias en función del país de procedencia de la muestra y a dónde recurre en caso de duda (Chi-Square =0,000). En la muestra española y portuguesa recurre mayoritariamente al médico de familia. La muestra checa prefiere acudir al psiquiatra. Igualmente se observa que en la muestra española se recurre también más al prospecto y a internet en comparación con lo que ocurre en la muestra portuguesa y checa.

Tabla 34. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento dónde busca la información y el nivel de estudios. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

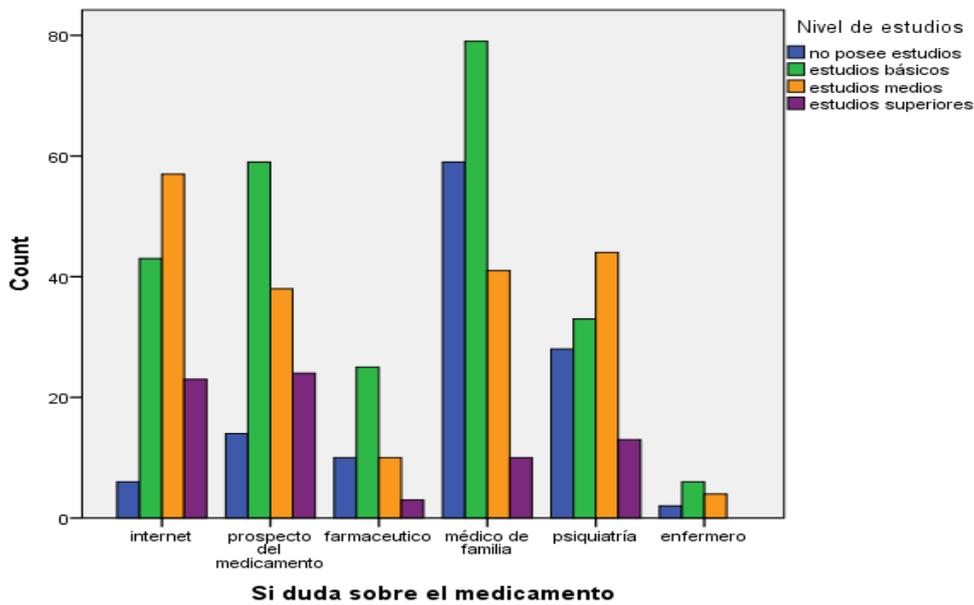
Si duda sobre el medicamento * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Si duda sobre el medicamento	internet	6	43	57	23	129
	prospecto del medicamento	14	59	38	24	135
	farmaceutico	10	25	10	3	48
	médico de familia	59	79	41	10	189
	psiquiatría	28	33	44	13	118
	enfermero	2	6	4	0	12
	otros	2	2	3	0	7
Total		121	247	197	73	638

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	79,928	18	,000
Likelihood Ratio	87,046	18	,000
Linear-by-Linear Association	32,598	1	,000
N of Valid Cases	638		

Gráfica 34. Dónde busca la información en caso de duda sobre el medicamento y el nivel de estudios.



Aquellos que no poseen estudios buscan resolver las dudas fundamentalmente en el médico de familia y psiquiatra, mientras que quienes poseen estudios medios prefieren internet o el prospecto del medicamento. Diferencia estadísticamente significativa Chi-Square = 0,000.

Tabla 35. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento dónde recurre y profesión-ocupación. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

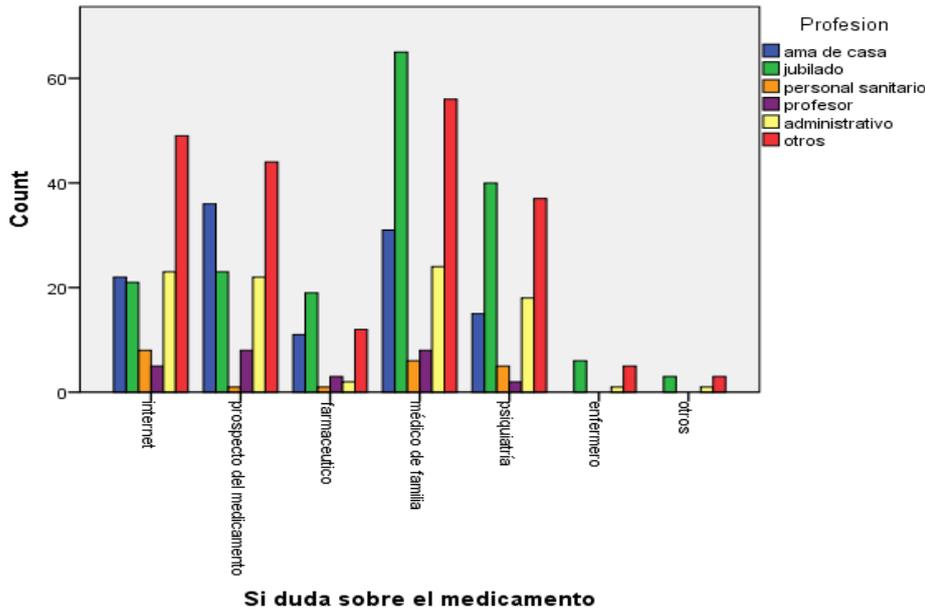
Si duda sobre el medicamento * Profesion Crosstabulation

Count		Profesion						Total
		ama de casa	jubilado	personal sanitario	profesor	administrativo	otros	
Si duda sobre el medicamento	internet	22	21	8	5	23	49	129
	prospecto del medicamento	36	23	1	8	22	44	134
	farmaceutico	11	19	1	3	2	12	48
	médico de familia	31	65	6	8	24	56	190
	psiquiatría	15	40	5	2	18	37	117
	enfermero	0	6	0	0	1	5	12
	otros	0	3	0	0	1	3	7
Total		115	177	21	26	91	206	637

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57,344	36	,013
Likelihood Ratio	63,738	36	,003
Linear-by-Linear Association	3,338	1	,068
N of Valid Cases	637		

Gráfica 35. Dónde busca la información y la profesión-ocupación.



Los jubilados y amas de casa acuden más al médico de familia para la resolución de las dudas sobre la medicación. Mientras que a internet recurren más los administrativos y “otros”. Buscan solucionar las dudas acudiendo al prospecto los administrativos, amas de casa y otros. Estas diferencias encontradas son estadísticamente significativas con una Chi-Square de 0,013.

Tabla 36. Cruce de las variables si duda sobre el medicamento donde busca la información y el grado de satisfacción en la resolución de las dudas.

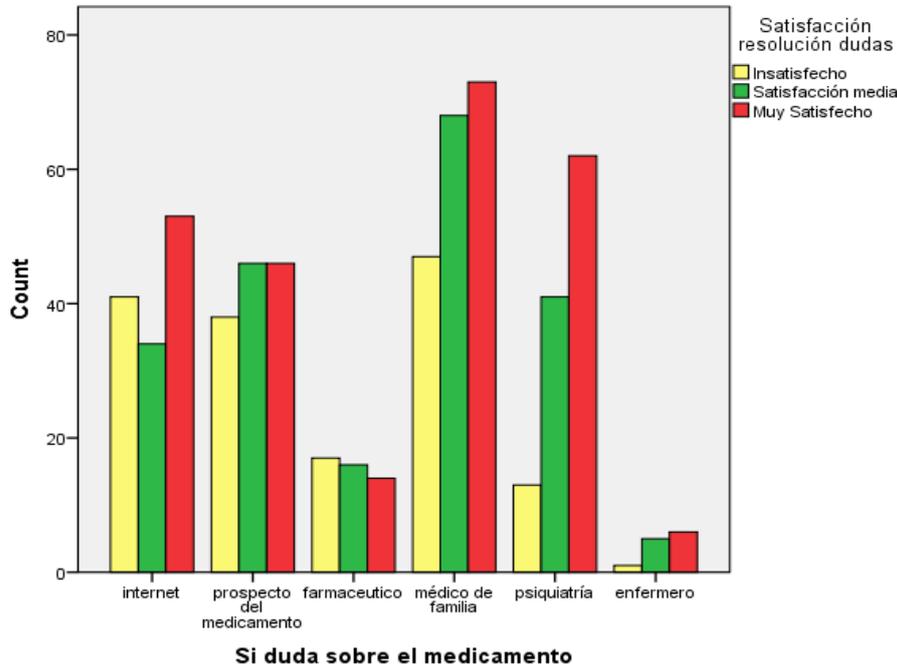
Si duda sobre el medicamento * SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción en la resolución de las dudas			Total
		Insatisfecho	Satisfacción media	Muy satisfecho	
Si duda sobre el medicamento	internet	41	34	53	128
	prospecto del medicamento	38	46	46	130
	farmaceutico	17	16	14	47
	médico de familia	47	68	73	188
	psiquiatría	13	41	62	116
	enfermero	1	5	6	12
	otros	1	3	3	7
Total		158	213	257	628

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,335	12	,010
Likelihood Ratio	28,654	12	,004
Linear-by-Linear Association	10,381	1	,001
N of Valid Cases	628		

Gráfica 36. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y donde busca para resolver las dudas sobre el medicamento.



El mayor grado en la satisfacción en la resolución de las dudas se obtiene cuando recurre al psiquiatra o médico de familia. Existe un menor grado de satisfacción cuando recurre a internet o al prospecto del medicamento. Diferencia estadísticamente significativa con Chi-Square de 0,01.

Tabla 37. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y grado de satisfacción con la información. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

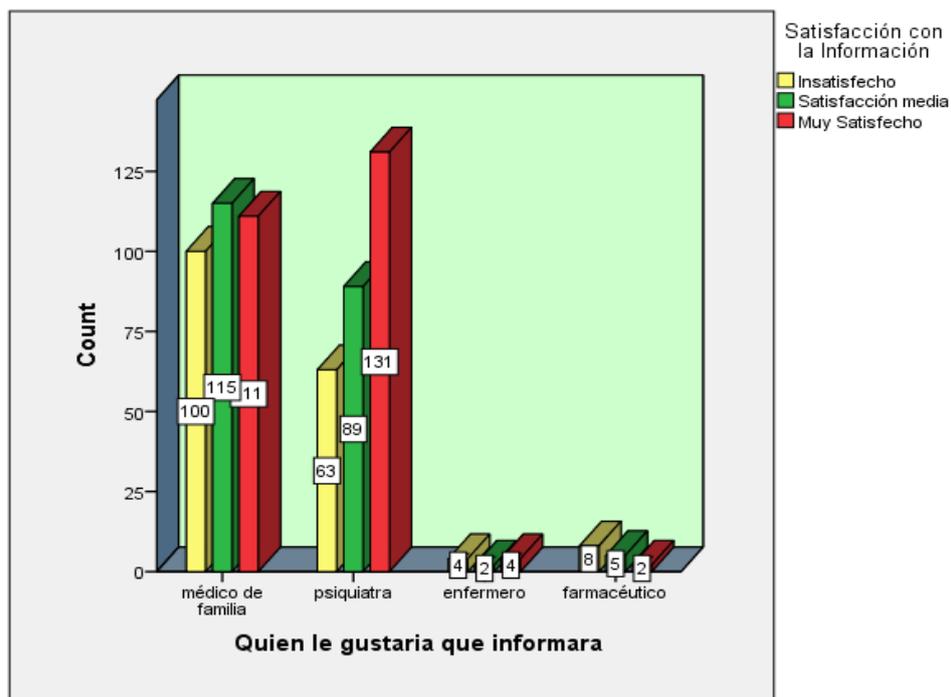
Quien le gustaria que informara * satisfINF Crosstabulation

Count		Satisfacción con la Información			Total
		Insatisfacción	Satisfacción Media	Muy Satisfecho	
Quien le gustaria que informara	médico de familia	100	115	111	326
	psiquiatra	63	89	131	283
	enfermero	4	2	4	10
	farmacéutico	8	5	2	15
	otros	4	1	2	7
Total		179	212	250	641

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,868	8	,008
Likelihood Ratio	20,833	8	,008
Linear-by-Linear Association	,001	1	,981
N of Valid Cases	641		

Gráfica 37. Grado de satisfacción con la información recibida y quien le gustaría que le informara.



Mayoritariamente prefieren ser informados por psiquiatría (con el que se obtiene el mayor grado de satisfacción en la información recibida) seguido por el médico de familia. Estas Diferencias son estadísticamente significativas con una Chi-Square de 0,008.

Tabla 38. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y el grado de satisfacción con la resolución de las dudas. Análisis estadístico Pearson Chi Square.

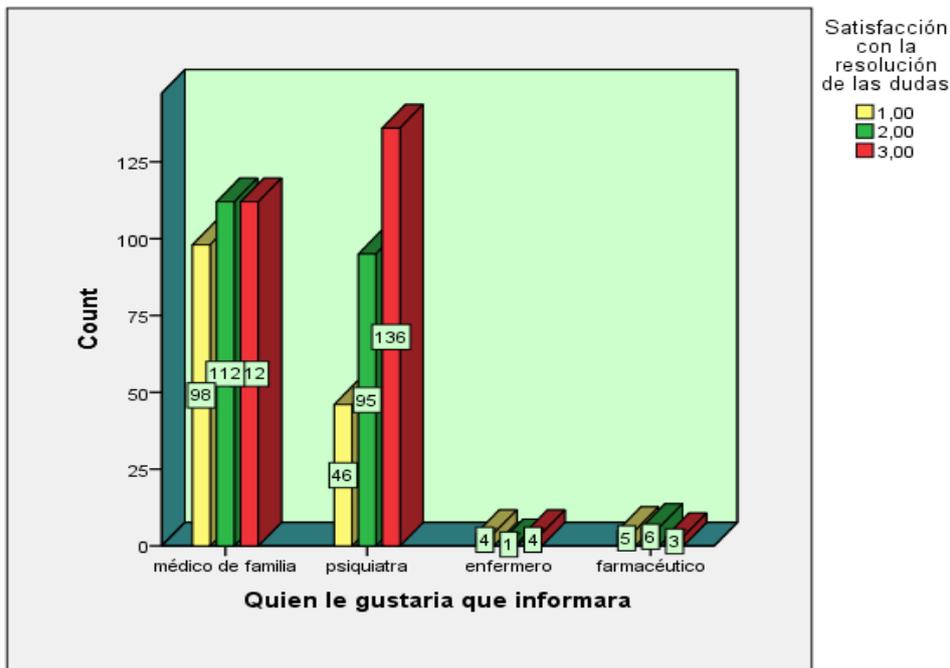
Quien le gustaria que informara * SatisfDud Crosstabulation

Count		Satisfacción resolución de las dudas			Total
		Insatisfecho	satisfacción media	Muy satisfecho	
Quien le gustaria que informara	médico de familia	98	112	112	322
	psiquiatra	46	95	136	277
	enfermero	4	1	4	9
	farmacéutico	5	6	3	14
	otros	4	0	3	7
Total		157	214	258	629

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,487	8	,000
Likelihood Ratio	32,193	8	,000
Linear-by-Linear Association	2,124	1	,145
N of Valid Cases	629		

Gráfica 38. Grado de satisfacción en la resolución de las dudas y quien le gustaría que le informara.



