

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE MEDICINA



**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS
EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL
HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

**Tesis presentada por el bachiller:
YEARIM BERGER CARPIO RAMÍREZ
Para Optar el Título Profesional de
Médico Cirujano**

**Tutor:
Dr. DIGNO MARTÍN CARPIO HUANQUI**

AREQUIPA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso.

*A mis padres Mario y Susana
y, a mi hermana Yulmara, por
su invaluable e incesante
apoyo.*

*A mis asesores, por su enorme
aporte en la consecución de la
tesis.*

*A Camila, fuerza, impulso y
conciencia de cada uno de mis
días.*

*A Katherin, por darme la
dicha de tener, hoy a mi lado,
a Camila.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el milagro diario de la vida con bienestar.

A mi tutor, por su incondicional desprendimiento.

A la Facultad de Medicina de mi alma mater y a los docentes que supieron inculcar lo mejor de sus conocimientos para mi futura práctica profesional.

A mis tíos Sebastián e Irma, por su gran apoyo y confianza.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO.....	6
CAPÍTULO II: MÉTODOS	25
CAPÍTULO III: RESULTADOS	29
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	50

RESUMEN

Antecedente: La falta de adherencia al tratamiento antipsicótico puede producir falta de control de la enfermedad y síntomas que reducen la capacidad funcional de los pacientes.

Objetivo: establecer los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.

Métodos: Revisión de historias clínicas de consulta externa formando una muestra de 170 casos, divididos en adherentes y no adherentes. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student, y se realiza asociación bivariada con odds ratio.

Resultados: De los 170 pacientes evaluados, 47.65% fueron varones y 52.35% mujeres, la edad promedio de los varones fue de 31.17 ± 8.67 años y para las mujeres fue de 39.43 ± 11.37 años ($p < 0.05$). El 9.41% tenían educación primaria, 68.24% educación secundaria, y 22.35% educación superior. El 5.29% refirió haber usado sustancias, 41.76% usó antidepresivos, y 97.06% ansiolíticos. Se encontró falta de adherencia al tratamiento antipsicótico en 45.29% de pacientes. La adherencia pasó de 33.33% entre pacientes menores de 20 años, a 48.84% entre los 30 y 39 años, y llega a 70.59% en pacientes de 50 a 59 años. La adherencia fue similar entre varones (58.02%) que entre mujeres (51.69%; $p > 0.05$), y el sexo femenino tuvo un OR = 1.29. La adherencia mejora con el mayor nivel de instrucción, pasando de 37.50% en aquellos pacientes esquizofrénicos con educación primaria, es de 54.31% en pacientes con educación secundaria y alcanza el 63.16% en pacientes con educación superior ($p > 0.05$). La falta de adherencia se vio en 66.67% en usuarios de sustancias ($p > 0.05$; OR = 2.54); el uso previo de antidepresivos produjo mejor adherencia (60.56%, $p > 0.05$), y podría ser un factor protector para la falta de adherencia (OR = 0.66). La adherencia sin uso de ansiolíticos fue de 60%, y fue menor (54.55%) entre los usuarios ($p > 0.05$; OR = 1.25).

Conclusión: La falta de adherencia al tratamiento antipsicótico es elevada en pacientes con esquizofrenia, y se asocia a menor edad, menor instrucción, al sexo femenino y al uso previo de sustancias psicoactivas.

PALABRAS CLAVE: adherencia – antipsicóticos – esquizofrenia.

ABSTRACT

Background: Lack of adherence to antipsychotic treatment can cause lack of disease control and symptoms that reduce patients' functional capacity.

Objective: to establish the factors associated with non-adherence to antipsychotic treatment in patients with schizophrenia treated in the outpatient clinic of the Psychiatric Service of Honorio Delgado Espinoza Hospital during 2017.

Methods: Review of clinical records of external consultation forming a sample of 170 cases, divided into adherents and non-adherents. Groups are compared by chi-square test and Student's t test, and bivariate association with odds ratio is performed.

Results: Of the 170 patients evaluated, 47.65% were men and 52.35% women, the average age of men was 31.17 ± 8.67 years and for women it was 39.43 ± 11.37 years ($p < 0.05$). 9.41% had primary education, 68.24% secondary education, and 22.35% higher education. A 5.29% reported having used narcotics, 41.76% used antidepressants, and 97.06% anxiolytics. A lack of adherence to antipsychotic treatment was found in 45.29% of patients. Adherence went from 33.33% among patients younger than 20 years, to 48.84% between 30 and 39 years, and reaches 70.59% in patients from 50 to 59 years. Adherence was similar among men (58.02%) than among women (51.69%; $p > 0.05$), and the female sex had an OR = 1.29. Adherence improves with the higher level of education, going from 37.50% in schizophrenic patients with primary education, is 54.31% in patients with secondary education and reaches 63.16% in patients with higher education ($p > 0.05$). The lack of adherence was seen in 66.67% of psychoactive substances users ($p > 0.05$, OR = 2.54); the previous use of antidepressants produced better adherence (60.56%, $p > 0.05$), and could be out to be a protective factor for the lack of adherence (OR = 0.66). Adherence without the use of anxiolytics was 60%, and was lower (54.55%) among users ($p > 0.05$, OR = 1.25).

Conclusion: The lack of adherence to antipsychotic treatment is high in patients with schizophrenia, and is associated with younger age, lower education, female sex and previous use of psychoactive substances.

KEY WORDS: adherence - antipsychotics - schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

La esquizofrenia es un trastorno mental que puede comprometer el funcionamiento de la persona afectada pero además puede influir negativamente en el funcionamiento familiar. A su vez, la forma cómo la familia apoya a los pacientes en su tratamiento, la convivencia familiar y social, influirá en el éxito del tratamiento y en la capacidad del paciente en llevar a cabo una vida lo más normal posible (1).

El paciente esquizofrénico con frecuencia puede escuchar voces o tener ideas delusivas, siendo la forma paranoide de la esquizofrenia una de las más frecuentes y graves, que incluso pueden llevar a comportamientos violentos. También la familia y la sociedad se ven afectadas por la esquizofrenia, ya que muchas personas que sufren esta enfermedad tienen dificultad para conservar un trabajo o cuidar de sí mismas, lo que las hace depender siempre de los demás (1).

El tratamiento farmacológico contribuye a reducir y controlar los síntomas, y puede lograr que se reduzca la frecuencia de episodios de descompensación que requieran de hospitalización, o de lograr una menor estancia hospitalaria, haciendo que el paciente sea una persona funcional para la sociedad (1).

Considerando que existen actualmente una gran variedad de medicamentos antipsicóticos de última generación empleados en la práctica clínica diaria para el tratamiento de los pacientes con la esquizofrenia y dado que la adherencia al tratamiento es un elemento determinante en la mejoría de este tipo de pacientes; se ha identificado hace mucho tiempo la no adherencia terapéutica como una situación bastante frecuente; lo que se constituye en un obstáculo determinante en el control de la historia natural de esta patología y de esta manera un problema vigente en salud pública; es por ello que creemos conveniente identificar a aquellas condiciones potencialmente relacionados con este fenómeno con la finalidad de que el especialista a cargo tenga la capacidad de poder identificar a aquellos pacientes potencialmente en riesgo de adoptar esta conducta y de esta manera incidir en la estrategia educativa más conveniente para minimizar esta posibilidad y de este modo obtener un mayor control de esta enfermedad y su morbilidad asociada; considerando que no hemos identificado

estudios similares en nuestro medio es que nos planteamos realizar la presente investigación.

