

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**



**PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL  
CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016**

**Proyecto de investigación previa a la  
Obtención del Título de Médico**

**Autoras:**

María Elena Medina Guamán C.I. 1104887086

María Patricia Paucar Paccha C.I. 0705651453

**Directora:**

Dra. Vilma Mariela Bojorque Ñeguez. 0102939584

**Asesor:**

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla. 0103260675

CUENCA – ECUADOR

2017



## RESUMEN

Diversos estudios muestran un porcentaje mayor al 10% de no adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

**Objetivo:** determinar la prevalencia de pacientes esquizofrénicos no adherentes al tratamiento farmacológico y factores asociados del Centro Humberto Ugalde Camacho durante el periodo 2015 - 2016.

**Diseño metodológico:** es un estudio con 138 pacientes, se contactó mediante llamadas telefónicas con 81 de ellos, a quienes se les realizó las preguntas referentes al cuestionario (incluye: escala MMAS-8, OMS-ASSIST V3.0, SUMD y DUKE-UNK-11). La variable dependiente fue la no adherencia al tratamiento farmacológico, las variables independientes fueron edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas,. La tabulación y el análisis se realizó mediante Microsoft Excel 2010, software SPSSv15, ODDS RATIO, IC 95%,  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La edad predominante de los pacientes fue entre 52 y 57 años ( $n=15$ ), en su mayoría de género masculino ( $n=65$ ) y solteros ( $n=62$ ). La prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico fue del 88%. Se encontró como factores de riesgo para la no adherencia: el consumo de pastillas para dormir OR de 1,134 (IC 95% 1,04-1,23.  $p=0,414$ ), alucinógenos OR de 1,12 (IC 95% 1,04 - 1,21.  $p=0,72$ ), la falta de consciencia de la enfermedad OR de 8,5 (IC 95% 1,63-44,33.  $p=0,004$ ), escaso apoyo familiar y social OR de 1,134 (IC:95% 1,045-1,23.  $p=0,41$ ); consumo diario de antipsicóticos OR de 6,58 (IC 95% 1,27-34,0.  $p=0,013$ ).

**Conclusión:** la prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico es del 88%.

**Palabras clave:** NO ADHERENCIA, ESQUIZOFRENIA, FACTORES ASOCIADOS.



## ABSTRACT

Several studies show >10% non-adherence to treatment in patients with schizophrenia. Objective: to determine the prevalence of non-adherent schizophrenic patients to the pharmacological treatment and associated factors of the Humberto Ugalde Camacho Center during the periodo 2015-2016. Methodology: cross-sectional study. Sample: 138 patients, contacted 81. Technical-instruments: surveys by telephone calls; the questionnaire included: MMAS-8 scale, WHO-ASSIST V3.0, SUMD and DUKE-UNK-11. Tabulation-analysis: Microsoft Excel 2010, software SPSSv15, ODDS RATIO, 95% CI,  $p < 0.05$ . Results: no adhesion 88.9%. It was obtained: OR 3.5 (95% CI 0.68-18.0,  $p 0.115$ ) in relation to tobacco consumption; OR 3.13 (95% CI 0.60-16.11,  $p 0.155$ ) with alcohol. OR 8.5 (95% CI 1.63-44.33,  $p 0.004$ ) in relation to disease awareness. OR was not obtained in relation to the family support ( $p 0,414$ ). OR 3.04 (95% CI 0.72-12.73;  $p 0.115$ ) in relation to economic constraints. OR 0.84 (95% CI 0.21 - 3.40,  $p 0.814$ ) in relation to the consumption of typical drugs; OR 3.07 (IC 95% 0.36-26.20;  $p 0.282$ ) atypical. OR 6.58 (95% CI 1.27-34.07,  $p 0.013$ ) in relation to daily consumption; OR 0.19 (95% CI 0.4-0.81;  $p 0.016$ ) IM administration (depot). 40.3% - 31% consumed 2 and 3 drugs respectively. OR 3.52 (95% CI 0.41-29.87,  $p 0.223$ ) relative to tremor; OR 2.86 (95% CI 0.33-24.47,  $p 0.316$ ) for stiffness. Conclusion: 88% prevalence of nonadherence to pharmacological treatment. The lack of awareness of the disease and the daily consumption of the medication influenced the nonadherence of pharmacological treatment.