El grado de satisfacción en la resolución de las dudas es mayor en aquellos que les gustaría solucionar las dudas con el psiquiatra, seguido por el médico de familia (Chi-Square = 0,000).

Tabla 39. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y País de procedencia de la muestra. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

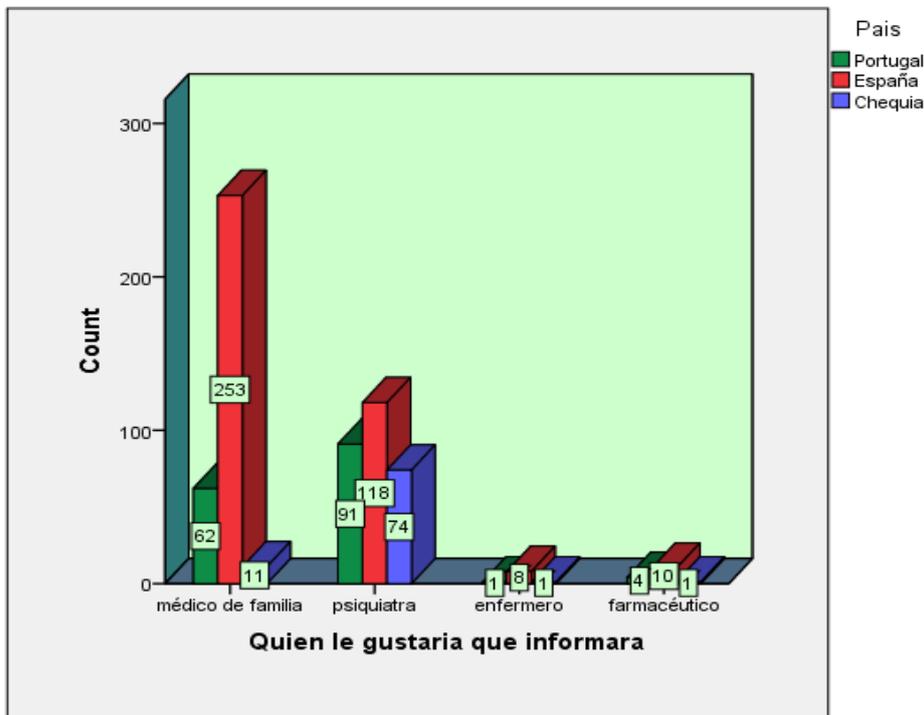
Quien le gustaria que informara * Pais Crosstabulation

Count		Pais			Total
		Portugal	España	Chequia	
Quien le gustaria que informara	médico de familia	62	253	11	326
	psiquiatra	91	118	74	283
	enfermero	1	8	1	10
	farmacéutico	4	10	1	15
	otros	1	6	0	7
Total		159	395	87	641

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	104,332	8	,000
Likelihood Ratio	110,576	8	,000
Linear-by-Linear Association	1,152	1	,283
N of Valid Cases	641		

Gráfica 39. Diagrama de barras en el que se representa quien le gustaría que le informara en función del país de la muestra.



Mientras en la muestra española prefieren ser informados por el médico de familia, en la muestra checa y portuguesa prefieren ser informados por el psiquiatra (Chi-Square 0,000).

Tabla 40. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y el Nivel de estudios.
Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

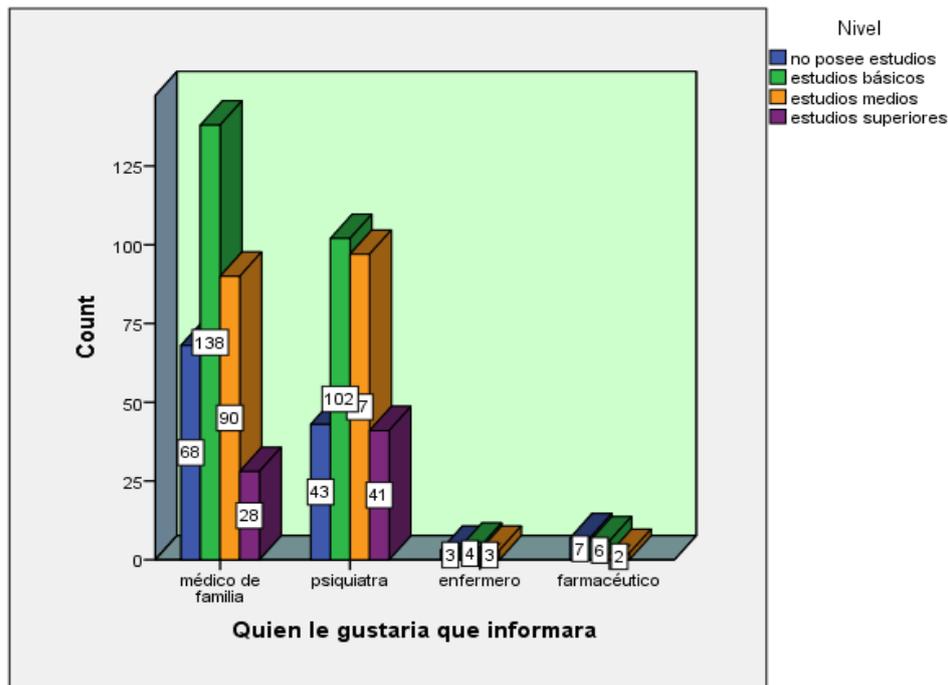
Quien le gustaria que informara * Nivel Crosstabulation

Count		Nivel				Total
		no posee estudios	estudios básicos	estudios medios	estudios superiores	
Quien le gustaria que informara	médico de familia	68	138	90	28	324
	psiquiatra	43	102	97	41	283
	enfermero	3	4	3	0	10
	farmacéutico	7	6	2	0	15
	otros	0	1	2	4	7
Total		121	251	194	73	639

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,418	12	,000
Likelihood Ratio	34,244	12	,001
Linear-by-Linear Association	3,552	1	,059
N of Valid Cases	639		

Gráfico 40. Quién le gustaría que le informara y el nivel de estudios.



Aquellos que no poseen estudios o presentan estudios básicos prefieren ser informados por el médico de familia frente al psiquiatra. Sin embargo los que presentan estudios superiores prefieren ser informados preferentemente por el psiquiatra.

Tabla 41. Cruce de las variables quien le gustaría que le informara y Profesión. Análisis estadístico Pearson Chi-Square.

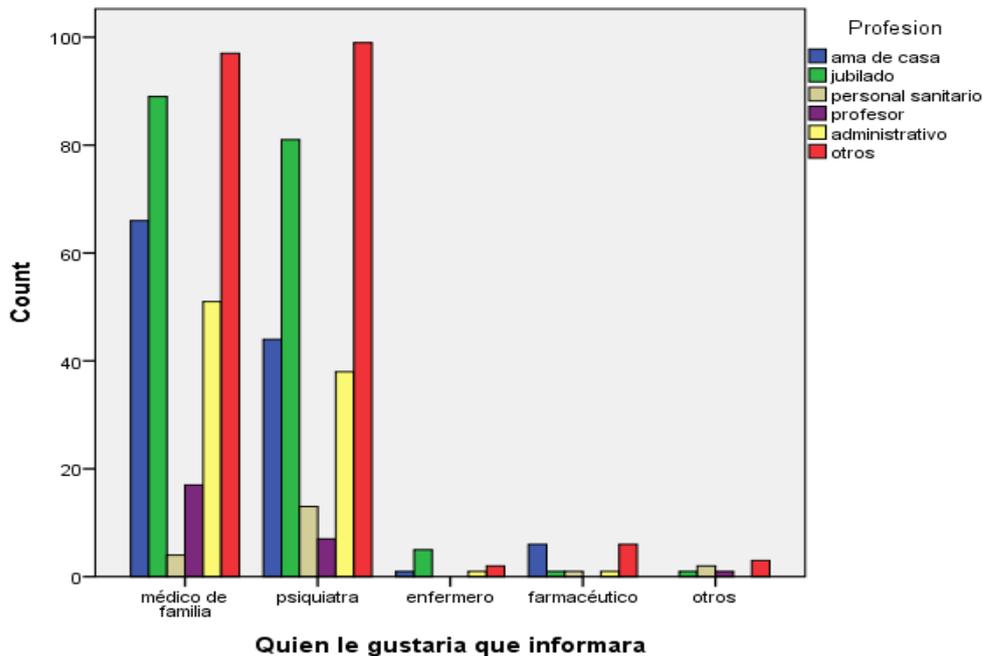
Quien le gustaria que informara * Profesion Crosstabulation

Count		Profesion						Total
		ama de casa	jubilado	personal sanitario	profesor	administrativo	otros	
Quien le gustaria que informara	médico de familia	66	89	4	17	51	97	325
	psiquiatra	44	81	13	7	38	99	282
	enfermero	1	5	0	0	1	2	9
	farmacéutico	6	1	1	0	1	6	15
	otros	0	1	2	1	0	3	7
Total		117	177	20	25	91	207	638

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,812	24	,006
Likelihood Ratio	39,419	24	,025
Linear-by-Linear Association	,140	1	,708
N of Valid Cases	638		

Gráfica 41. Histograma en el que se representa quien prefiere que le informe y la profesión.



Los jubilados y amas de casa en general prefieren ser informados por el médico de familia y en segundo lugar por el psiquiatra. Los administrativos prefieren recibir la información del psiquiatra. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas con una Chi-Square de 0,006.

Tabla 42. De contingencia entre las variables edad, sexo, grado de satisfacción, satisfacción en la resolución de las dudas, satisfacción con la información recibida, nivel de estudios y Profesión.

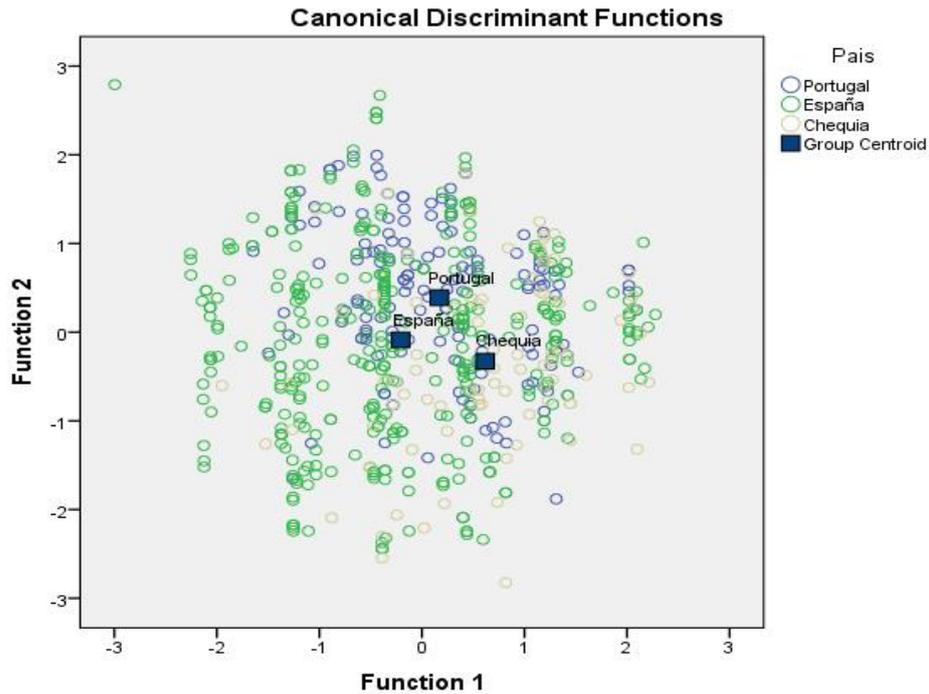
		Edad	Sexo	Grado de satisfacción	Satisfacción resolución de dudas.	Satisfacción con la información.	Nivel de estudios	Profesión
	Pearson C	1	,232**	,000	,015	-,003	-,335**	-,193**
Edad	Sig. (2-tailed)		,000	,994	,699	,944	,000	,000
	N	650	650	645	637	649	648	647
	Pearson Cf.	,232**	1	-,024	,037	,041	,069	-,104**
Sexo del paciente	Sig. (2-tailed)	,000		,537	,350	,301	,080	,008
	N	650	650	645	637	649	648	647
	Pearson Cf	,000	-,024	1	,546**	,887**	,155**	-,046
Grado de satisfaccion	Sig. (2-tailed)	,994	,537		,000	,000	,000	,248
	N	645	645	645	633	645	643	642
	Pearson Cf	,015	,037	,546**	1	,561**	,100*	-,033
SatisfDud	Sig. (2-tailed)	,699	,350	,000		,000	,012	,414
	N	637	637	633	637	636	635	634
	Pearson Cf	-,003	,041	,887**	,561**	1	,170**	-,031
satisfINF	Sig. (2-tailed)	,944	,301	,000	,000		,000	,433
	N	649	649	645	636	649	647	646
	Pearson Cf	-,335**	,069	,155**	,100*	,170**	1	,190**
Nivel	Sig. (2-tailed)	,000	,080	,000	,012	,000		,000
	N	648	648	643	635	647	648	646
	Pearson Cf	-,193**	-,104**	-,046	-,033	-,031	,190**	1
Profesion	Sig. (2-tailed)	,000	,008	,248	,414	,433	,000	
	N	647	647	642	634	646	646	647

Tabla 43. Media, Desviación estándar de las variables Edad, Sexo del paciente, Satisfacción de la información, Satisfacción de la resolución de las dudas, Nivel de estudios, Profesión.