Los resultados del presente estudio permitirán identificar la magnitud del problema de la no adherencia terapéutica, y además al identificar los factores asociados se podrán implementar medidas correctivas para mejorar el control terapéutico de un grupo relevante de pacientes.

Antecedentes

Fernández R (2009) evaluó los factores relacionados con la adherencia al tratamiento antipsicótico en usuarios de la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera en 165 pacientes psiquiátricos. Para la recolección de la muestra se empleó el muestreo sistemático. Se empleó como instrumento un cuestionario aplicado mediante entrevista personal. Se empleó la prueba estadística de Chi². Los resultados muestran que los factores sociales relacionados a la adherencia al tratamiento, se encuentra que se asocia la edad y el estado civil. Respecto a los factores Culturales asociados a la adherencia al tratamiento fueron el grado de instrucción y las creencias sobre el tratamiento farmacológico. Los factores económicos relacionados a la adherencia al tratamiento fueron los ingresos y egresos económicos. Los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antipsicótico en usuarios que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera fueron sociales, culturales y económicos (2).

Amésquita y cols. (2012) en Colombia evaluaron la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. Estudio de corte transversal de 184 pacientes en la Clínica La Paz, en Bogotá entre el período de 2008 – 2009. Se hizo recolección y verificación de la información con la aplicación de un cuestionario que evaluó factores relacionados con la no adherencia terapéutica. La prevalencia de no adherencia fue del 51.2%. Las variables con asociación estadísticamente significativa a la no adherencia al tratamiento farmacológico fueron: pertenecer a los estratos socioeconómicos bajos (RP=1.35; IC 95% 1.01 - 1.79), tener un nivel educativo de primaria (RP= 1.44; IC 95%: 1.07 - 1.93), consumo de sustancias psicoactivas, marihuana (RP=1.80, IC95%: 1.40 – 2.32), tener familiares de primer grado con antecedentes de enfermedad mental

(RP=1.48, IC95%: 1.12 -1.94); y el tener madre con antecedente de enfermedad mental (RP=1.77, IC95%: 1.36 - 2.31). Los factores que explicaron la no adherencia con el análisis multivariado fueron: el no haber tenido a tiempo los medicamentos y el no haberlos recibido en su totalidad en el último mes, comportándose como factores con mayor probabilidad de asociación a la no adherencia. Se concluye que tener antecedentes familiares en primer grado de enfermedad mental, inadecuado acceso a los servicios de salud, consumo de sustancias psicoactivas y efectos adversos aumentan el riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes esquizofrénicos predisponen a un mayor riesgo de no adherencia terapéutica (3).

No hemos encontrado trabajos locales acerca de adherencia al tratamiento antipsicótico, aunque existen diversos estudios sobre adherencia a antihipertensivos, antidiabéticos, u otros. Por ejemplo, Quispe M evaluó los factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la Posta Médica Pedregal EsSalud. Se estudió una muestra de 81 pacientes con hipertensión, aplicando una ficha de datos, y la escala de Duke para valorar el apoyo social, y la escala de Morinsky-Green para valorar la adherencia al tratamiento. Se asocian resultados mediante prueba Chi cuadrado. Se encontró una adherencia al tratamiento antihipertensivo de 53,09%. Entre los adherentes el 62,79% fueron varones, y el 52,63% de los no adherentes fueron mujeres ($p > 0,05$). En ambos grupos predominaron las edades de 60 a más años ($p > 0,05$). En los adherentes predominó la educación secundaria o superior (90,70%), mientras que en los no adherentes predominó la educación baja (52,63%; $p < 0,05$). No hubo diferencias en el estado civil ($p > 0,05$); hubo significativamente más jubilados entre los adherentes (51,16%), mientras que en los no adherentes predominaron aquellos con ocupación dependiente o independiente (63,16%; $p < 0,05$). No hubo diferencias en el apoyo social, ni con la disponibilidad del tratamiento ($p > 0,05$). Todos los pacientes adherentes al tratamiento refirieron no suspender el tratamiento si ya se sentían bien, lo que sí ocurrió en 15,79% de pacientes no adherentes ($p < 0,05$). Hubo más monoterapia entre los adherentes (53,49%), mientras que entre los no adherentes predominó la politerapia (65,79%; $p > 0,05$). El tipo de medicamento en monoterapia fueron los iECA (47,22%) y los bloqueadores ARA II (41,67%); en combinaciones fueron los bloqueadores ARA II y diuréticos

tiazidas (33,33%). Hubo comorbilidades en 53,49% en el primer grupo y 65,79% en los no adherentes ($p > 0,05$), predominando en ambos la diabetes (25,58% y 34,21%) (19).

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza, 2017?

3. OBJETIVOS

3.1.Objetivo General

Establecer los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.

3.2.Objetivos específicos

- a. Identificar la frecuencia de no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.
- b. Describir las características sociodemográficas (consumo de sustancias, uso previo de antidepresivos, uso previo de ansiolíticos, y grado de instrucción) de los pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.
- c. Identificar cuál de las características sociodemográficas evaluadas se constituyen en factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia.

4. HIPÓTESIS

Es probable que el consumo de sustancias, el uso previo de antidepresivos, el uso previo de ansiolíticos, y el menor grado de instrucción sean factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

CAPÍTULO I:

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. Esquizofrenia

1.1. Concepto

La esquizofrenia es un trastorno cerebral crónico, severo e incapacitante que ha afectado a las personas a lo largo de la historia. Alrededor de un 1% de personas en población general lo padece.

Es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses he incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos) (1).

Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan voces o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o confabular para hacerles daño. Pueden hablar sin sentido, pueden sentarse durante horas sin moverse ni hablar e incluso puede parecer que se sienten perfectamente bien hasta que expresan lo que verdaderamente están pensando (1).

También la familia y la sociedad se ven afectadas por la esquizofrenia, ya que muchas personas que sufren esta enfermedad tienen dificultad para conservar un trabajo o cuidar de sí mismas, lo que las hace depender siempre de los demás (1, 2).

1.2. Epidemiología

La esquizofrenia afecta a hombres y mujeres por igual. Se da en índices similares en todos los grupos étnicos alrededor del mundo. Los síntomas como las alucinaciones y los delirios generalmente comienzan entre los 16 y los 30 años. Los hombres tienden a experimentar los síntomas un poco antes que las mujeres. En la mayoría de los casos, las personas no desarrollan la esquizofrenia después de los 45 años. Rara vez se da en niños, pero se está tomando más conciencia acerca de la aparición de la esquizofrenia en la infancia (3).

Puede resultar difícil diagnosticar esquizofrenia en un adolescente, ya que los primeros indicios pueden incluir: cambio de amigos, caída de las notas, problemas para dormir e irritabilidad; comportamientos comunes entre los adolescentes. Existe una combinación de factores que pueden predecir la esquizofrenia en casi un 80% de los jóvenes en riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos factores incluyen: aislamiento y retraimiento, aumento de pensamientos y sospechas inusuales y antecedentes familiares de psicosis. En los jóvenes que desarrollan la enfermedad, esta etapa se llama período "prodrómico" (5).

1.3. Etiología

Existen varios factores que provocan la esquizofrenia (5).