Pais		Mean	Std. Deviation	Valid N (listwise)	
				Unweighted	Weighted
Portugal	Edad	53,8679	11,46824	159	159,000
	Sexo del paciente	1,7170	,45189	159	159,000
	satisfINF	2,2956	,72525	159	159,000
	SatisfDud	2,4088	,61843	159	159,000
	Nivel	2,3333	,83943	159	159,000
	Profesion	3,7736	2,01238	159	159,000
España	Edad	50,2997	16,50257	387	387,000
	Sexo del paciente	1,6072	,48900	387	387,000
	satisfINF	1,9922	,82226	387	387,000
	SatisfDud	2,0181	,82837	387	387,000
	Nivel	2,2377	,91918	387	387,000
	Profesion	3,8295	5,26174	387	387,000
Chequia	Edad	45,0000	13,75158	86	86,000
	Sexo del paciente	1,5698	,49801	86	86,000
	satisfINF	2,2791	,79189	86	86,000
	SatisfDud	2,3140	,78608	86	86,000
	Nivel	2,8953	,76741	86	86,000
	Profesion	3,7442	2,02447	86	86,000
Total	Edad	50,4763	15,23174	632	632,000
	Sexo del paciente	1,6297	,48325	632	632,000
	satisfINF	2,1076	,80675	632	632,000
	SatisfDud	2,1566	,79369	632	632,000
	Nivel	2,3513	,90606	632	632,000
	Profesion	3,8038	4,30156	632	632,000

En el siguiente gráfico se realiza una representación de los resultados de las tres muestras: Portugal, España y Chequia. En el gráfico siguiente observamos que las tres muestras presentan una distribución superponible. Que el grueso de los resultados de las tres muestras se hayan muy próximos entre sí.

Gráfica 42. Distribución homogénea de las tres muestras.



		Pais	Predicted Group Membership			Total
			Portugal	España	Chequia	
Original	Count	Portugal	85	34	40	159
		España	112	166	109	387
		Chequia	20	15	51	86
	%	Portugal	53,5	21,4	25,2	100,0
		España	28,9	42,9	28,2	100,0
		Chequia	23,3	17,4	59,3	100,0

Al analizar los resultados obtenidos vemos que entre la variable sexo y la nacionalidad de la muestra se observa una relación estadísticamente significativa. En la muestra española y portuguesa se observa una mayor proporción de mujeres con respecto a varones; mientras que en la muestra checa la diferencia entre varones y mujeres es muy escasa. Quizás esto sea debido a que el número de pacientes de la muestra checa es pequeño para que se observe una mayor proporción de mujeres en el estudio (Tabla y Gráfica 1).

Observamos que proporcionalmente las mujeres tienen más estudios superiores en relación a los varones y esto arroja una significación estadística con una Pearson Chi-Square de 0,000. Hemos hallado la existencia de diferencia estadísticamente significativa en función de la ocupación y el sexo del paciente (Tabla y Gráfica 3).

Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los hombres y mujeres en cuanto a su nivel de formación sobre todo a expensas de los estudios superiores (Tabla y Gráfica 2).

Hay una mayor proporción de amas de casa en el sexo femenino (102/17), al igual que de docentes con respecto a los varones (23/3). NO Existe diferencias estadísticamente significativas (Pearson Chi-Square = 0,35) entre: el grado de satisfacción en la información recibida y el sexo del paciente que responde la encuesta. Tampoco se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la satisfacción en la resolución de las dudas sobre los efectos de los psicofármacos (Pearson Chi-Square = 0,45). Tampoco observamos la existencia de diferencias estadísticamente significativas cuando se emplea una escala Liker para valorar el grado de satisfacción con la información recibida o en la resolución de las dudas.

Encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable de “cree” (que ha presentado un efecto adverso por el empleo de un psicofármaco) con respecto a la satisfacción en la resolución de las dudas (Tabla y Gráfica 4). Creemos que aquellos pacientes que afirman presentar efectos adversos debidos a la medicación están motivados para resolver las dudas que surgen sobre la medicación y por ello su grado de satisfacción en la resolución de las mismas es mayor.

Hay mayor diferencia en la muestra portuguesa en cuanto a la percepción de los efectos secundarios atribuibles a los psicofármacos que en las otras dos muestras (Tabla y Gráfica 5). La diferencia observada es estadísticamente significativa con una Chi-cuadrado 0,002.

El nivel de estudios del paciente influye en que tenga una mayor percepción de la aparición de efectos adversos con respecto a aquellos que tienen un nivel de estudios menor (Tabla y Gráfica 6). Observamos que se produce una diferencia estadísticamente significativa con respecto a si atribuye la percepción de los efectos adversos a la utilización de los psicofármacos (variable: “cree”) y el tipo de ocupación – profesión (Tabla y Gráfico 7). Sin embargo esta diferencia ha de ser matizada porque en el caso de las variable ocupación dentro de “otros” engloba a profesiones u ocupaciones muy dispares, que no eran clasificables en los otros apartados.

Aquellos pacientes que refieren percibir efectos adversos atribuibles al empleo de psicofármacos presentan un mayor grado de insatisfacción con la información recibida que aquellos otros que no perciben estos efectos adversos.

Igualmente hay más insatisfacción en la resolución de las dudas en aquellos que perciben efectos adversos que en los que no lo han percibido.

Observamos que tienen un mayor grado de satisfacción con la información recibida los pacientes que han consultado por un problema de ansiedad o depresión que aquellos otros que lo han hecho por un problema de insomnio o de trastorno alimentario o de cualquier otro tipo (“otras”) como se aprecia en la Tabla 12 (Chi cuadrado 0,007)

También observamos como diferencia, estadísticamente significativa, que mientras en la muestra española y portuguesa existe diferencias en cuanto a la proporción de motivos de consulta depresión-ansiedad; en el caso de la muestra checa ambos motivos de queja tienen un porcentaje similar (Tabla 9).

Observamos que aquellos pacientes que carecen de estudios o presentan estudios básicos consultan más frecuentemente por problemas de ansiedad, depresión e insomnio que aquellos que presentan nivel de estudios superiores como muestra la Tabla 10.

Observamos que existen diferencias en cuanto a la ocupación-profesión y los problemas por los que suele consultar: El ama de casa tiene un elevado porcentaje de casos que consulta por problemas de depresión, al igual que el jubilado que además consulta más por insomnio y ansiedad en comparación con el ama de casa (Chi Cuadrado = 0,001).

Existe un grado de satisfacción bueno con la información recibida sobre los efectos secundarios en el caso de las consultas por problemas de Depresión y Ansiedad, mientras que en el caso del Insomnio la satisfacción no es tan buena. Igualmente no se obtiene resultados satisfactorios en el caso de “otros problemas” al igual que en el caso de los “trastornos alimentarios”. El mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas se consigue cuando el problema de consulta estaba relacionado con la depresión y ansiedad, en comparación con el insomnio y los trastornos de alimentación (Tabla 13).

Los que presentan un mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas son los que presentan como efecto secundario predominante: sequedad de boca, pérdida de deseo, estreñimiento, dolor de cabeza, sueño. Por el contrario presentan un mayor grado de insatisfacción en la resolución de las dudas aquellos que presentan como efecto adverso: mareos, náuseas (Tabla 14, muestra una Chi cuadrado de 0,004)..

Al convertir la escala liker de satisfacción de la información recibida de los efectos adversos en una tabla de satisfecho o insatisfecho se obtiene que no existen diferencias significativas en función del síntoma que presenta como efecto secundario o adverso.

Los jubilados presentan más frecuentemente sequedad de boca, mareos, molestias de estómago, dolor de cabeza. Mientras que “Otros” presentan más visión borrosa, pérdida de deseo, mareos, molestias de estómago. Las demás ocupaciones o profesiones presentan una gran heterogeneidad de sintomatología como efecto adverso y no observamos una asociación evidente (Tabla 16, muestra una Chi-Cuadrado de 0,042)..

Los españoles comunican más que portugueses y checos la aparición de efectos adversos atribuibles a la medicación pautada (Tabla 17, Chi cuadrado 0,005). Esta diferencia observada es estadísticamente significativa. El nivel de estudios no influye en comunicar o no la aparición de los efectos adversos (se obtiene una Chi Cuadrado de 0,15 por lo que no es estadísticamente significativo). Lo mismo ocurre cuando cruzamos si lo comunica con respecto a la profesión-ocupación (no es estadísticamente significativo Chi cuadrado de 0,91).

El mayor grado de satisfacción en la información recibida sobre los efectos adversos se obtiene en aquellas personas que han comunicado la aparición de efectos adversos al médico frente a aquellos quienes lo han comunicado a otra persona entre las que se puede encontrar un familiar (Tabla 18). A quien comunica la aparición de los efectos secundarios depende del nivel de estudios. Aquellos con una mayor formación comunica en más ocasiones al médico la percepción de efectos secundarios más que aquellos con menor formación.

Hay un mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas el que comunica la aparición de los efectos adversos al médico frente a aquel que lo hace de forma preferente a un familiar (Tabla 19, Chi cuadrado 0,014).

Que existen diferencias entre los motivos de no comunicar la aparición de efectos secundarios y el nivel de estudios (Tabla 21, Chi Cuadrado 0,004). Aquellos que no tienen estudios argumentaban con mayor frecuencia que el motivo de la no comunicación era “que no le harían caso” o “el miedo al ridículo”; mientras que aquellos que tenían nivel de estudios medios o superiores el argumento más frecuente de la no comunicación del efecto adverso era el no haberle dado la importancia que se merecía, no haber reparado en ello. Esto puede verse influido por la relación médico paciente y todos los factores que intervienen en el proceso comunicacional.

Encontramos un mayor grado de satisfacción con la información recibida sobre los efectos adversos, aquel paciente que ha sido informado sobre la misma, que aquel otro que no ha sido informado (Tabla 22, Chi Cuadrado 0,000). El grado de satisfacción en la resolución de las dudas es mayor en el caso del paciente que ha sido informado en comparación con aquel otro que no ha sido informado (Tabla 23, Chi Cuadrado 0,000).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que refieren haber sido informados y los que refieren no haber sido informado y el nivel de estudios (Tabla 24, Chi Cuadrado 0,001). Aquellos que no poseen estudios niegan más frecuentemente haber sido informados. Sin embargo no existen diferencias en cuanto a la profesión u ocupación y el hecho de haber sido informado. Tiene un mayor grado de satisfacción cuando es el médico quien le informa sobre los efectos adversos. Igualmente se observa un mayor grado

de satisfacción en la resolución de las dudas cuando es el médico quien informa sobre la aparición de efectos adversos (Tabla 26, Chi Cuadrado 0,014).

En las tres muestras se observa que mayoritariamente informa el médico, pero en el caso de Portugal y Chequia existe un porcentaje alto de farmacéuticos que informan al paciente sobre los efectos secundarios (Tabla 27, Chi Cuadrado 0,024). Generalmente es el médico el que suele informar al paciente sobre los efectos secundarios. El médico es el principal informador independientemente del nivel de estudios que presente el paciente (Tabla 28, Chi cuadrado 0,019).

La satisfacción en la resolución de las dudas es mayor cuando sabe porque motivo recibe la medicación (Tabla 29, Chi cuadrado 0,000). No existe diferencias en función del país de la muestra y el hecho de conocer el porqué está siendo tratado. Por el contrario sí que existe diferencias entre el nivel de estudios y el hecho de conocer o no porque motivo está siendo tratado (Chi cuadrado 0,004).

El grado de satisfacción en la resolución de las dudas sobre un medicamento es mucho mayor cuando recurre a psiquiatra, médico de familia; que cuando recurre al farmacéutico, prospecto o internet (Tabla 32, Chi cuadrado 0,010).

Hay diferencias en cuanto a las fuentes a las que se recurre en caso de duda sobre el medicamento: En Portugal y España hay un elevado porcentaje de pacientes que recurre al médico de familia, e igualmente al psiquiatra (en este último caso acuden más pacientes en Chequia). Y también recurren mucho más al prospecto del medicamento e internet en España que en Portugal y Chequia (Tabla 33, Chi cuadrado 0,000).

Los que no poseen estudios buscan resolver las dudas sobre el medicamento fundamentalmente en el médico de familia y psiquiatra, mientras que quienes poseen estudios medios prefieren internet y el prospecto del medicamento (Tabla 34, Chi cuadrado 0,000).

Los Jubilados y amas de casa acuden al médico de familia para la resolución de las dudas sobre el medicamento, mientras que a internet recurren “otros” y los administrativos. Al prospecto recurren también “otros”, administrativos y amas de casa; como vemos en la Tabla 35, Chi-Cuadrado 0,013.

El mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas sobre el medicamento se obtiene cuando recurre al psiquiatra y médico de familia. Existe menor grado de satisfacción cuando recurre a internet y al prospecto del medicamento (Tabla 36, Chi-cuadrado 0,010).

Mayoritariamente prefieren ser informados por psiquiatra (con el que se obtiene el mayor nivel de satisfacción en la información recibida), seguido por el médico de familia el cual presenta un menor grado de satisfacción global sobre la información recibida.

El grado de satisfacción en la resolución de las dudas es mayor en aquellos que les gustaría más la resolución de las mismas por el psiquiatra, seguido por el médico de familia (Tabla 38, Chi cuadrado 0,000).

Mientras en España prefieren ser informados por el médico de familia, en Chequia y Portugal prefieren ser informados por el psiquiatra (Tabla 39, Chi cuadrado 0,000).

Aquellos que no poseen estudios o presentan estudios básicos prefieren ser informados por el médico de familia frente al psiquiatra. Sin embargo los que presentan estudios superiores prefieren ser informados preferentemente por el psiquiatra. Esta diferencia resulta estadísticamente significativa como apreciamos en la Tabla 40 con una Chi cuadrado de 0,000. Generalmente prefieren ser informados por el médico de familia y en segundo lugar por el psiquiatra. El personal sanitario prefiere ser informado por el psiquiatra.

Igualmente se observa la existencia de diferencias significativas en referencia a las variables “Problema de consulta” (Pearson Chi-Square =0,005) y efectos secundarios percibidos por el paciente (Pearson Chi-Square 0,000); comunicó la aparición de efectos adversos (Pearson Chi-Square =0,005); mientras que a quien se lo comunico no presenta asociación estadísticamente significativa. NO existe asociación estadísticamente significativa del motivo de no comunicar la aparición de efectos secundarios.

Al analizar el motivo problema de consulta observamos que existe asociación estadísticamente significativa con el nivel de estudios formación de los pacientes.

No existe asociación entre los diferentes síntomas percibidos como efectos secundarios y la satisfacción de la información recibida. Por el contrario si se observa que existe una asociación entre el síntoma percibido y la resolución de las dudas sobre los efectos adversos percibidos. La asociación también se observa cuando se aplica una escala Liker a la grada-

ción en la satisfacción en la resolución de las dudas, como se muestra en la. Igualmente observamos la existencia de una asociación entre los síntomas percibidos y el nivel de estudios del paciente.

No observamos la existencia de asociación entre el paciente que comunicó la percepción de los efectos adversos que atribuye al empleo de los psicofármacos y la satisfacción en la información recibida sobre los mismos (Pearson Chi-Square = 0,138). Igualmente aquellos pacientes que comunican la aparición de sintomatología atribuible al psicofármaco no presentan un mayor grado de satisfacción en la resolución de las dudas sobre el fármaco .

Discussion:

We have not found similar papers for us to compare our results. We have performed several bibliographic searches using the descriptors "satisfaction" and "secondary effects on psychotropic medication". We didn't find in Pubmed any article about the "perception of side effects in patients with psychoactive drugs". The results obtained in these searches were studies that focused mainly on the side effects of psychotropic medications^{72,73,74}. However, we have not found any studies that investigate the perception of side effects, which analyze the role of information and the degree of satisfaction when the patient uses this type of medication. Patient satisfaction is increasingly promoted as an indicator of quality of care⁸⁷. A Medline literature search revealed that the factors which determine satisfaction with mental health care is correlated with their age, and global subjective quality of life, but not symptoms, or attitudes to treatment⁸⁸. Others, in contrast, have found no relationship between satisfaction and age or living conditions⁸⁹.

In our country there are two accreditation systems in quality management (AENOR and EFQM). In both, patient satisfaction is assessed as part of the evaluation of the results.

Adverse drug events constitute a pathology with a great care impact. In recent years, patient satisfaction has become an increasingly important aspect as an indicator of the quality of health services and as a result of the care process.

The purpose of this study was to know the perception of the side effects of the psychoactive drugs and the satisfaction with the information that the patient receives. Also we want to know the satisfaction of the patient about the solution of their doubts about the treatment. Our study found that the "information" that the patient receives about the psychoactive drug is one of the most important variables in the satisfaction.

Information is an ongoing process between the patient and the physician. Information is a therapeutic process in which there is a feed -back. It is constant and continuous maintained in all the time of the doctor-patient relationship. It is a continuous process between the health professional and the patient. The information is not limited only to inform about the pathology, the problems for which the patient is consulted, the symptoms, the type of medication, the prognosis, but also covers any doubts or questions that may arise. Information is one of the fundamental elements of the patient medical relationship. It is

essential that the patient receives quality information that makes them have adherence to the treatment. Through the information the health professional can reduce the uncertainty of the patient. The doctor must know how to adapt the information to the person in front of him. It is therefore important that the health professional develop skills in the transmission of information.

In our study we found that in the three samples analyzed the factor that determines a higher degree of satisfaction is if the patient has been informed. Also who is the subject who has transmitted the information to the patient. We observed that in the three samples analyzed the degree of satisfaction of the same is greater when it is the doctor who reports. It is also the same when the psychiatrist reports mainly on the Portuguese and Czech shows.

Satisfaction with the information received is a multidimensional concept. The measure of patient satisfaction with the information received cannot be objectively obtained through external observation. It is at this point that we consider "subjectivity", so methodologically criticized in the scientific literature, as an ally in the bond established between the patient and the health professional.

We need to ask the patients more frequently if they had understood the information transmitted. But also to improve our attention to the patient we must receive a feed-back of the patient in which he tells us what makes him more satisfied.

Therefore, in the selected samples of patients receiving treatment with psychoactive drugs, we have asked through questionnaires whether they have noticed adverse effects. We have asked if they have perceived any adverse effects. We have asked the characteristics of this adverse effect. About whether they have received information about their illness or health problem. Whether they have received information about the possible side effects of prescribed medicines. On whom the patient has been directed to communicate the appearance of adverse effect. Also, in the case of non-communication of the perceived adverse effect, we asked about the reason for not communicating it. We asked about who informed them. We asked about the patient's preference of whom he would like to be informed. And where the patients would look for the information in case of doubt. We have asked about the educational level, and the laboral activity of the patients, but we

didn't asked about the marital status. Finally we asked about the satisfaction in the information received and the satisfaction in the resolution of the doubts.

Patient's gender was not related to their satisfaction. The main problem for consultation does present differences in the degree of satisfaction in the information received. The information received for patients with "problem depression" or "problem anxiety" produces more satisfaction than in the patients with "problem insomnia" or "problem eating disorder". In the case of the satisfaction in the resolution of the doubts yields a similar result in function of the main query problem.

Those patients who believe that they present adverse effects associated with the use of the psychoactive drug present a greater degree of satisfaction in the information received on the adverse effects. The same is true of the degree of satisfaction in solving doubts. We believe that this type of outcome may be associated with a greater motivation, a greater degree of alertness on the part of the patient that perceives an adverse effect, and when they receive more information, they are more satisfied. Also, they are more satisfied with the resolution of the doubts.

As we have seen the perceived symptoms as an adverse effect is associated with the degree of satisfaction in the information received and in the resolution of doubts. Those symptoms such as dry mouth and loss of sexual desire present a greater degree of satisfaction in the information received because they are symptoms that are clearly related to the treatment, mainly antidepressants. While other symptoms such as stomach pain, dizziness, tachycardia, etc. are less specific and may be attributed to drug interactions, in these cases they present a lower level of satisfaction with the information received. Equally it happens in the case of the satisfaction in the resolution of the doubts. Satisfaction in solving doubts is greater in the case of symptoms such as "dry mouth" and "loss of sexual desire".

There is no difference in the satisfaction of the information received and to whom is reported the occurrence of adverse effects. If we observe the existence of difference of satisfaction in the resolution of the doubts depending on whom the patient is headed. Overall, a greater degree of satisfaction is presented in the resolution of doubts when the patient has approached the doctor to consider them. This could indicate that accessibility

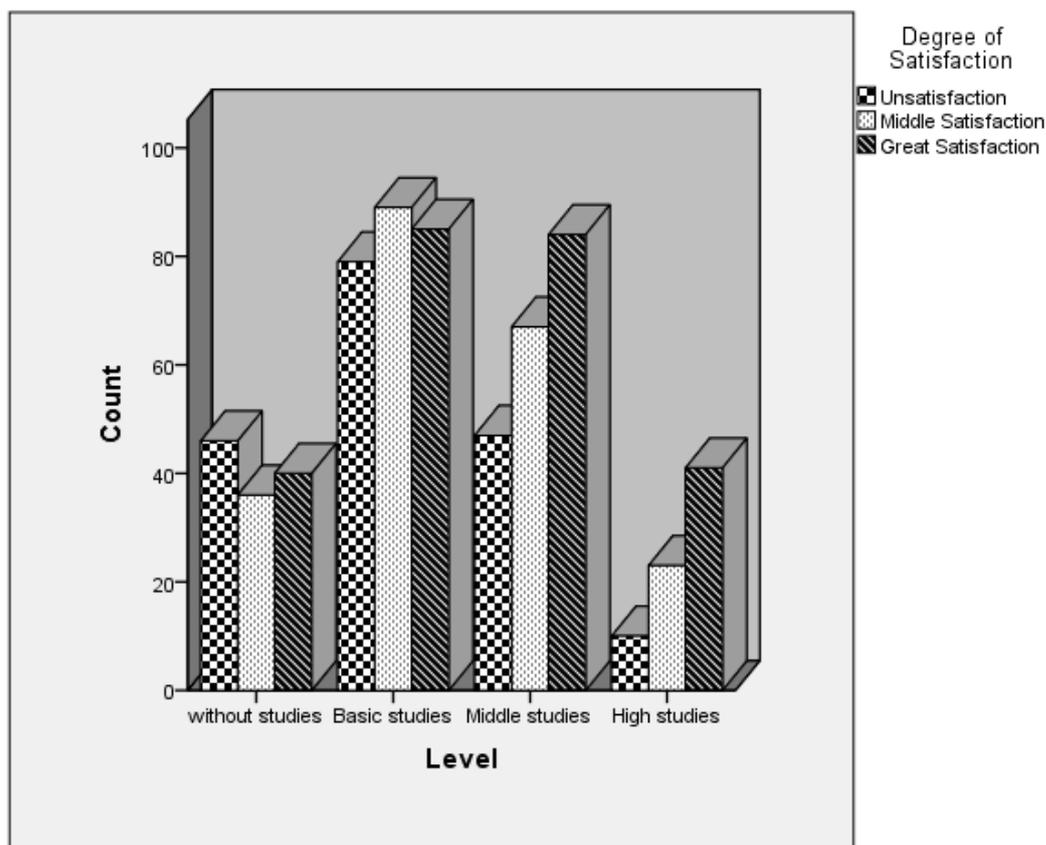
when the patient can contact the doctor is a fundamental variable in the degree of patient satisfaction.

The patients that perceived that they had an adverse effect but did not communicate it, present an absence of satisfaction with the information received and with the resolution of the doubts. The reasons for not communicating the adverse effect are very heterogeneous. The fact of not communicating the existence of a problem with the doctor reveals a lack of communication. If the patient doesn't say anything about the presence of the side effect, how can anybody help him? Inhibition of the patient in the transmission of the appearance of the adverse effect deprives the clinician of the possibility to inform about the adverse effect. The health professional couldn't perform his function by inhibiting the patient himself who does not transmit his perceptions.

The factor that most influences the satisfaction of the patient who has been treated with psychoactive drugs is the information. Information is therefore fundamental in improving the level of patient satisfaction. Satisfaction is basically linked to the relationship between the doctor and patient which is established through communication and is a two-way transmission of information. What most satisfies the patient receiving treatment with psychotropic drugs is to receive information about them. What most satisfied the patient who is in treatment with psychotropic drugs is to receive the information from the doctor, who is also bound by his Code of Ethics and by the Law of Autonomy of the patient. The informed patient, who knows why and for what the medication is taken, is a satisfied patient. The patient to whom the doubts are solved by the doctor is also a satisfied patient. Our study reveals that satisfaction is indissolubly associated with information. The patient preferably chooses the physician as the source of the information that satisfies him. When the doctor is not the source of the information, in that case they resort to other elements such as the prospectus, internet, family, acquaintances, etc.

The level of studies is a sociodemographic variable that determines the degree of satisfaction with the information received on the adverse effect of psychotropic drugs. Those with a higher level of education have a greater degree of satisfaction with the information received. On the other hand, those with a worse level of education have a greater dissatisfaction as you can see in the graph below.

Graph I. Degree of satisfaction with the information and Level of studies.



We have seen that the patients with a high level of education had a more satisfaction degree with the information received. The habitual activity (profession, occupation) usually depends of the educational level. We have seen that there is a correlation between those occupations that require a higher level of studies with a greater degree of satisfaction in the information received and in the resolution of doubts. We think that in "other" profession there is included a box with multiple occupations that have little connection with each other and that In our work are associated with a degree of satisfaction in the information received on psychotropic drugs.

In our study we had considered to see if there are differences in the degree of satisfaction in the information on psychotropic drugs between samples from different countries. We observed that there are statistically significant differences between the Spanish, Portuguese and Czech sample in terms of the degree of satisfaction of information received. The most

satisfied are the Portuguese and Czech followed by the Spaniards who present a greater degree of dissatisfaction.

The Spanish patients reported a lower percentage about the perception of side effects than the Portuguese (50% vs 60.2%). The percentage was very similar to the Czech Republic (42%). Taking into account that there are no major differences in the Spanish and Portuguese health system, we can think that this difference can be due to several reasons.