- **Genes y medio ambiente.** Los científicos han sabido por mucho tiempo que la esquizofrenia es hereditaria. La enfermedad ocurre en un 1% de la población general y en un 10% de las personas que tienen un parentesco de primer grado con alguien que padece del trastorno, como un padre o un hermano. Las personas que tienen un parentesco de segundo grado con alguien que padece la enfermedad (tíos, abuelos o primos) también tienen más probabilidades de desarrollar esquizofrenia que la población general. El riesgo es mayor para un gemelo idéntico de una persona con esquizofrenia. En este caso, existe entre un 40 a 65% de posibilidades de desarrollar el trastorno. Los genes se heredan de ambos padres. Los científicos sostienen que hay varios genes relacionados con un aumento del riesgo de desarrollar esquizofrenia, pero no existe un gen en particular que cause la enfermedad. Es posible que no sean sólo genes los que causan el trastorno. Los científicos sostienen que debe haber una interacción entre los genes y el medio ambiente para que se desarrolle la esquizofrenia. Pueden estar implicados muchos factores ambientales, como infecciones virales y malnutrición intrauterina, complicaciones durante el nacimiento y otros factores psicosociales aún no conocidos (5, 9).

- **Diferente química y estructura del cerebro.** Los científicos sostienen que un desequilibrio en las reacciones químicas complejas e interrelacionadas del cerebro, que incluyen los neurotransmisores dopamina y glutamato y quizás otros, pueden jugar un papel decisivo en el desarrollo de la esquizofrenia. Los neurotransmisores son sustancias que permiten la comunicación entre las células. Los científicos siguen estudiando la química del cerebro y su relación con la esquizofrenia. Además, de cierta manera, los cerebros de las personas con esquizofrenia son diferentes de los de las personas sanas. Estudios del tejido cerebral en personas fallecidas revelaron diferencias en los cerebros de aquellas con esquizofrenia. Algunos expertos creen que ciertos problemas durante el desarrollo del cerebro antes del nacimiento pueden llevar a conexiones defectuosas. El problema puede no manifestarse hasta la pubertad, cuando el cerebro experimenta importantes cambios y estos cambios pueden desencadenar síntomas psicóticos. Los científicos han aprendido mucho acerca de la esquizofrenia, pero se debe seguir investigando para poder descubrir cómo se desarrolla (5).

1.4. Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en tres categorías principales: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos (6 [p 88], 7).

- ***Síntomas positivos***

Son comportamientos psicóticos que no se ven en personas sanas. Las personas con síntomas positivos frecuentemente "pierden contacto" con la realidad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no. Los síntomas positivos incluyen:

- **Alucinaciones.** Las "voces" son el tipo de alucinación más común relacionado con la esquizofrenia. Muchas personas que padecen este trastorno escuchan voces. Estas voces pueden hablarles acerca de su

comportamiento, ordenarles hacer algo o advertirlas de algún peligro. Muchas veces las voces hablan entre sí. Las personas con esquizofrenia pueden escuchar voces durante mucho tiempo antes de que sus familiares o amigos lo noten. Otros tipos de alucinaciones incluyen: ver personas u objetos que no están presentes, oler aromas que nadie más percibe y sentir cosas como dedos invisibles que tocan su cuerpo cuando no hay nadie cerca.

- **Delirios:** son creencias falsas que no forman parte de la cultura de la persona y se mantienen firmes. La persona cree en los delirios incluso después de que otras personas le demuestran que no son reales ni lógicos. Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios que parecen extraños, como creer que los vecinos pueden controlar su comportamiento mediante ondas magnéticas. También pueden creer que los individuos que aparecen en televisión les están enviando mensajes especiales o que las emisoras de radio están transmitiendo sus pensamientos en voz alta para los demás. A veces piensan que son otra persona, como una figura histórica famosa. Estas personas también pueden tener delirios paranoicos y creer que los demás intentan hacerles daño, engañándolas, acosándolas, envenenándolas, espíandolas o confabulándose contra ellas o contra quienes las rodean. Estas creencias se denominan "delirios de persecución".
- **Trastornos del pensamiento:** son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Una forma de este trastorno es el "pensamiento desorganizado", que se da cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o conectarlos en una secuencia lógica. En estos casos, a veces hablan de una manera confusa que es difícil de entender. Otra forma es el "bloqueo del pensamiento", que se da cuando una persona deja de hablar repentinamente en medio de una idea. Por último, una persona con un trastorno del pensamiento puede inventar palabras sin sentido o "neologismos".

- **Trastornos del movimiento:** se pueden manifestar como movimientos agitados del cuerpo. Una persona con este tipo de trastorno puede repetir ciertos movimientos una y otra vez. En el otro extremo, una persona puede volverse catatónica. La catatonía es un estado en el que la persona no se mueve ni habla con los demás. Hoy en día, la catatonía es poco frecuente. Antes, cuando no había ningún tratamiento disponible para la esquizofrenia, era más común.

- ***Síntomas negativos***

Los síntomas negativos se asocian con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer como parte de este trastorno, ya que muchas veces se confunden con los de la depresión u otras condiciones. Estos síntomas incluyen (6, 7):

- "Afecto plano" (la persona no mueve el rostro o habla con una voz desanimada y monótona)
- Falta de satisfacción en la vida diaria
- Falta de habilidad para iniciar y mantener actividades planificadas
- Falta de comunicación, incluso cuando la persona se ve forzada a interactuar

Las personas que tienen síntomas negativos necesitan ayuda con las tareas diarias. Muchas veces hasta descuidan la higiene personal básica. Esto puede hacerlas parecer personas perezosas o personas que no quieren salir adelante, pero en realidad son los síntomas de la esquizofrenia.

- ***Síntomas cognitivos***

Los síntomas cognitivos son más sutiles. Al igual que los síntomas negativos, estos síntomas son difíciles de reconocer como parte de este trastorno. Con frecuencia, sólo se detectan cuando se realizan pruebas por otras razones. Por lo general, los síntomas cognitivos hacen que sea difícil llevar una vida

normal y ganarse la vida. Además, pueden causar gran angustia emocional. Estos síntomas incluyen (7):

- "Funcionamiento ejecutivo" (habilidad para comprender información y utilizarla para tomar decisiones) deficiente
- Problemas para concentrarse o prestar atención
- Problemas con la "memoria de trabajo" (habilidad para utilizar información inmediatamente después de haberla aprendido)

1.5. Diagnóstico

Al respecto de la esquizofrenia, los criterios diagnósticos no varían especialmente. La única diferencia es que la nota marginal del criterio A que indicaba que sólo se requería un único síntoma (en vez de 2 o más como es obligatorio) en el caso de que las ideas delirantes fueran extrañas o que consistieran en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o en dos o más voces conversando entre ellas, dicha nota desaparece en el DSM-5 (6). Por tanto, es requisito siempre y en todos los casos cumplir dos o más de los 5 típicos síntomas característicos: (1) Ideas delirantes. (2) Alucinaciones. (3) Lenguaje desorganizado. (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. (5) Síntomas negativos [5-7].

DSM-IV	DSM-5
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Incluye	Incluye, en un gradiente de psicopatología:
<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Trastorno esquizofreniforme - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno psicótico compartido - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Trastorno psicótico no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno esquizotípico de la personalidad (aunque la descripción completa se ubica en "Trastornos de la personalidad") - Trastorno delirante - Trastorno psicótico breve - Trastorno esquizofreniforme - Esquizofrenia - Trastorno esquizoafectivo - Trastorno psicótico debido a enfermedad médica/inducido por sustancias - Catatonía (criterios para el especificador, aunque hay de 3 tipos: asociado a otro trastorno mental / debido a enfermedad médica/ inespecífica) - Otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicos. - Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no especificados.

Fuente: Testal JFR, Calderón CS, Garcelán SP. Del DSM-IV-TR al DSM-5; análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2014; 14(3):221-231. (20)

Las novedades más importantes las encontramos en los especificadores y en los subtipos (8):

Especificadores en DSM-IV	En DSM-5
Sobre el curso longitudinal:	Tras 1 año de duración del trastorno:
<ul style="list-style-type: none"> - Episódico con síntomas residuales interepisódicos (especificar además si síntomas negativos acusados) - Episódico sin síntomas residuales interepisódicos. - Continuo (especificar además si síntomas negativos acusados) - Episodio único en remisión parcial (especificar además si síntomas negativos acusados) - Episodio único en remisión total. - Otro patrón o no especificado - Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de la fase activa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primer episodio, actualmente en episodio agudo. - Primer episodio, actualmente en remisión parcial. - Primer episodio, actualmente en remisión total. - Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo (mínimo 2 episodios con remisión entre ellos). - Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial. - Episodios múltiples, actualmente en remisión total. - Continuo - No especificado
	<p>Especificar si: con catatonia.</p> <p>Especificar gravedad actual (no es obligatorio; se puede diagnosticar "Esquizofrenia" sin este especificador): se valoran los 5 síntomas del criterio A en los últimos 7 días con una escala de 5 puntos, que va de 0 (no presente) a 4 (presente y severo).</p>

Fuente: Testal JFR, Calderón CS, Garcelán SP. Del DSM-IV-TR al DSM-5; análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2014; 14(3):221-231 (20)

Los subtipos que se contemplaban en el DSM-IV (paranoide, desorganizado, catatónico e indiferenciado) desaparecen. Ya vemos que catatonia se convierte en un especificador. Aproximadamente el 5%-6% de los individuos mueren por suicidio, y cerca de un 20% intentan suicidarse en una o más ocasiones (5).

1.6. Manejo

Como aún no se conocen las causas de la esquizofrenia, los tratamientos se concentran en tratar de eliminar los síntomas de la enfermedad. Éstos incluyen medicamentos antipsicóticos y varios tratamientos psicosociales (8).

- *Medicamentos antipsicóticos*

Los medicamentos antipsicóticos han estado disponibles desde mediados de 1950. Los más antiguos son los convencionales o "típicos". Algunos de los que se utilizan comúnmente son:

- Clorpromazina
- Haloperidol
- Perfenazina
- Flufenazina
- Trifluoperazina
- Levomepromazina
- Tioridazina

En la década de 1990, se crearon nuevos medicamentos antipsicóticos que se conocen como de segunda generación o "atípicos". Uno de estos medicamentos es la clozapina, un medicamento efectivo que trata los síntomas psicóticos, las alucinaciones y las desconexiones con la realidad. En ciertas ocasiones, la clozapina puede causar un serio problema llamado agranulocitosis. De todas formas, este tratamiento es de gran ayuda para los pacientes que no responden a otros medicamentos antipsicóticos (8).

Otros antipsicóticos atípicos que no causan agranulocitosis incluyen (1):

- Risperidona
- Olanzapina
- Quetiapina
- Ziprasidona
- Aripiprazol

Hay que considerar que los antipsicóticos tienen reacciones adversas que van desde la intranquilidad, tendencia al aumento de peso hasta agranulocitosis, por lo que su empleo debe ser monitorizado por el especialista.

- ***Tratamientos psicosociales***

La terapia psicosocial es el otro elemento clave, junto con la medicación, del tratamiento de la esquizofrenia. Consiste en terapias individuales o de grupo, con las que se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible (21). Hay diferentes tipos de terapias y la elección de una u otra dependerá tanto de la persona afectada (según sus características, necesidades y preferencias) como de los recursos existentes en un momento dado. En todos los tipos de terapias es común y fundamental establecer una relación de confianza con el profesional y el equipo responsable del tratamiento.

Los tratamientos psicosociales pueden ayudar a las personas con esquizofrenia que ya están estabilizadas con medicamentos antipsicóticos. Estos tratamientos ayudan a las personas a afrontar los desafíos diarios de la enfermedad, como dificultad con la comunicación, el cuidado personal, el trabajo y las relaciones con los demás. Aprender y usar mecanismos para hacer frente a estos problemas les permite a las personas con esquizofrenia socializarse y asistir a la escuela y al trabajo (8).

Los pacientes que reciben tratamiento psicosocial en forma regular tienen más probabilidades de continuar con los medicamentos y menos probabilidades de sufrir recaídas o terminar hospitalizados. Un terapeuta los puede ayudar a comprender mejor la enfermedad y a adaptarse a vivir con la misma. El terapeuta puede proveer educación acerca del trastorno, los síntomas o problemas comunes y la importancia de continuar con los medicamentos.

2. Adherencia terapéutica:

2.3. Generalidades

Habitualmente la importancia de la adherencia y su repercusión sobre el cuadro de salud de la población, es minimizada; es hora de cambiar la mirada y comprender la necesidad de asumir la mejoría de la adherencia terapéutica como estrategia de trabajo

prioritaria, como una inversión que permitirá abordar efectivamente, sobre todo, las enfermedades crónicas. Existen pruebas de que las intervenciones efectivas en este terreno puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos (10).

Por otra parte, sería muy conveniente dirigir esfuerzos a la evaluación económica de la falta de adherencia terapéutica para identificar realmente los costos asociados a los efectos inútiles que el incumplimiento del régimen terapéutico ha provocado. La valoración de la utilización de recursos en salud y la eficacia de las intervenciones requiere incluir las tasas de adherencia terapéutica como elemento para evaluar realmente los programas y proyectos de atención sanitaria (11).

El sistema de salud puede estructurar numerosas acciones priorizadas dirigidas a monitorear el comportamiento de la adherencia terapéutica de los pacientes a través del propio personal de la salud. Los médicos y las enfermeras pueden asignarse un tiempo en la consulta para revisar la adherencia terapéutica. Los pacientes demuestran mejor adhesión al tratamiento cuando reciben atención del mismo profesional en el transcurso del tiempo. El sistema de comunicación con los pacientes es fundamental, tanto en la institución de salud como fuera de ella, en la comunidad, el hogar, en la farmacia, entre otros (12).

Por otro lado, es importante el fomento de la responsabilidad individual con la salud. Muchas veces, es el propio sistema de salud, con enfoques de trabajo paternalistas, el que deprime el papel del individuo en su auto cuidado y crea en el paciente una dependencia excesiva del servicio, del trabajo de sus profesionales, incluso de los familiares, como si él no tuviera nada que ver o hacer, para mejorar o recuperarse de una enfermedad o vivir con esta controlada. La orientación, la educación de los pacientes, la información por todas las vías posibles incluida la comunicación social en salud, constituye parte imprescindible de la estrategia que puede elevar las tasas de cumplimiento (11).

Por último y no menos importante es el trabajo dirigido a la investigación científica de este problema. Se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de adherencia terapéutica en diferentes enfermedades y grupos poblacionales, que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del

incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la intervención produzcan los resultados esperados. Es reconocido, de modo empírico, por la mayoría de los profesionales que existen graves problemas con la adherencia terapéutica pero se realizan pocas investigaciones que lo justifiquen con datos probados mediante métodos científicos (11).

También es importante que el estudio y abordaje de la adherencia terapéutica sea multidisciplinario, no por declaración, sino porque al ser un problema complejo, de tan alta magnitud, de múltiples causas y determinado por la acción recíproca de variados factores, sólo el esfuerzo conjunto de todos los profesionales de la salud llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejora. Se requiere el tributo teórico de diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud, la experiencia práctica y el saber cotidiano de médicos, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, pedagogos, economistas, gerentes, entre otros, para enfrentar la investigación y la intervención dirigida a verdaderas soluciones (12).