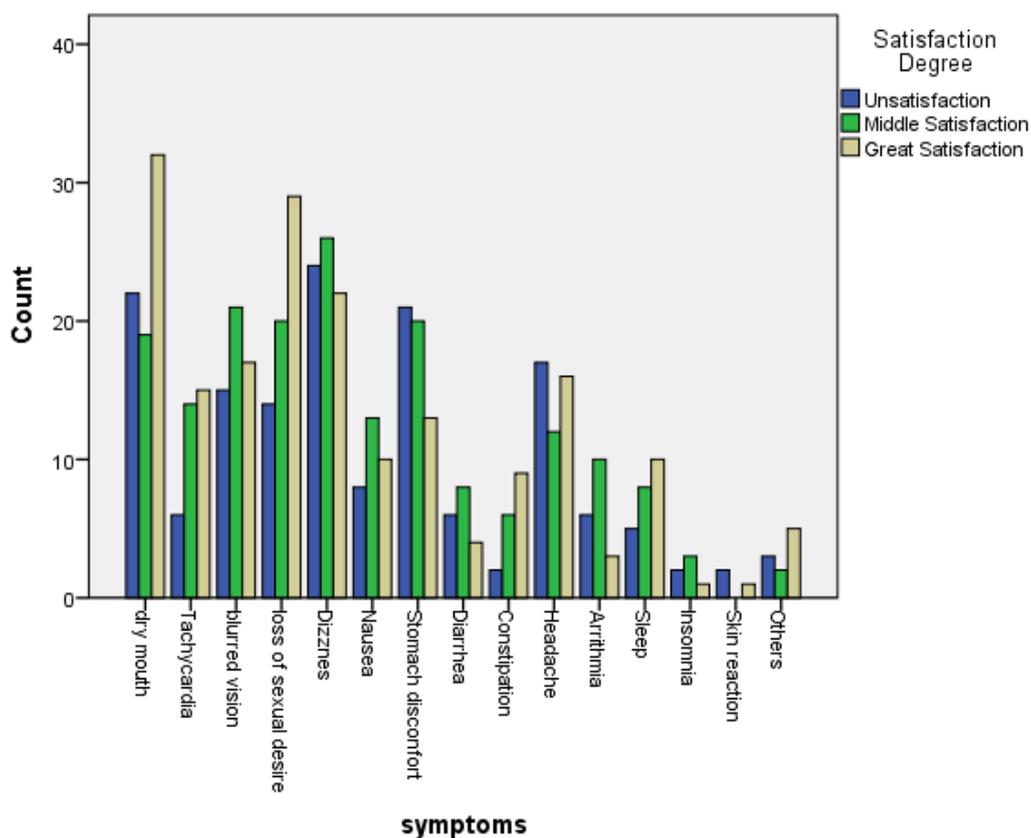
One of these issues may be the greater or lesser accessibility to the health professional. In the case of the Spanish health system, the organization is hierarchical with a first primary care that is more accessible than specialized care. Primary care usually performs a patient filter that goes to the psychiatrist. It is therefore easier to access the family doctor than the psychiatrist in the Spanish health system. Perhaps this influences the differences that we observe between the three samples in relation to the preference for who wants to resolve the doubts. In our study we found that in the Spanish sample there is greater satisfaction with the general practitioner and secondly with the psychiatrist. While in the Portuguese and Czech shows the opposite occurs. In Spain the family doctor is the initial filter of the patient's access to care by the psychiatrist.

Sometimes the patient may think that what he "perceives as a symptom" may be due to his own suffering and not attributable to a side effect of the medication, or psychoactive drug, which he has been prescribed. In this case the information you have received will be involved. If he has received adequate information, he will recognize the onset of symptoms and distinguish between the possible "adverse effects" that can be attributed to the prescribed psychoactive drug. It will also depend on whether or not he is a pluripathology patient, or an elderly patient, with many comorbidities, well-educated, etc. Therefore we see that in the observed difference there are multiple factors involved.

The adverse effects that the patient attributes to the use of prescribed psychoactive drugs are very heterogeneous. They range from side effects that affect the digestive, cardiovascular, sexual, visual, etc. We did not observe large differences between the three samples and the distribution of frequencies of side effects which are very similar. Perhaps this could be due to the fact that there are no great differences in the use of the different psychoactive drugs in one country and another since the characteristics of the patients of

three samples are very similar. Even taking account that in the Portuguese sample there is a higher percentage of patients suffering from depression compared to the other problems. We could venture that the greater use of antidepressants may justify a higher percentage of "dry mouth", "tachycardia", "blurred vision", "loss of sexual desire", or "drowsiness". It is not the objective of this work to investigate the type of treatment used (in the graph below you can see the cross between the degree of "satisfaction with the information and the "symptoms").

Graph II. Satisfaction degree and Symptoms.



This may also influence the fact that in the Portuguese sample there is a higher percentage of patients recruited for specialized care than the primary one. In the sample from the Czech Republic we found a higher percentage of "loss of sexual desire" than in the Portuguese or Spanish sample. The communication of the sexual sphere problem to the

doctor shows that is a sincere and complete communication. We found higher results of those secondary effects in the Czech Republic and the Portuguese sample than in the Spanish sample. This could perhaps be due to the effect of the psychoactive drug that we use but also could be due to the problem and reason of why this pharmaceutical drug is being taken, and also interaction with other pharmaceutical drugs due to the comorbidity of the patient.

The Portuguese sample reported more perception of the side effects attributable to psychotropic drugs than the Spanish sample. As we have already indicated, in the Portuguese sample the percentage of those who believe they suffer a secondary effect is higher, and logically they communicate more. Also we saw a high percentage of communication of the secondary effect of the drugs in the Czech Republic. But, do they really perceive a side effect attributable to psychotropic drugs? Or attribute to it a characteristic symptom of their illness. This could be a potential confounder because sometimes the symptoms reported like a secondary effect could be due to the actual illness.

Here we are fundamentally interested in the role of the doctor's information^{14,15}. Usually the doctor is the first door that the patient knocks on when they feel that they are experiencing an adverse effect. The doctor must inform the patient of his diagnosis in terms understandable to him^{18, 25, 46}. He should also inform to the patient about the diagnosis, symptoms, the psychoactive drug and the effects of this pharmaceutical drug. He also needs to inform about the more frequent secondary or adverse effects so the patient can recognize them^{43,45,47,48}. He must inform about the psychoactive drug he prescribes: from what he prescribes, to what is intended to achieve with it and of the possible adverse or unwanted effects that can be presented by its mechanism of action and by interaction with other drugs. Also, informing the family is a very important element to the patient. This gives us an insight into the complex task of the physician as responsible for the information he transmits to the patient.

When reporting the occurrence of side effects attributable to psychotropic drugs in Portugal they prefer the doctor 35.4% compared to 18% in Spain. In Czech Republic the percentage that we found is higher (44.4%). This difference could be due to multiple causes: accessibility, saturation of consultations, doctor-patient relationship, or doctor-

psychiatrist relationship. It is the preference of the Portuguese and Czech patient to be attended by the psychiatrist rather than by the family doctor. Like we said before there are influence of the organization of the health system that affect to the accessibility of the patient to take contact with the health professional. This shows the difference between the sanitary system of Spain compared to the sanitary system of Portugal and the Czech Republic.

In general, Portuguese patients and Czech patients are informed about the side effects of medications fa more than in the Spanish sample. We note that in the Spanish sample the doctor is not fulfilling his duty to inform the patient as is mandatory by the Law of Autonomy of the patient, according to the results obtained in our sample ^{6,7,16,18}. The majority of patients are informed by the doctor regarding other health professionals (since it is obliged by the Patient Autonomy Law), he doesn't do so every time and when comparing with what happens in Portugal we observe that we have a deficit of information regarding our European neighbors (49.6% with respect to 55.2%). No doubt there will be many variables that cause this result but it is not permissible considering the importance of the information regarding the treatment. Information is the factor that most influences patient satisfaction. Information is the factor that most influences the patient's compliance with the treatment. In short, whether they adhere to the prescribed treatment ^{24,25,45,51,52,53}. In the Spanish sample we observe that usually the patient says that they are suffering an adverse effect to the family. The family act in this case like the receptor of the information and deal with the problems of the Spanish sample.

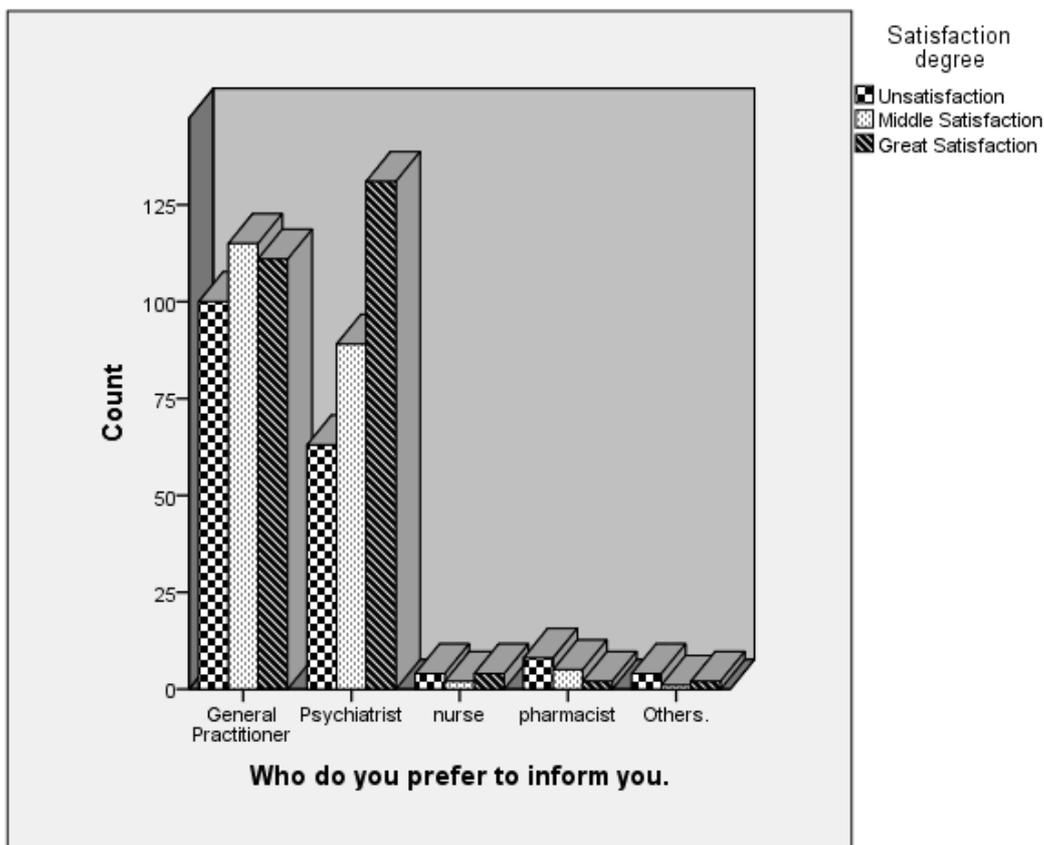
At the present time we have a great ease of access to information both on the internet and in other sources. But that does not guarantee that the information to which we have access is quality information. The information must be adapted to the needs and characteristics of each patient. The doctor becomes a fundamental pillar, modulator, administrator of the information. The doctor is a fundamental piece in this continuous process that means the "Information". To properly perform the role of "inform" you must know what the needs of your patient. The information must be adapted to the characteristics of each patient. The level of studies of the patient is one of the characteristics that most influences the satisfaction of the patient with the information received. The accessibility of the patient to the healthcare professional is an influential factor in the solution of the doubts or questions

that arise to the patient. Information is a process that involves the doctor-patient relationship and that influences both subjects in the communicative relationship. Information Influences adherence to treatment.

The patient who is treated with psychoactive drugs when they had a question or doubt about their treatment goes mostly to the family physician (Spain 29%, Portugal 39%, Czech Republic 12%) and psychiatrist (11%, 23%, 38,5%) respectively to resolve the problem or question. We observed the existence of differences in the preference of the search of information in case of doubts. Czech patients prefer to go to the psychiatrist rather than the family doctor. However, in Spain they tend (and more than in Portugal) to seek information of doubts on internet and the prospectus. Czech patients as well as Spanish patients present a similar percentage of searching for information to solve the doubts of psycho-pharmaceuticals on the internet. This can be explained by the massification of primary care consultations. The less time available for each patient, means the less accessibility to the medical appointment with respect to the ease of access to the network. However, this poses a serious risk of receiving information distorted by expired interests and not modulated by the health professional. Not all the information that appears on the internet is truthful or scientific information⁶⁹. On the other hand, the information contained in the leaflet is sometimes difficult to understand by the patient and his relatives⁸⁵. The pharmacist is an accessible resource for the patient that must be more involved in the information process. The pharmacy office where the patient gets the product should be more involved in the process of informing the patient. It not only has to dispense the product but to be involved in giving the information that the patient demands. Pharmacists are also a source of resolution of the doubts, more so in Spain than in Portugal. Perhaps this is influenced by the electronic prescription and the more active role of the pharmacist in controlling the use of psychotropic drugs^{51,64,65}.

Portuguese patients prefer that the psychiatrist gives them information about the psychoactive drug and its side effects compared to what happens in Spain, where they prefer the family doctor. In the sample from the Czech Republic we observed they also prefer to be informed by the psychiatrist. Here again, we observe that many factors influence the accessibility and the structure of health provision in these three different countries health systems, among them the doctor- patient relationship.