2.4. Concepto de adherencia terapéutica

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta por Haynes, quien la define como “el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” (22).

Es la realización de una conducta como decisión propia en función de los valores del individuo. Responde a un modelo de relación en el que el niño, sus cuidadores y los profesionales sanitarios negocian y acuerdan una responsabilidad compartida, con una transferencia gradual de conocimientos y habilidades en función de sus capacidades (13).

La no adherencia supone la inhabilidad para alcanzar esta relación y sus objetivos.

2.5. Patrones de pobre adherencia

La falta de adherencia puede ser:

- Primaria: cuando el paciente no toma la medicación o no acude a las citas.
- Secundaria: cuando no realiza el tratamiento como está prescrito.
- Intencionada: por rechazo del diagnóstico o tratamiento.
- No intencionada: por olvido u otros factores no planeados.

Estos patrones se pueden producir porque paciente y cuidadores no comprendan qué tienen que hacer, cómo y cuándo hacerlo; porque aunque lo comprendan, no lo recuerden en el momento preciso; o porque aunque lo comprendan y lo recuerden, no lo hacen (14, 23).

Es un reflejo de la falta de sintonía entre los objetivos y expectativas de paciente y terapeuta.

2.6. Epidemiología

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. Este dato permite reconocer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento indicado y necesario para el control de su enfermedad, lo que pone en peligro la capacidad del sistema sanitario para lograr los objetivos relacionados con la salud de la población. Quiere decir que la otra mitad se encuentra en riesgo de sufrir recaídas, complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura. Lo peor, es que se trata de un problema que tiende a aumentar a medida que crecen los padecimientos crónicos, lo cual caracteriza el cuadro de salud de muchos países en la actualidad (24).

Con independencia de los diferentes criterios y técnicas que se utilicen para evaluar el grado de adhesión a los tratamientos se registran datos sobre la frecuencia de cumplimiento en algunas enfermedades crónicas, los que aun siendo aproximados ilustran la gravedad del problema. Por ejemplo, en hipertensión arterial, el porcentaje de

pacientes que cumple su régimen terapéutico es sólo el 27 % en Gambia, 43 % en China y 51 % en Estados Unidos. En Cuba, se realizó una investigación en un área de salud del municipio Marianao, La Habana y se encontró que sólo el 51 % de los pacientes incluidos en el estudio cumplían adecuadamente el tratamiento antihipertensivo (25).

Para otras enfermedades se informan cifras igualmente bajas. En Australia, sólo 43 % de los pacientes con asma toman los medicamentos prescritos, todo el tiempo y el 28 % utilizan la medicación preventiva indicada. En el tratamiento de la infección por el VIH y el SIDA, la adherencia a los antirretrovirales varía entre el 37 y el 83 % según el medicamento y las características de las poblaciones en estudio y en el caso de los pacientes con depresión se revela entre el 40 y 70 % de adherencia a los tratamientos antidepressivos (25).

Para tener una evaluación real del grado de adherencia terapéutica se necesita contar con instrumentos de medición confiables, también encaminar los trabajos de investigación por enfermedades y valorar el comportamiento de este problema en subgrupos importantes como mujeres, niños, ancianos y poblaciones marginales (14).

Las consecuencias de la deficiente adherencia terapéutica se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población. Existe una estrecha relación entre estas, es decir vínculos de influencia e interdependencias mutuas. Por ejemplo, las consecuencias médicas inciden en lo económico o en el aspecto psicosocial. Con la intención de destacar y recrear con mayor claridad la repercusión que tiene este problema desde el punto de vista médico, económico y para la calidad de vida del paciente, las abordaremos a continuación, cada una por separado (14).

2.7. Consecuencias

2.7.1. Consecuencias médicas o clínicas

Las consecuencias médicas o clínicas de una deficiente adherencia terapéutica son diversas. Se puede mencionar la falta de respuesta terapéutica con expresión en cuestiones como retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones; la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución

innecesario del número de dosis, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos con el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento.

El informe de la OMS enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos y son muy ilustrativos de este tipo de consecuencias (14):

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Aumenta el riesgo de accidentes:** el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa,** especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes. Por ejemplo, en pacientes con infección por el VIH/SIDA la resistencia a los antirretrovirales se ha vinculado con niveles bajos de adherencia.

Diversos estudios demuestran los efectos positivos de la correcta adhesión al tratamiento. En la hipertensión arterial se ha demostrado que la buena adherencia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de esta enfermedad (13).

2.7.2. Consecuencias económicas

Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que atañe a los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos y a los propios pacientes.

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada, en caso de ser trabajador, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia (16).

El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública (17).

Los beneficios económicos de la buena adherencia terapéutica se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de los servicios de salud complejos y costosos en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales, recreativas y personales.

2.7.3. Consecuencias psicosociales

La falta de apego al tratamiento puede generar grandes pérdidas desde el punto de vista personal. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afecten de modo significativo su calidad de vida.

El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo (12).

Incide en la esfera de la orientación vocacional y laboral del enfermo al tener que reajustar metas y propósitos que pueden afectar su vida económica, interferir en la comunicación con las otras personas o en los roles habituales y las responsabilidades que tiene en la familia, lo que puede aumentar el sufrimiento de los allegados. Puede promover alteraciones en el funcionamiento familiar generando crisis entre sus miembros así como hacer recaer la responsabilidad del seguimiento del régimen terapéutico en otras personas y no en el propio paciente.

Por otra parte, la falta de adherencia entorpece la adopción del rol de enfermo que necesariamente tiene que asumir la persona con un padecimiento crónico. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias de asumir este papel y los deberes que implica, entre ellos el cumplimiento del tratamiento, son aspectos psicológicos muy importantes para el ajuste a la enfermedad. La adherencia terapéutica es un contenido del rol de enfermo, que se debe adoptar después que la persona asimila su condición de enfermo (12, 13).

De ese modo, la adherencia terapéutica puede tener un papel protector, pues es un comportamiento que contribuye a lo no progresión de la enfermedad, favorece su control, evita las complicaciones, prolonga la vida y tiende hacia la salud. Es un componente del proceso de enfermar, que puede adquirir, a su vez, carácter salutogénico.

2.8. Otras consideraciones

Los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica son múltiples según la literatura sobre el tema, así como las causas del no seguimiento del tratamiento referidas por los propios pacientes y el personal de salud. Se plantean algunas cuestiones que

deben ser atendidas de modo especial por los directivos y administradores del sistema de salud y son una demostración de que este es un problema para la salud pública.

En primer lugar, es importante referirse a las características de la organización de los servicios de salud. En este caso son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios de médicos. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo. También, la escasa o nula cooperación entre los médicos y las farmacias comunitarias, unidades del sistema de salud con personal capacitado para colaborar en la reafirmación de las indicaciones ofrecidas al paciente (14).

Por el contrario, la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente, han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento. Los pacientes hospitalizados presentan tasas de cumplimiento mejores que los ambulatorios, debido a que tienen una mayor supervisión por parte del personal de salud y los familiares.

Otro aspecto son las características de la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes. La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental, los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento, que exhiben torpeza, falta de empatía, desmotivación, contribuyen a su falta de adherencia. De igual forma, es favorecido por la ausencia de instrucciones escritas o escritas de modo deficiente, con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles. Otro aspecto es la cooperación del paciente con el médico en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento, de hecho, estos son los aspectos que implican de manera activa al paciente en su cumplimiento y permiten superar el mero “cumplimiento” y lograr la adhesión (15).

También se plantea en la literatura que las características del régimen terapéutico pueden influir en las variaciones del cumplimiento, entre estas, el número dosis, los tipos de medicamentos e indicaciones y otras. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento, por esta razón es importante considerar la tendencia, en la

medida de lo posible, a reducir el número de dosis e incrementar los tratamientos denominados monodosis. Por otra parte, es necesario tener en cuenta el sabor de los medicamentos, el tamaño de las píldoras, el aspecto de los frascos o envases, si son atractivos, con señales y nombres de tamaño adecuados; o si son similares, entre varios medicamentos, puede contribuir a la confusión y los errores (13).

Situación aparte es el problema del adecuado diagnóstico y la correcta prescripción del tratamiento, lo cual compromete la competencia técnica del profesional de la salud, su preparación científica y habilidades profesionales. Diversas reflexiones apuntan la existencia de dificultades en este sentido, se cuestiona el hecho de si están los médicos cubanos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción y se plantea que estos profesionales deben prepararse adecuadamente para asegurar una prescripción de medicamentos acorde a las necesidades de salud de la población y erradicar algunos vicios asociados a este importante momento del acto médico (14).

Sin embargo, se ha detectado que la falta de seguimiento de las indicaciones médicas se produce muchas veces por errores en la prescripción, por ejemplo, número de dosis, horarios incorrectos o medicamentos que no son de elección para el diagnóstico, suponiendo que este sea correcto. Así el paciente se desalienta con una terapia que se alarga y no produce el efecto deseado, en consecuencia incumple o abandona el tratamiento.

Aspectos que el sistema de salud debe enfrentar en relación con la adherencia terapéutica. Los problemas de la adherencia terapéutica han sido pasados por alto por los directivos de la salud y los formuladores de las políticas sanitarias y por eso se realizan pocas investigaciones y escasas intervenciones de modo directo y sistemático en este asunto.

2.9. Cómo medir la adherencia

La estimación de la adherencia suele ser inadecuada por ambas partes: el paciente la sobreestima, el profesional sanitario sólo la identifica correctamente en el 50% de las ocasiones.

No se realiza de forma rutinaria la medición objetiva de niveles sanguíneos ni de dosis administradas de los fármacos usados para el tratamiento del asma.

Preguntar al paciente y/o cuidador en un estilo no crítico si ha tomado la medicación prescrita: Test de Morinsky-Green, AEPQ Alfred inpatient asthma education program questionnaire, Test de Heyne-Saccket: basados en preguntas abiertas: hay muchos niños que tienen problemas con la medicación, ¿te pasa a ti igual? Para los que responden que no tienen dificultad, se insiste: ¿la tomas? ¿Todos los días, muchos días, algunos días, pocos días? (14)

Control del efecto terapéutico. Se debe sospechar la infrautilización de medicación cuando el tratamiento fracasa en producir el efecto esperado. Cuando los efectos secundarios son mayores de lo esperado, el paciente puede estar sobre utilizando la medicación o usándola de forma errática.

CAPÍTULO II: MÉTODOS

1. **Ámbito de estudio**

El estudio se realizó en el Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el periodo de mayo a julio del 2018.

2. **Población y muestra**

Población: Todas las historias clínicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.

Muestra: se calculó un tamaño de muestra con la fórmula para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

N = tamaño de la población; en el año 2017 se atendieron 834 pacientes con esquizofrenia por consulta externa

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = proporción de no adherencia terapéutica = 0.15 (Fernández, 2009)

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por lo tanto: n = 166.28 \approx 170 casos

Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Inclusión**

- Edad mayor a los 18 años y menor a 65 años

- De ambos sexos
 - Diagnóstico definitivo de esquizofrenia
 - Indicación de tratamiento con antipsicóticos
 - Atendido por consulta ambulatoria
- **Exclusión**
 - Pacientes con trastornos psicóticos de etiología diferente a la esquizofrenia
 - Pacientes con retardo mental
 - Pacientes sin control ambulatorio regular
 - Paciente con enfermedad neurológica crónica discapacitante

3. Técnicas y procedimientos

a) **Tipo de estudio:** Según Altman el presente corresponde a un estudio observacional, retrospectivo y transversal.

b) Producción y registro de datos

Se realizaron las coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del área de Estadística e Informática para obtener la autorización para acceder a la población de estudio y proceder con su revisión.

Se buscaron en el servicio de Archivos del área de Estadística del hospital las historias clínicas con diagnóstico definitivo de esquizofrenia -sistematizados en el área de informática- atendidos de manera ambulatoria durante el año 2017, para hacer seguimiento en sus consultas ambulatorias programadas. Se consideró no adherente si el paciente o el familiar refirió la falta de cumplimiento del tratamiento o mediante el conteo de unidades de prescripción en cada paciente, lo que se consigna en las evoluciones de la historia clínica ambulatoria.

Los pacientes fueron separados en dos grupos: con mala adherencia (casos) y con buena adherencia (controles), y entre ellos se evaluaron los factores asociados.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

c) Técnica de análisis estadístico:

Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) para variables continuas. Las variables categóricas se presentan como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas entre los grupos (No adherente versus adherente) se realizó con la prueba chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas con la prueba t de Student, con una confiabilidad del 95% ($p < 0,05$). La asociación de variables se evaluó de manera univariada con el cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%. Se empleó para el procesamiento de datos el programa Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS versión 22.0.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 1

Distribución de pacientes con esquizofrenia evaluados según edad y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	2	1.18%	1	0.59%	3	1.76%
20-29 a	44	25.88%	20	11.76%	64	37.65%
30-39 a	19	11.18%	24	14.12%	43	25.29%
40-49 a	12	7.06%	27	15.88%	39	22.94%
50-59 a	4	2.35%	13	7.65%	17	10.00%
≥ 60 a	0	0.00%	4	2.35%	4	2.35%
Total	81	47.65%	89	52.35%	170	100.00%

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Masculino: 31.17 \pm 8.67 años (19 – 59 años)
- Femenino: 39.43 \pm 11.37 años (18 – 64 años)

Prueba t = 5.32

G. libertad = 168

p < 0.05

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 2

**Distribución de pacientes con esquizofrenia evaluados según nivel de
instrucción**

Instrucción	N°	%
Primaria	16	9.41%
Secundaria	116	68.24%
Superior	38	22.35%
Total	170	100.00%

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 3

**Distribución de pacientes con esquizofrenia evaluados según uso previo
de sustancias**

Antecedente	N°	%
Ninguna	3	1.76%
Sustancias	9	5.29%
Antidepresivos	71	41.76%
Ansiolíticos	165	97.06%

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 4

**Tasa de adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes
evaluados**

Adherencia	N°	%
Adherente	93	54.71%
No adherente	77	45.29%
Total	170	100.00%

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 5

Influencia de la edad de pacientes con esquizofrenia en la adherencia

Edad (años)	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
< 20 a	3	1	33.33%	2	66.67%
20-29 a	64	38	59.38%	26	40.63%
30-39 a	43	21	48.84%	22	51.16%
40-49 a	39	19	48.72%	20	51.28%
50-59 a	17	12	70.59%	5	29.41%
≥ 60 a	4	2	50.00%	2	50.00%
Total	170	93	54.71%	77	45.29%

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Adherente: 35.68 \pm 11.39 años (19 – 64 años)
- No adherente: 35.27 \pm 10.48 años (18 – 60 años)

Prueba t = 0.24

G. libertad = 168

p = 0.81

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 6

Influencia del sexo de pacientes con esquizofrenia en la adherencia

Sexo	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
Masculino	81	47	58.02%	34	41.98%
Femenino	89	46	51.69%	43	48.31%
Total	170	93	54.71%	77	45.29%