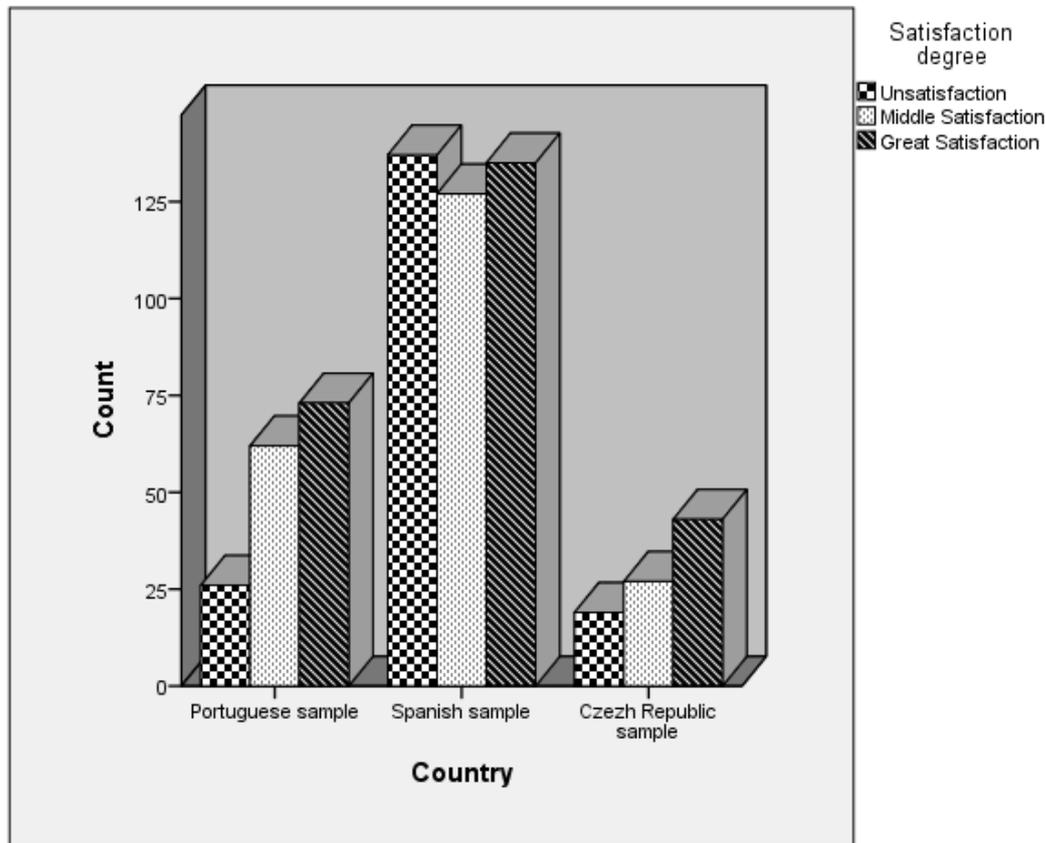
Graph III. Satisfaction degree and who do you prefer to inform you.



The degree of satisfaction with the information received is greater in the Portuguese sample than in the Spanish sample. Also the degree of satisfaction with the information received is greater in the Czech sample than in the Spanish one. The degree of satisfaction with the information received is very similar between the Czech and Portuguese samples. We can perform a gradation in the degree of satisfaction in the resolution of doubts: both the Czech and Portuguese samples have a similar degree of satisfaction, while the Spanish sample shows a greater degree of dissatisfaction, followed by the Czech sample and the Portuguese in the last place. Logically, with a greater degree of information, and a greater percentage of involvement of the physician and psychiatrist in its transmission of the same, the degree of satisfaction with the information received is also greater. Finally we saw that information and satisfaction goes hand in hand. (In the graph of below you can see the

cross between the variable “satisfaction with the information received “and the country of the sample”).

Graph IV. Satisfaction degree and sample’s country.



The degree of dissatisfaction in the resolution of doubts is greater in the Spanish sample than in the Portuguese sample. That is attributable not to sociodemographic differences or the occupation but to the implication of the information received and if it comes from the sanitary professional that is bound by Law, that is to say, the doctor. Or if on the contrary, the patient resorts to other sources of information, such as the prospectus or the internet (where he will not find a professional to guide him), he will drown in a sea of data, which most of the time is contradictory. Unsatisfied people tend to seek information in a non-health area with the risks of information search in an unregulated area such as the internet

69 .

The Patient Autonomy Law regulates the rights and obligations of the patient, users and health professionals. When communication with the health professional is more frequent, patients are more satisfied. Patient medical communication and adherence to treatment are inexorably linked as we know from the literature^{74,75,76}. The role of the health professional as an educator is key for the patient to adhere to a treatment correctly. The negotiation of the therapeutic regime increases the co-responsibility of the patient in his treatment and the adherence of the same. The incorporation of information technologies (internet)⁶⁹ has also influenced the information that the patient receives. Patient centered care will depend on the ability to build trusting relationships with the patient, foster an open exchange of information, and involve the patient in the decision-making process about his / her treatment, helping the patient reach therapeutic goals. The support of family members is fundamental. Haynes⁶³ identified more than 250 factors involved in drug adherence⁷⁷. Reasons for lack of adherence include: problems with prescribed medications (such as adverse effects), poor instructions, and a poor relationship between professionals and the patient^{90,91}. In the patient being treated with psychoactive drugs, adherence is essential for effective treatment. It is important for patients to know why they have been prescribed their medications and how they work because this information can increase their participation in the care of their health. Healthcare professionals must acquire and develop communication skills to meet the needs of patients in relation to their health, and to assume a co-responsible attitude with the patient. Health professionals should be proactive in detecting patients with increased communication needs linked to age, level of education, etc.

We are struck by the low communication that the patient makes to the physician of the perception of the symptoms that he attributes to the use of the psychoactive drug. Among the reasons why the health professional, especially the doctor, does not have a heterogeneous reasons that reveal different reasons that denote a lack of doctor-patient trust. Most of them (more than 60%) want to be informed by the family doctor. The patient wants to be informed by the family doctor or psychiatrist, but this desire is dissatisfied in a high percentage. Contrast this fact with the non-communication of adverse effects in 15% of the total of our study (including the results of Spain and Portugal). We did not find differences as to the reasons for non-communication between the Spanish and Portuguese samples. Only 49% of patients on psychoactive drugs indicated that they had been

informed by their physician. This contrasts with the obligation of the physician, especially as a healthcare professional, to inform the patient about the characteristics of the treatment he prescribes to his patients. However in the Portuguese sample they are informed by the doctor in 55.27% of cases, and in the Czech sample 65.6% of cases are informed.

Taking into account that satisfaction^{78, 79, 80} is a parameter used for the evaluation of the quality of health care⁸⁵, we have not found in the bibliography analyzed works on the degree of satisfaction with the information received on side effects^{81,82}. In our study, we observed that overall, 37.7% are satisfied with the information received on the side effects of psychoactive drugs compared to 27.9% who are dissatisfied. Overall they are more dissatisfied with the information received the Spanish sample (33.83%) than the Portuguese sample (13.5%). The variables that we found to be associated with patient dissatisfaction with the information received were: the poor level of education (without studies 26.3%, basic studies 47.4% versus 21.2% and 5.1% of those with medium and higher education respectively). We did not find that other sociodemographic variables such as occupation determine the existence of differences in the level of satisfaction over the information received. Those who are not informed about why they are taking psychoactive drugs are obviously the most dissatisfied, as they have not even received information on why they are receiving this treatment. There is no influence of the type of diagnosis in the degree of satisfaction with the information received. Most dissatisfied with the information received are those who receive the information from the pharmacist, nurse or others, than those who receive the information from the doctor or psychiatrist.

The degree of satisfaction in the resolution of doubts about the use of psychotropic drugs: We observed that the Portuguese present a greater degree of satisfaction in the resolution of the doubts with respect to what happens in the Spanish and Czech sample. The Spanish are more dissatisfied in the resolution of the doubts with respect to the Portuguese.

There are symptoms that are associated with a higher level of satisfaction in the information received. This could be due to the fact that these types of symptoms are more worrisome to the patient, such as dry mouth or loss of sexual desire. They are more satisfied in the resolution of the doubts those who have presented symptomatology as "dryness of mouth", "decrease of the desire" than in respect to those that have presented symptomatology such as "blurred vision", "dizziness", or "discomfort of stomach". But the

symptomatology could be determined by other factors (age, problem of consultation, psycho-drug that is being received), this is the reason why we do not believe that it is a factor that determines the satisfaction.

We had found a direct relation between those patients who have been informed about the side effects of the medication and the satisfaction. We have not found that there is a statistically significant association between the information received and the profession or occupation of the patient. We observed that the level of satisfaction is greater when the patient solves their doubts with the primary care physician or psychiatrist than when he resorts to other sources of information such as the prospectus or the internet. Those with a higher level of dissatisfaction resort to seeking information on the internet or in the medication package leaflet to resolve any doubts about the treatment ⁸⁵.

The present study has several strengths as well as limitations. Strengths include a large sample size and good response rate. Patients were expected to feel at ease to freely express their opinions. A more qualitative approach was an additional strength. Limitations were the risk that some questions of the self-administered questionnaires might have been misunderstood. In our study we did not analyze the duration of the prescribed treatment nor the type of psychotropic drug received. However, given that they are specialized outpatient and primary patients, the drugs mainly involved have been benzodiazepines and antidepressants. On the other hand, in our study we did not analyze other variables describing the characteristics of the patient such as their marital status, pluri-pathology, polypharmacy, number of visits made to the consultation, duration of treatment, etc. which may influence the clinical situation of the patient. Finally, more rigorous control of possible explanatory variables might have allowed complementing the present multifactorial picture of the satisfaction in the patient with psychoactive drugs and the information. Finally the example of a patient with great satisfaction will be a Portuguese patient, who knows why he is taking the treatment, who is informed by the physician, who recognises symptoms, (symptoms that usually are dry mouth or loss of sexual desire, who communicates these adverse effects to the medical doctor, and who has a high educational level, usually woman who are retired or housewives. In the opposite the most unsatisfied patient usually is Spanish, who usually is informed by the medical doctor, who usually

looks to resolve the doubts from the psychoactive drug in the internet or with the prospectus of the medication, who usually is without studies, or retired.

Informing the patient is a doctor's duty. Information is an ongoing process that globally involves the patient medical relationship. It is bidirectional and is continuous throughout the therapeutic process. The information has to be adapted to each patient taking into account the characteristics of the same. The medical practitioner must to inform about the problem of consultation, the pathological process, the prognosis, the therapeutic possibilities, the possible adverse effects, etc. The physician, health professional, must be accessible to solve any information needs that the patient presents. There is an imbalance between the information that the health professional possesses and the information that the patient possesses.

The information aims to teach patients or families to better understand the illness, appropriate medications and potential side effects. The information given by the doctor reinforces adherence to the treatment.

The information give from the physician, and others health professionals, must attend to the demands of the patients. One of the main factors of satisfaction is the information that the patient receives. Information in general, but in our study we have focused on the information on adverse effects and on the resolution of the doubts generated by psychotropic drugs. As a measure of the quality of the provision of health systems we use the level of satisfaction of the user. A part of this view of the satisfaction is the satisfaction with the information that the patient receives and the satisfaction in the resolution of the doubts. In many previous studies it is valued that the user values more the information that is received and the adaptation of this information, than the knowledge of the doctor who attends to him. Certain symptoms that affect the patient (loss of sexual desire, dry mouth sensation) correlate with the degree of satisfaction of the information received. When the patient has a higher level of education, he is usually more satisfied with the information received. Patients in the Spanish sample prefer to be informed by the family doctor, while in the Czech and Portuguese sample they have a preference for being informed by psychiatrists. Perhaps in this case there is a possible selection bias of the sample when proceeding from outpatient consultations, taking into account the organizational characteristics of the health systems of both countries. The physician should be more

proactive in informing the patient, adapting the information to the patient's own characteristics.

Patients should be extensively informed about the nature of their illness, the consequences of poor adherence, and the appropriate choice of drugs for the treatment of their condition. Being informed is a right of the patient and an obligation of the physician. The information must be modulated by the physician and adapted for both the patient and their relatives. To inform is to treat

The measurement of patient satisfaction with the information received on the psychoactive drug and on the resolution of the doubts that appear on the use of the same are not sufficient to evaluate the care of these patients but if they are necessary as part of the habitual practice .

The need to develop a satisfaction questionnaire is evident for patients receiving treatment with psychoactive drugs to compare levels of satisfaction between different centers and countries. The multidimensionality of the variable satisfaction makes this objective complicated.

Clinicians should attempt to understand and take into consideration the knowledge of the patients, the beliefs and the attitudes of the patients.

Conclusions:

First.

There is an objective lack of information in 50% of the patients in the sample. Patients look for information on the internet and the drug's prospect even though they mostly prefer to receive the doctor's information. 18% of the Spanish patients use the internet to solve their doubts. Finding information in these accessible sources and without a guide can be detrimental to patient adherence and follow-up. This point the need to improve the transmission of information of the adverse effects of psychoactive drugs. Nowadays user satisfaction has become a parameter that values the quality of health care.

Second.

Satisfaction is basically determined by the information received by the patient about the adverse effects of psychotropic drugs and the resolution of doubts.

Third.

Patients who are treated with psychoactive drugs for a variety of problems (approximately 50%) present or attribute to the use of the drug symptoms that they interpret as a side effect. They usually report the onset of this adverse effect to the physician and also to the relative. The reasons for not reporting the occurrence of the adverse effect are varied and denote a lack of fluidity in the doctor-patient communication. There are a high percentage of patients who do not know because they have not been informed why they take the psychopharmaceuticals.

Fourth.

Patients prefer that the faculty (General Practitioner or psychiatrist) be the one to inform them. We observe that in the Czech and Portuguese sample they prefer to receive the information coming from the psychiatrist; while in the Spanish sample they prefer to receive information from their General Practitioner. In the Czech and Spanish shows the internet is used in a similar percentage, unlike what happens in the Portuguese sample. The degree of satisfaction is used as parameter of quality of the service received.

The degree of satisfaction in the information received and the resolution of doubts is greater when the patient is informed by the doctor or psychiatrist than when other sources of information are used.

Fifth.

The health professional must be more proactive throughout the information process. Patients with a higher educational level have a higher level of satisfaction with the information received as well as a greater degree of satisfaction in solving the doubts. Those with a higher level of dissatisfaction resort to seeking information on the internet or in the medication package leaflet to resolve any doubts about the treatment. Sometimes the prospects do not contain all the adverse effects that the patient perceives and attributes to the use of psychotropic drugs.

Sixth.

Healthcare professionals must acquire and develop communication skills to meet the needs of patients in relation to their health, and to assume a co-responsible attitude with the patient. Reasons for lack of adherence include: problems with prescribed medications (such as adverse effects), poor instructions, poor relationship between professionals and the patient. In the patient being treated with psychoactive drugs, adherence is essential for effective treatment. It is important for patients to know why they have prescribed their medications and how they work because this information can increase their participation in the care of their health.