Chi² = 0.69

G. libertad = 1

p = 0.41

OR = 1.29

IC 95%: 0.70 – 2.37

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 7

**Influencia del nivel de instrucción de pacientes con esquizofrenia en la
adherencia**

N instrucción	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
Primaria	16	6	37.50%	10	62.50%
Secundaria	116	63	54.31%	53	45.69%
Superior	38	24	63.16%	14	36.84%
Total	170	93	54.71%	77	45.29%

Chi² = 3.01

G. libertad = 2

p = 0.22

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 8

Influencia del uso previo de sustancias en la adherencia

Sustancias	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
Sin uso	161	90	55.90%	71	44.10%
Uso de sustancias	9	3	33.33%	6	66.67%
Total	170	93	54.71%	77	45.29%

Chi² = 1.75

G. libertad = 1

p = 0.19

OR = 2.54

IC 95%: 0.61 - 10.49

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 9

Influencia del uso previo de antidepresivos en la adherencia

Antidepresivos	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
Sin uso	99	50	50.51%	49	49.49%
Uso de antidepresivos	71	43	60.56%	28	39.44%
Total	170	93	54.71%	77	45.29%

Chi² = 1.69

G. libertad = 1

p = 0.19

OR = 0.66

IC 95%: 0.36 - 1.23

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE EL AÑO 2017**

Tabla 10

Influencia del uso previo de ansiolíticos en la adherencia

Ansiolíticos	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
Sin uso	5	3	60.00%	2	40.00%
Uso de ansiolíticos	165	90	54.55%	75	45.45%
Total	170	93	54.71%	77	45.29%

Chi² = 0.06

G. libertad = 1

p = 0.81

OR = 1.25

IC 95%: 0.20 - 7.68

CAPITULO IV:

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó la presente investigación con el objeto de establecer los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017. Se abordó el presente estudio debido a que se observa la frecuencia de recaída y a veces, exacerbación de los síntomas, lo que desencadena en hospitalizaciones frecuentes y en algunos casos, de larga data.

Se revisaron las historias clínicas de pacientes que acudieron por consulta externa del servicio y que cumplieron los criterios de selección, tomando una muestra representativa de 170 casos, que se dividieron en adherentes y no adherentes. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student, y se realiza asociación bivariada con odds ratio.

La **Tabla 1** muestra la distribución de los pacientes con esquizofrenia evaluados según edad y sexo. De los 170 pacientes evaluados, 47.65% fueron varones y 52.35% mujeres, con edades que estuvieron entre los 20 y 29 años en 37.65% del total de la muestra. La edad promedio de los varones fue de 31.17 ± 8.67 años y para las mujeres fue de 39.43 ± 11.37 años, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 005$).

Aunque para algunos estudios la frecuencia de la enfermedad puede estar ligeramente a favor de los pacientes varones, la mayor parte de estudios para países en vías de desarrollo dicen que las diferencias entre ambos sexos son mínimas, en nuestro estudio los resultados obtenidos de alguna manera corroborado por nuestra epidemiología investigada (3).

En la **Tabla 2** se muestra la instrucción de los pacientes con esquizofrenia; el 9.41% tenían educación primaria, 68.24% educación secundaria, y 22.35% educación superior. Lo que nos confirma que el origen de la esquizofrenia no está relacionada con situaciones de baja escolaridad (5).

La **Tabla 3** muestra el antecedente de uso de sustancias por los pacientes con esquizofrenia; el 1.76% de pacientes no usaron sustancias, 5.29% refirió haber usado sustancias estupefacientes, 41.76% usó antidepresivos, y 97.06% ansiolíticos.

Aunque fueron pocos los pacientes que refirieron haber usado sustancias (marihuana), estos pudieron estar relacionados a una falta de diagnóstico temprano por ende a un tratamiento tardío y una exacerbación del cuadro en sus inicios.

Al evaluar el cumplimiento mensual de los controles y medicación, se encontró que el 45.29% de pacientes no cumplieron a cabalidad el tratamiento, por lo que se consideran No Adherentes (**Tabla 4**).

Lo que muestra que nuestro resultado obtenido no dista en demasía al encontrado en el estudio hecho por Amésquita y cols. (51.2%) (3), en el caso no adherencia al tratamiento antipsicótico y, que tampoco dista en los resultados obtenidos por Quispe M. de adherencia descritos en los antecedentes.

Por otro lado, datos de la historia clínica nos muestran que muchas veces el paciente no cumple el tratamiento ya sea por falta de conciencia de su enfermedad, por falta de supervisión familiar y algunas veces por no tener un adecuado acceso a los servicios de salud consecuentemente, no tener el medicamento en su debido momento, lo que también se muestra como factores importantes de no adherencia en el trabajo de Amésquita y cols. (3).

En la **Tabla 5** se muestra la influencia de la edad de los pacientes con esquizofrenia en la adherencia. Se aprecia que la adherencia tiende a ser mayor conforme pasa la edad, al menos hasta los 59 años. La adherencia pasó de 33.33% entre pacientes menores de 20 años, a 48.84% entre los 30 y 39 años, y llega a 70.59% en pacientes de 50 a 59 años (por ende, la falta de adherencia es mayor en rangos de edad menores). La edad promedio de los adherentes fue de 35.68 años, y para los no adherentes fue de 35.27 años, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

Como ya referimos, esta menor adherencia en pacientes jóvenes podría deberse a la falta de conciencia de su enfermedad, es decir la aceptación de estos nuevos síntomas incluso, lo que va cambiando con el transcurrir del tiempo con apoyo del especialista y de sus familiares más cercanos. Estos resultados también coinciden con datos obtenidos en el estudio de Fernández R. (2)

En la **Tabla 6** se muestra la influencia del sexo de los pacientes con esquizofrenia en la adherencia; la adherencia fue similar entre varones (58.02%) que entre mujeres (51.69%), siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$). El sexo femenino se asoció a un OR = 1.29.

La influencia del nivel de instrucción en la adherencia se muestra en la **Tabla 7**; la adherencia mejora con el mayor nivel de instrucción, pasando de 37.50% en aquellos pacientes esquizofrénicos con educación primaria, es de 54.31% en pacientes con educación secundaria y alcanza el 63.16% en pacientes con educación superior, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Otro factor que también coincide con los estudios de Fernández R. al describir dentro de los factores culturales al grado de instrucción (2); y que también se observa en el estudio de Amésquita y cols. como una variable con asociación estadísticamente significativa a la no adherencia el tener un nivel educativo de primaria (RP= 1.44; IC 95%: 1.07 - 1.93) (3), todo ello podría referirse a que un mayor grado de instrucción del paciente podría darle un mayor entendimiento de su enfermedad y en consecuencia un mayor apego al tratamiento.

En relación al uso previo de sustancias en la adherencia al tratamiento antipsicótico, la **Tabla 8** se muestra la influencia del uso de sustancias; la falta de adherencia se vio en 44.10% de aquellos que no usaron estas sustancias, y se vio en 66.67% en los usuarios previos; aunque la diferencia no fue significativa ($p > 0.05$), se observó un riesgo 2.54 veces mayor de falta de adherencia con el uso previo de sustancias. El uso previo de antidepresivos en cambio, produjo mejor adherencia (60.56%) que si no se usaron previamente (50.51%), sin diferencias significativas ($p > 0.05$), y podría ser un factor protector para la falta de adherencia (OR < 1), como se aprecia en la **Tabla 9**. En cuanto al uso de ansiolíticos (**Tabla 10**), se observa que la adherencia sin uso de ansiolíticos fue de 60%, y fue menor (54.55%) entre los usuarios, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$), y se asoció a un riesgo 1.25 veces mayor de falta de adherencia.