Seventh.

We have not observed that there are differences in the level of satisfaction taking into account the profession that the patient of our sample plays. Those patients who report having been informed by the healthcare professional have a higher level of satisfaction for both the information received on adverse effects and the resolution of doubts. Reporting is a complex process.

Eighth.

The information is a right of the patient and an obligation of the physician. The information must be modulated by the physician and adapted for both the patient and the relative. To inform is to treat. It is treated with medical information. The network facilitates access to information, but is like having access to a library and does not know the alphabet, can be frustrating. Patients mostly wish to be informed by the healthcare professional. The health professional must to adapt the information to the characteristics of the patient.

Bibliografía:

1. Orden por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE num.172, de 19 de julio de 1972, pp 12955-12971.
2. Constitución Española de 27 de diciembre 1978. (BOE Num.311-1 de 29 de diciembre de 1978).
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE num 102, de 29 de abril de 1986, pp 15207-15224.
4. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina) hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE num. 251, de 20 de octubre de 1999, pp 36825-36830.
5. Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. Órgano JEFATURADEL ESTADO Publicado en BOE num. 280 de 22 de noviembre de 2003. Esta revisión vigente desde 29 de marzo de 2014.
6. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, pp 40126-40132.
7. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial del año 2011.
8. D. Gracia (Capítulo del Libro Medicina Interna, Farreras Rozman, 13ª ed).
9. Ética médica D. Gracia Guillén, M. A. Broggi Trias, P. Salva Lacombe y J. Costa Pages Generalidades.
10. Francisco Maglio. Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales. Rev Argent Cardiol 2001; 69 : 444-447 .

11. López, Patricia Palomo; Mena, Cristina Redondo. Legislación vigente y Ética en Investigación Clínica. Revista Internacional de Ciencias Podológicas; Madrid 6.2 (2012): 81-93.
12. María Encarnación González Hernández, María Castellano Arroyo. El consentimiento en las actuaciones médicas en las Comunidades Autónomas españolas: regulación actual. Revista Española de Medicina Legal, Volumen 38, Páginas 100-106.
13. Figueras-Sabater R. Derecho de los pacientes y calidad asistencial. Revista Calidad Asistencial. 2005; 20: 318-326.
14. Juan Jose Llovet Delgado. Las reclamaciones judiciales por mala praxis médica. Revista Española de Salud Pública. Vol 67. Numero 4. 1993.
15. M. Rodríguez Hornillo¹; C. De la Riva Moreno. Responsabilidad sanitaria: responsabilidad personal del médico vs. responsabilidad del sistema sanitario. Cuad. med. forense vol.17 no.2 abr./jun. 2011
16. Carta de los derechos generales de los pacientes. Ley General de Salud. Nom 168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico.
17. Javier Sánchez Caro. La bioética y el derecho sanitario. Encuentros y desencuentros. DS : Derecho y salud, ISSN 1133-7400, Vol. 24, N°. 1, 2014, págs. 59-70.
18. Dario Parras. La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev. méd. Chile vol. 141 no 12. Santiago dic. 2013.
19. Juan Carlos Siurana Aparisi. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas n 22. Valparaiso. Mar 2010.
20. Galan JC. Responsabilidad Civil Médica. Madrid: Thompson-Civitas, 2011; p 533.
21. Ribot J. Comentario a la STS de 22 de julio de 2003 En: Bercovitz Rodríguez Cano, Rodrigo (Coord). Selección de estudios jurisprudenciales de Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil, Responsabilidad Extracontractual. Cizur Menor: Aranzadi, 2010; p.135-53.

22. Ribot J. Comentario a la STS de 22 de julio de 2003 En: Bercovitz Rodríguez Cano, Rodrigo (Coord). Selección de estudios jurisprudenciales de Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil, Responsabilidad Extracontractual. Cizur Menor: Aranzadi, 2010; p.151.
23. Llamas E. La llamada culpa médica: Doctrina general y especialidades problemáticas: Estudios jurídicos. Ministerio Fiscal 2002; p. 510.
24. Fabre-Magnan M. De l'obligation d'information dans les contrats: essai d'une theorie. Paris: LGDJ, 1992; p. 385.
25. Osuna E. Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado. Revista Latinoamericana de Derecho Medico y Medicina Legal 2000; 5 (1); 59-65.
26. Deutsch E. Medizinrecht. Berlin: Springer, 1999; pp 84 y ss.
27. Galán JC. Responsabilidad civil médica. Madrid: Thompson-Civitas, 2011; p. 547-48.
28. Guerrero J. Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria. Valladolid: Lex Nova, 2004; p 101-2.
29. Rodríguez Pulido F. Las declaraciones Hawaii, Atenas, Madrid, Caracas, Hamburgo y Tenerife. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32 (115), 607-612.
30. Vidal Casero. MC La problemática del consentimiento informado. CB 33, 1º 1998, PP. 12-24.
31. Annas, GJ. Informed consent. Ann Rev Med. 1978. 29:9-14.
32. Ad Hoc Committee on Medical Ethics. American College of Physician ethics Manual. *Ann Intern Med* 1984; 101; 129-137.
33. Marshall PA. Ethical challenges in study design and informed consent for health research in resource-poor settings. TDR/SDR/SEB/ST/07.1. WHO, Serial Topics Nº 5.

34. Bedrossian E, Fernández R. El Consentimiento Informado. Algunas reflexiones para compartir. Rev FASGO. 2001; 1(1): 14.
35. Sas Fojón, A: El consentimiento informado del enfermo. 1996; (3990)
36. Lorda PS. Capacidad o Competencia. En: El Consentimiento Informado. España: Triacastela; 2000; 337-8.
37. Drane J. Competency to give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assesments. JAMA 2004; 252: 925-7.
38. White BC, Competence to Consent. Washington DC: Georgetown Univ. Press, 2006; 154-84.
39. Alexander MP. Clinical Determination of Mental Competente. Arch Neurol 2008; 45: 23-6.
40. Maravall Gomez Allende H. Revista de Derecho de la Unión Europea nº5 2º semestre 2003, 197-218.
41. Carvajal A. Farmacoepidemiología. Valladolid. Secretariado de Publicaciones de la Universisdad de Valladolid, 1993.
42. Rothlin R, Tessler J, Zieher L. Farmacología. Buenos Aires 1994.
43. Sanfelix-Gimeno G. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012; 26(s):41-45.
44. Vermeire E. Patient adherence to treatment: three decades of reserach. A comprehensive review. J. Clin Pharm Ther 2001 oct; 26(5): 331-42.
45. Bernardo Pacheco P. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat 2011; 49(1) 69-78.
46. Rowland-Morin PA. Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction a study of doctor patient interviews. Eval Health Prof 1990 Jun 13(2): 168-85.

47. TPGM de Vries, Henning. Guía de la buena prescripción. Manual práctico. Organización Mundial de la salud. Programa de Acción sobre medicamentos Esenciales. Ginebra.
48. Rodríguez Sendin JJ. Análisis del Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud. Organización Médica Colegial.
49. Howard RL, Avery AJ, Howard PD, Partridge M. Investigation into the reasons for preventable drug related admissions to a medical admissions unit: observational study. Qual Saf Health Care. 2003; 12: 280-5.
50. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Ruiz Azarola A, Simon Lorda P, Barrio Cantalejo. Mejora de la información sanitaria contenida en los prospectos de los medicamentos: expectativas de pacientes y de profesionales sanitarios. Atención Primaria. 2010; 42: 22-27
51. Martín Herranz I, Cuña Estévez B. Normas de procedimiento en Información de medicamentos. Farmacia Hospitalaria. 1996; 20: 23-28.
52. Lucena González MI. Información al paciente sobre medicamentos y su repercusión en el cumplimiento de la prescripción. Medicine (Madr) 1986; 40: 217-226.
53. Basterra Gabarro M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care España. 1999; 1:97-106
54. O'Neil CK, Poirer TI. Impact of patient knowledge, patient-pharmacist relationship, and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. Pharmacotherapy 1998; 18(2):333-340.
55. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy, part I. Am J Hosp Pharm 1998; 55: 1717-21.
56. FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA - documento de consenso. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2008.
57. Woloshynowych M. Plenaria I: Gestión del Riesgo Sanitario Rev Calid Asist 2004;19:7-14

58. Johnson JA, Bootman JI. Drug related morbidity and mortality. A cost of illness model. *Archives of Internal Medicine*. 1995; 155: 1949-1956.
59. Fernández Llimós F, Martínez Martínez F, Faus MJ. Drug-related problems. Concepts and classification system. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 279-288.
60. Fernández Llimos F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 1999; 1 90-96.
61. Fernández Llimos F. Martínez Martínez F, Faus MJ. Drug related problems. Concepts and classification system. *Pharmaceutical Care España*. 1999; 1: 279-288.
62. 2º Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). *Ars Pharmaceutica*. 2002; 43: 179.
63. Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. Baltimore. John Hopkins University Press. 1976.
64. Hepler CD. Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of Hospital Pharmacy*. 1990; 47: 533-543.
65. Jiménez Villa J. El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. *Atención Primaria*. 2009; 41: 668-669.
66. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2004; 28: 113-120.
67. Villafaina Barroso A, Garcia Garcia S. Grado de conocimiento y cumplimiento terapéutico, y prevalencia de los problemas relacionados con los medicamentos en mayores de 70 años en una zona básica de salud. *Pharmaceutical Care*. 2009; 11: 3 12.
68. Garcia Delgado P, Gastelurrutia Garralda MA, Baena Parejo MI, Fisac Lozano F, Martínez Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención Primaria*. 2009; 41:661-668.

69. Powell JA, Darvel M, Gray JA. The doctor, the patient and the World Wide Web: how the internet is changing healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2003; 96: 74-76.
70. Lara Mora Juan. How the degree of information influences the adherence to the treatment of psychiatric patients. *Journal of Fundamentals of Psychology*, Vol. 2, n. 1, 2009.
71. Lucia Asensi Abad. How does the degree of information in schizophrenic patients influence their adherence to treatment? *Journal of Fundamentals of Psychology*, Vol. 2, n. 1, 2010.
72. Roberto Secades Villa. The use of psychoactive drugs in patients attending Primary Care in the Principality of Asturias (Spain) *Psicothema* 2003. Vol 15, nº 4, pp 650-655.
73. Torres Martínez C. Psychopharmaceuticals in primary care: quality of prescription. *Primary Care* 1993, 11, 385-387.
74. Alberto Ortiz Lobo. Iatrogeny and quaternary prevention in mental health. *Rev Esp. Salud Publica* 2011; 85 513-523.
75. MJ Otero. Adverse drug events: an emerging pathology. *Farm Hosp* 2000; 24 (4): 258-266.
76. Philip Ley. Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. *Health Psychology*. Pp 74-102.
77. A Gamo. Degree of satisfaction and subjective improvement in a mental health center. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.*, Vol XIV no. 50, 1994, pp 403-416.
78. Natalia Sartorius. Questionnaires of satisfaction in psychiatry. Advantages and controversies. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.*, 2006, vol XXVI, no. 98, pp. 289-301.
79. Ravi Lingam. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Volume 105, March 2002, pp 164-172.
80. A J. Vazquez. Satisfaction with district mental health services in relatives of psychotic patients. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.*, Vol. XIV, No. 49, 1994, pp 245-258.

81. Pablo Hernando Robles. Patient satisfaction of a mental health center using the user report method. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.* 2003, vol XXII, no. 85 pp137-152.
82. Pablo Simon Lorda. The ability of patients to make decisions: a task still pending. *Rev. Asoc. Esp Neuropsiq.*, 2008, vol XXVIII, n° 102 pp325-348.
83. E. Vermeire. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* (2001) 26, 331-342.
84. Daniel Maffasioli Gonzalves. Mental disorder, demographic indicators and satisfaction. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(6):1060-6.
85. George CF, Waters WE, Nicolas JA. Prescription information leaflets: A pilot study in general practice. *British Medical Journal.* 1983; 287: 1193-6.
86. Hidalgo Antequera JR. La Calidad en la provisión de la sanidad. Derechos de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. *Revista de Administración Sanitaria.* 2005; 3: 447-453.
87. Rea CA, Rea DM. Managing performance and performance management: information strategy and service user involvement. *Journal of Management in Medicine* 2002; 16: 78-93.
88. Holloway F, Carson J. Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45: 259-67.
89. Otero MJ. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. *Farm Hosp* 2000; 24(4): 258-266.
90. Martins ACM. Adverse drug events among adult ipatients: a meta-analysis of observational studies. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2014, 39,609-621.
91. Bollini P. Understanding treatment adherence in affective disorders: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11, 668-674.
92. Michael M. improving wait times and patient satisfaction in Primary Care. *Journal for Healthcare Quality* Vol 35, 2, 50-60.

ANEXO I.

Resultados Muestra Española:

Variables	Frecuencia (España)
	N= 399
Edad(mean/SD)	50,55/16
mujer	245 (61,4%)
hombre	154 (38,6%)

sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hombre	154	38,6	38,6	38,6
Valid mujer	245	61,4	61,4	100,0
Total	399	100,0	100,0	

crec

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	187	46,9	46,9	46,9
Valid no	183	45,9	45,9	92,7
Valid no lo se	28	7,0	7,0	99,7
99,00	1	,3	,3	100,0
Total	399	100,0	100,0	

descripcion

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ansiedad	103	25,8	31,3	31,3
Valid insomnio	50	12,5	15,2	46,5
Valid depresion	126	31,6	38,3	84,8
Valid trastorno alimentario	8	2,0	2,4	87,2
Valid otros	42	10,5	12,8	100,0
Total	329	82,5	100,0	
Missing System	70	17,5		
Total	399	100,0		

síntomas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sequedad de boca	35	8,8	12,5
	taquicardia	16	4,0	18,2
	vision borrosa	19	4,8	25,0
	perdida de deseo	24	6,0	33,6
	mareos	47	11,8	50,4
	nauseas	19	4,8	57,1
	molestias de estomago	38	9,5	70,7
	diarrea	13	3,3	75,4
	estreñimiento	6	1,5	77,5
	dolor de cabeza	25	6,3	86,4
	arritmia o palpitaciones	17	4,3	92,5
	sueño	11	2,8	96,4
	falta de sueño	5	1,3	98,2
	reacción en la piel	2	,5	98,9
	otros	3	,8	100,0
	Total	280	70,2	100,0
Missing	System	119	29,8	
	Total	399	100,0	

dijo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	198	49,6	69,5
	no	77	19,3	96,5
	no recuerdo	10	2,5	100,0
	Total	285	71,4	100,0
Missing	System	114	28,6	
	Total	399	100,0	

aquien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Familiar	98	24,6	46,9	46,9
	Amigo	23	5,8	11,0	57,9
	Medico	72	18,0	34,4	92,3
Valid	Farmacéutico	4	1,0	1,9	94,3
	Enfermero	5	1,3	2,4	96,7
	Otros	7	1,8	3,3	100,0
	Total	209	52,4	100,0	
Missing	System	190	47,6		
	Total	399	100,0		

Porque

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	No sabia como hacerlo	36	9,0	28,8	28,8
	No pense que fuera importante	29	7,3	23,2	52,0
Valid	Pensaba que no me harian caso	37	9,3	29,6	81,6
	Pensé que haría el ridículo	17	4,3	13,6	95,2
	5,00	6	1,5	4,8	100,0
	Total	125	31,3	100,0	
Missing	System	274	68,7		
	Total	399	100,0		

lehaninformado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	si	227	56,9	57,5	57,5
Valid	no	167	41,9	42,3	99,7
	3,00	1	,3	,3	100,0
	Total	395	99,0	100,0	
Missing	System	4	1,0		
	Total	399	100,0		

sabepor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	370	92,7	93,4	93,4
	no	26	6,5	6,6	100,0
	Total	396	99,2	100,0	
Missing	System	3	,8		
Total		399	100,0		

dudas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	internet	82	20,6	20,8	20,8
	prospecto del medicamento	99	24,8	25,1	45,9
	farmacéutico	38	9,5	9,6	55,6
	medico de familia	116	29,1	29,4	85,0
	psiquiatria	46	11,5	11,7	96,7
	enfermero	6	1,5	1,5	98,2
	otros	7	1,8	1,8	100,0
	Total	394	98,7	100,0	
Missing	System	5	1,3		
Total		399	100,0		

quien_A

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medico de familia	253	63,4	64,1	64,1
	psiquiatria	118	29,6	29,9	93,9
	enfermero	8	2,0	2,0	95,9
	farmaceutico	10	2,5	2,5	98,5
	otros	6	1,5	1,5	100,0
Total		395	99,0	100,0	
Missing	System	4	1,0		
Total		399	100,0		

satisfaccion_I

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nada	28	7,0	7,0	7,0
regular	107	26,8	26,8	33,8
aceptable	127	31,8	31,8	65,7
bueno	86	21,6	21,6	87,2
muy bueno	51	12,8	12,8	100,0
Total	399	100,0	100,0	

Satisfaccion_D

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nada	29	7,3	7,5	7,5
regular	99	24,8	25,5	33,0
aceptable	123	30,8	31,7	64,7
bueno	83	20,8	21,4	86,1
muy bueno	54	13,5	13,9	100,0
Total	388	97,2	100,0	
Missing System	11	2,8		
Total	399	100,0		

niveldeestudios

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
no posee estudios	90	22,6	22,7	22,7
estudios basicos	166	41,6	41,8	64,5
estudios medios	97	24,3	24,4	88,9
estudios superiores	44	11,0	11,1	100,0
Total	397	99,5	100,0	
Missing System	2	,5		
Total	399	100,0		

Profesion

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ama de casa	81	20,3	20,5
	jubilado	109	27,3	48,0
	personal sanitario	6	1,5	49,5
	profesor	20	5,0	54,5
	administrativo	58	14,5	69,2
	otros	121	30,3	99,7
	99,00	1	,3	100,0
	Total	396	99,2	100,0
Missing	System	3	,8	
	Total	399	100,0	

satisfaccionIn

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	insatisfecho	137	34,3	34,3
	moderado	127	31,8	66,2
	satisfecho	135	33,8	100,0
	Total	399	100,0	100,0

satisfacciondudas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	insatisfecho	130	32,6	33,2
	moderado	123	30,8	64,7
	satisfecho	138	34,6	100,0
	Total	391	98,0	100,0
Missing	System	8	2,0	
	Total	399	100,0	

quieninforma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	medico	203	50,9	80,9
	enfermeria	27	6,8	91,6
Valid	farmaceutico	10	2,5	95,6
	conocido	11	2,8	100,0
	Total	251	62,9	100,0
Missing	System	148	37,1	
	Total	399	100,0	

ANEXO II.

Resultados Muestra Portuguesa:

sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hombre	44	27,7	27,7	27,7
Valid mujer	115	72,3	72,3	100,0
Total	159	100,0	100,0	

creo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	97	61,0	61,0	61,0
Valid no	46	28,9	28,9	89,9
Valid no lo se	16	10,1	10,1	100,0
Total	159	100,0	100,0	

descripcion

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ansiedad	34	21,4	21,4	21,4
Valid insomnio	21	13,2	13,2	34,6
Valid depresion	85	53,5	53,5	88,1
Valid trastorno alimentario	8	5,0	5,0	93,1
Valid otras	11	6,9	6,9	100,0
Total	159	100,0	100,0	

sintomas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sequedad de boca	18	11,3	11,7
	taquicardia	13	8,2	20,1
	vision borrosa	26	16,4	37,0
	perdida de deseo	21	13,2	50,6
	mareos	17	10,7	61,7
	nauseas	6	3,8	65,6
	molestias de estomago	13	8,2	74,0
	diarrea	3	1,9	76,0
	estreñimiento	9	5,7	81,8
	dolor de cabeza	14	8,8	90,9
	arritmia o palpitaciones	1	,6	91,6
	sueño	10	6,3	98,1
	falta de sueño	1	,6	98,7
	otros	2	1,3	100,0
	Total	154	96,9	100,0
Missing	System	5	3,1	
	Total	159	100,0	

dijo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	115	72,3	75,7
	no	24	15,1	91,4
	no recuerdo	13	8,2	100,0
	Total	152	95,6	100,0
Missing	System	7	4,4	
	Total	159	100,0	

aquien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Familiar	53	33,3	44,2	44,2
	Amigo	7	4,4	5,8	50,0
	Medico	57	35,8	47,5	97,5
	Farmacutico	2	1,3	1,7	99,2
	Enfermero	1	,6	,8	100,0
	Total	120	75,5	100,0	
Missing	System	39	24,5		
Total		159	100,0		

Porque

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No sabia como hacerlo	15	9,4	27,3	27,3
	No pense que fuera importante	10	6,3	18,2	45,5
	pensaba que no me harian caso	17	10,7	30,9	76,4
	pense que haria el ridiculo	13	8,2	23,6	100,0
	Total	55	34,6	100,0	
Missing	System	104	65,4		
Total		159	100,0		

lehaninformado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	105	66,0	66,5	66,5
	no	53	33,3	33,5	100,0
	Total	158	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		159	100,0		

quieninforma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	medico	88	55,3	68,8	68,8
	enfermeria	20	12,6	15,6	84,4
Valid	farmaceutico	13	8,2	10,2	94,5
	conocido	7	4,4	5,5	100,0
	Total	128	80,5	100,0	
Missing	System	31	19,5		
	Total	159	100,0		

sabepor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	si	145	91,2	91,8	91,8
Valid	no	13	8,2	8,2	100,0
	Total	158	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
	Total	159	100,0		

dudas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	internet	26	16,4	16,8	16,8
	prospecto del medicamento	19	11,9	12,3	29,0
	farmaceutico	8	5,0	5,2	34,2
Valid	medico de familia	62	39,0	40,0	74,2
	psiquiatria	37	23,3	23,9	98,1
	enfermero	3	1,9	1,9	100,0
	Total	155	97,5	100,0	
Missing	System	4	2,5		
	Total	159	100,0		

quien_A

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medico de familia	62	39,0	39,2	39,2
	psiquiatria	90	56,6	57,0	96,2
	enfermero	1	,6	,6	96,8
	farmaceutico	4	2,5	2,5	99,4
	otros	1	,6	,6	100,0
	Total	158	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
	Total	159	100,0		

satisINf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	9	5,7	5,8	5,8
	regular	12	7,5	7,7	13,5
	aceptable	62	39,0	40,0	53,5
	bueno	59	37,1	38,1	91,6
	muy bueno	13	8,2	8,4	100,0
	Total	155	97,5	100,0	
Missing	System	4	2,5		
	Total	159	100,0		

Satisfdudas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nada	2	1,3	1,3	1,3
	regular	9	5,7	5,7	7,0
	aceptable	71	44,7	45,2	52,2
	bueno	70	44,0	44,6	96,8
	muy bueno	5	3,1	3,2	100,0
	Total	157	98,7	100,0	
Missing	System	2	1,3		
	Total	159	100,0		

Nivelestudios

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
no posee estudios	26	16,4	16,4	16,4
estudiso basicos	71	44,7	44,7	61,0
Valid estudios medios	49	30,8	30,8	91,8
estudios superiores	13	8,2	8,2	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Profesion

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ama de casa	24	15,1	15,1	15,1
jubilado	46	28,9	28,9	44,0
personal sanitario	7	4,4	4,4	48,4
Valid profesor	5	3,1	3,1	51,6
administrativo	21	13,2	13,2	64,8
otros	56	35,2	35,2	100,0
Total	159	100,0	100,0	

satisfaccionInf

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
insatisfecho	26	16,4	16,4	16,4
Valid moderado	61	38,4	38,4	54,7
satisfecho	72	45,3	45,3	100,0
Total	159	100,0	100,0	

satisfacciondudas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
insatisfecho	11	6,9	7,0	7,0
Valid moderado	71	44,7	45,2	52,2
satisfecho	75	47,2	47,8	100,0
Total	157	98,7	100,0	
Missing System	2	1,3		
Total	159	100,0		

ANEXO III

Resultados Muestra Checa:

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hombre	40	44,4	44,4	44,4
Valid mujer	50	55,6	55,6	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Cree

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid si	38	42,2	42,2	42,2
Valid no	37	41,1	41,1	83,3
Valid No lo se	15	16,7	16,7	100,0
Total	90	100,0	100,0	

Descripción

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ansiedad	28	31,1	31,1	31,1
Valid Insomnio	13	14,4	14,4	45,6
Valid Depresión	42	46,7	46,7	92,2
Valid Trastorno Alimentario	3	3,3	3,3	95,6
Valid Otras	4	4,4	4,4	100,0
Total	90	100,0	100,0	

síntomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	sequedad de boca	20	22,2	22,5	22,5
	taquicardia	6	6,7	6,7	29,2
	visión borrosa	9	10,0	10,1	39,3
	pérdida de deseo	18	20,0	20,2	59,6
	mareos	8	8,9	9,0	68,5
	nauseas	6	6,7	6,7	75,3
	molestias de estomago	3	3,3	3,4	78,7
Valid	diarrea	2	2,2	2,2	80,9
	estreñimiento	2	2,2	2,2	83,1
	dolor de cabeza	6	6,7	6,7	89,9
	arritmia o palpitaciones	1	1,1	1,1	91,0
	sueño	2	2,2	2,2	93,3
	reacción en la piel	1	1,1	1,1	94,4
	otros	5	5,6	5,6	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
	Total	90	100,0		

Dijo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	si	68	75,6	78,2	78,2
	no	15	16,7	17,2	95,4
Valid	no recuerdo	4	4,4	4,6	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	System	3	3,3		
	Total	90	100,0		

aquien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Familiar	25	27,8	35,2	35,2
	Amigo	4	4,4	5,6	40,8
	Medico	40	44,4	56,3	97,2
	Farmacéutico	1	1,1	1,4	98,6
	Enfermero	1	1,1	1,4	100,0
	Total	71	78,9	100,0	
Missing	System	19	21,1		
Total		90	100,0		

Porque

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No sabia como hacerlo	9	10,0	28,1	28,1
	No pense que fuera importante	10	11,1	31,3	59,4
	Pensaba que no me harian caso	5	5,6	15,6	75,0
	Pense que haría el ridículo	8	8,9	25,0	100,0
	Total	32	35,6	100,0	
Missing	System	58	64,4		
Total		90	100,0		

Lehaninformado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	si	60	66,7	66,7	66,7
	no	30	33,3	33,3	100,0
Total		90	100,0	100,0	

quieninforma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medico	59	65,6	88,1	88,1
	enfermería	2	2,2	3,0	91,0
	farmacéutico	4	4,4	6,0	97,0
	conocido	2	2,2	3,0	100,0
	Total	67	74,4	100,0	
Missing	System	23	25,6		
Total		90	100,0		

sabepor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	si	82	91,1	93,2	93,2
Valid	no	6	6,7	6,8	100,0
	Total	88	97,8	100,0	
Missing	System	2	2,2		
	Total	90	100,0		

quien_A

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	médico de familia	11	12,2	12,6	12,6
	psiquiatra	74	82,2	85,1	97,7
Valid	enfermero	1	1,1	1,1	98,9
	farmacéutico	1	1,1	1,1	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	System	3	3,3		
	Total	90	100,0		

SatisfaccionInf

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	nada	3	3,3	3,4	3,4
	regular	16	17,8	18,0	21,3
Valid	aceptable	26	28,9	29,2	50,6
	bueno	19	21,1	21,3	71,9
	muy bueno	25	27,8	28,1	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
	Total	90	100,0		