Los resultados obtenidos coinciden con el estudio hecho por Amésquita y cols. como otra variable con asociación estadísticamente significativa a la no adherencia al tratamiento: consumo de sustancias psicoactivas, marihuana (RP=1.80, IC95%: 1.40 –

2.32) (3). El uso previo de sustancias (en algunos de nuestros pacientes: marihuana) exagera los síntomas lo que genera mayor riesgo de abandonar el tratamiento. Al ser la depresión y la ansiedad trastornos comunes en la esquizofrenia el uso de antidepresivos y ansiolíticos atenuaran dichos cuadros que harán posible que el paciente adopte una mejor actitud y un mejor apego al tratamiento antipsicótico.

CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

PRIMERA: Se produjo no adherencia al tratamiento antipsicótico en 45.29% de pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017.

SEGUNDA.- Se observó menor adherencia al tratamiento antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia atendidos en la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza con una menor edad, menor nivel de instrucción, con uso previo de sustancias y ansiolíticos. El uso previo de sustancias y ansiolíticos son factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia.

5.2. RECOMENDACIONES

- 1.** Se recomienda al Servicio de Psiquiatría del Hospital Honorio Delgado realizar seguimiento y visitas domiciliarias a pacientes en los que no se logre adherencia al tratamiento para mejorar el control de la enfermedad.
- 2.** En pacientes con historia de atenciones muy espaciadas se debería corroborar con los familiares a través de la entrevista si estos no fueron atendidos en otros centros hospitalarios, con el fin de obtener datos cada vez más cercanos y reales de su adherencia.
- 3.** Se recomienda que la Facultad de Medicina realice trabajos posteriores con entrevistas directas al paciente y/o familiares cercanos para obtener datos que quizá no constan en la historia clínica y que puedan ser identificados como nuevos factores de adherencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Aznar Avendaño, E. y Berlanga Adell, A. Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia; Manual para las familias y el cuidador. Madrid España. Editorial Pirámide.2004. Visitado en internet mayo 2018. Disponible en <http://www.axon.es/Axon/LibroFicha.asp?Libro=56451>.
- 2) Fernández R. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antipsicótico en usuarios de la consulta externa de psiquiatría del Hospital “Víctor Larco Herrera”. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad-Perú. 2009; 2(2). Disponible en: <https://www.inppares.org/revistass/Revista%20VI%202009/2.%20Factores%20Adherencia.htm.pdf>; con acceso el 04 de Junio 2018
- 3) Amézquita L. Barrera A. Vargas T. Prevalencia y Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento Farmacológico con Antipsicóticos en Pacientes Adultos con Esquizofrenia. Universidad del Rosario-Universidad CES facultad de medicina y ciencias de la salud especialización en Epidemiología; Bogotá-2012. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3005/53123465-2012.pdf>, con acceso el 16-Ago-2018
- 4) Valencia N, Ferrerosa OE, Montaña AMM, Efren B, Rosero CF y cols. Factores asociados a la adherencia en pacientes esquizofrénicos atendidos en una Institución de Salud Mental en Cali durante el año 2012. Revista Medicina y Salud FUSM-2013; 1(1): 6-12.
- 5) Llaza G. Avances en Psiquiatría. Primera Edición UCSM. Arequipa - Perú; 2011.
- 6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- 7) Sadock B. Chap. 13. Schizofrenia. In: Sadock B (Ed). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Lippincott, Williams & Wilkins, Tenth edition, 2007.
- 8) Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente; Agencia de Evaluación de Tecnología y Recursos Médicos, Roc Boronat, 81-95 0800; Primera Edición; Barcelona – España 2009

- 9) Harrison PJ, Weinberger DR. Schizophrenia genes, gene expression, and neuropathology: on the matter of their convergence. *Molecular Psychiatry*. 2005;10(1):40-68. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/4001558>, con acceso el 17-ago-2018
- 10) Robinson D, Woerner M, Alvir J, et al: Predictors of medication discontinuation by patients with first episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizoph Res*. 2010, 57: 209 – 219. Disponible en: [https://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(01\)00312-7/fulltext](https://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(01)00312-7/fulltext), con acceso el 17-ago-2018
- 11) Valenstein M, Blow F, Copeland L et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull*. 2009; 30(4):255-264. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2004-15868-006>, con acceso el 17-ago-2018
- 12) GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 30(5):312-325.
- 13) Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General. *Revista Médica Herediana*, 2010; 21(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000400005, con acceso el 04 de Junio 2018
- 14) Gil V, Merino J. Cumplimiento terapéutico. En: *Tratado de epidemiología clínica*. Universidad de Alicante. Madrid. 2005. 299-315.
- 15) Lang K, Meyers J, Korn J et al. Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Psychiatr Serv* 2010; 61:1239-1247. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.12.1239>, con acceso el 18-ago-2018
- 16) Svarstad B, Shireman T, Sweeney J. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatr Serv* 2010; 52(3): 805-811. Disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.52.6.805>, con acceso el 17-ago-2018

- 17) Cabello H, Díaz Castro L, Arredondo A. Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental* 2011; 34:95-102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200002, con acceso el 17-ago-2018
- 18) Limaylla ML, Ramos NJ. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación* 2016; 19(2): 95-101. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635/12039>, con acceso el 18-ago-2018
- 19) Quise Medina KM. Factores que se asocian a la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de la posta médica Pedregal Essalud Arequipa. 2016. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2016.
- 20) Testal JFR, Calderón CS, Garcelán SP. Del DSM-IV-TR al DSM-5; análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2014; 14(3):221-231.
- 21) Guías Salud. Guía de Práctica clínica sobre esquizofrenia. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/pacientes/05_tratamiento_2.html, con acceso el 16 Ago 2018
- 22) López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 117-137.
- 23) Rodríguez CR. Patrones de pobre adherencia. VII curso de educadores en asma. Sevilla 2010. Disponible en: https://personal.us.es/mpraena/7curso/adherencia/page_03.htm, con acceso el 16 Ago 2018
- 24) Agámez AP, Hernández R, Cervera L, Rodríguez Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Rev AMC* 2008; 12(5):0-0. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009, con acceso el 16 Ago 2018
- 25) Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública* 2006;32(3):00- Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013, con acceso el 17-Ago-2018

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

H Cl. N° _____

Edad: _____ años

Sexo: Varón Mujer Nivel de instrucción: Iltrado Primaria Secundaria Superior **Medicación:**

Uso de sustancias:

Si No

Consumo previo de antidepresivos:

Si No

Consumo previo de ansiolíticos:

Si No **Cumplimiento de tratamiento:**

Mes de evaluación	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Cumplió												
No cumplió												

No adherente: Si en alguno de los meses del año no cumplió el tratamiento

Observaciones:

.....

.....

Anexo 2: Definición operacional de variables

Variable	Indicador	Valores / categorías	Escala
<i>V. dependiente</i>			
Adherencia terapéutica	Cumplimiento del tratamiento consignado en la historia	No adherente / Adherente	Nominal
<i>V. independientes</i>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales 2°	Varón / Mujer	Nominal
Nivel de instrucción	Último año aprobado	Iletrado, primaria, secundaria, superior	Nominal
Uso de sustancias	Declarada por el paciente o familiar	No / Sí	Nominal
Uso de antidepresivos	Historia clínica	No / Sí	Nominal
Uso de ansiolíticos	Historia clínica	No / Sí	Nominal