**Key words:** NONADHERENCE, SCHIZOPHRENIA, ASSOCIATED FACTORS.



INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN..... 2

ABSTRACT.....3

I. INTRODUCCIÓN..... 13

    1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 14

        PREGUNTA DE INVESTIGACION..... 16

    1.2 JUSTIFICACION ..... 16

II. MARCO TEORICO..... 17

    2.1 ADHERENCIA ..... 17

        2.1.1 Tipos de no adherencia ..... 18

    2.2 FACTORES DE RIESGO ..... 18

    2.3 MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO . 20

III. HIPOTESIS ..... 21

    3.2 OBJETIVOS..... 21

        3.2.1 GENERAL..... 21

        3.2.2 ESPECIFICOS ..... 21

IV. DISEÑO METODOLOGICO ..... 22

    4.1 TIPO DE ESTUDIO ..... 22

    4.2 ÁREA DE ESTUDIO ..... 22

    4.3 UNIVERSO Y MUESTRA..... 22

    4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN..... 22

        Criterios de Inclusión..... 22

        Criterios de exclusión..... 22

    4.5 VARIABLES ..... 23

        Variable dependiente ..... 23

        Variables independientes ..... 23

    4.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES ..... 23

    4.7 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS..... 23

        Método ..... 23

        Técnica:..... 23

        Instrumentos..... 24

    4.8 PROCEDIMIENTO ..... 24

        Autorización ..... 24

        Capacitación:..... 24



Supervisión .....	24
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS. ....	24
4.9 NORMAS ETICAS.....	24
V. RESULTADOS.....	26
VI. DISCUSIÓN: .....	39
VII. CONCLUSIONES:.....	43
VIII. RECOMENDACIONES.....	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: .....	47
X. ANEXOS .....	53
ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	53
ANEXO2: CUESTIONARIO .....	56
ANEXO3: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	68
ANEXO 4. INTERPRETACION DE CUESTIONARIOS/ TEST UTILIZADOS .....	70
ANEXO 5. TABLAS DE FRECUENCIAS.....	83



## Licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

María Elena Medina Guamán, en calidad de autora de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016” de conformidad con el artículo 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD, E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo disponible en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca ,20 de Diciembre del 2017.

-----  
María Elena Medina Guamán

C.I. 1104887086



## RESPONSABILIDAD

Yo, María Elena Medina Guamán, autora del proyecto de investigación “PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de Diciembre del 2017.

A handwritten signature in blue ink that reads "María Medina".

---

María Elena Medina Guamán

C.I. 1104887086



## Licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

María Patricia Paucar Paccha, en calidad de autora de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016” de conformidad con el artículo 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD, E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo disponible en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca ,20 de Diciembre del 2017.

---

María Patricia Paucar Paccha

C.I. 0705651453





## RESPONSABILIDAD

Yo, María Patricia Paucar Paccha, proyecto de investigación “PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de Diciembre del 2017.

A handwritten signature in blue ink, enclosed within a blue circular scribble.

-----  
María Patricia Paucar Paccha

C.I. 0705651453



## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por su bendición en el transcurso de la realización de este proyecto.

A nuestra directora Dra. Vilma Bojorque, a nuestro asesor de tesis Dr. Ismael Morocho por su apoyo incondicional, con sus conocimientos y experiencia nos ayudó a culminar esta investigación.

De igual manera a nuestros docentes que durante nuestra carrera profesional han contribuido con sus conocimientos a nuestra formación académica.

A nuestras familias por apoyarnos en todo momento.

Así mismo agradecer al CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO que nos abrió sus puertas durante todos estos años de estudio y su importante aporte a este proyecto.



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a quien durante toda mi vida me ha apoyado incondicionalmente con todo su apoyo, cariño y sus bendiciones, Dios. A mi madre quien ha sido ejemplo de lucha y entrega para lograr cumplir mis objetivos. A mis hermanos por su apoyo, su amistad y sus enseñanzas.

Con cariño María Elena Medina Guamán



## DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida; y al final de la misma no encuentro la forma de agradecer todo lo que han hecho por mí.

Gracias por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, por sus regaños, por sus sí y sus no; por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo, amor y confianza a ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí y porque sé que mi sueño era el suyo también; sepan que su unión fue la fuerza que me impulso y su amor el estímulo que me ayudó a lograrlo. El logro hoy alcanzado es también de ustedes, resultado de sus esfuerzos sacrificios y el tiempo invertido en mí.

A mi compañera incondicional Elena que sin su apoyo y su constante preocupación no hubiéramos logrado esta meta, además de demostrarme que podemos ser grandes amigas y compañeras de trabajo a la vez.

Por lo que ha sido y será gracias.

Con amor y admiración.

Patricia Paucar Paccha.



## I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno crónico, que se caracteriza por síntomas psicóticos entre los que se aprecia una alteración en la expresión de los sentimientos, la cognición y la conducta, aunque desde hace pocos años se postula que es un trastorno multisistémico entre la que se destaca alteraciones cardíacas y metabólicas<sup>1</sup>.

Se define como “falta de adherencia “, a la falta en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida<sup>2</sup>. Actualmente según la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria<sup>1</sup>. Esta información permite suponer que sólo la mitad de las personas con padecimientos crónicos realizan correctamente el tratamiento necesario para el control de su enfermedad y que la otra parte se encuentra en riesgo registrado de sufrir complicaciones, secuelas o llegar a la muerte prematura<sup>3</sup>. Los pacientes con esquizofrenia muestran muy bajos niveles de adherencia al tratamiento, bien sea farmacológico o psicoterapéutico debido a su poca capacidad de introspección, al estigma de la enfermedad, al desconocimiento de la etiología y el curso de los síntomas, a los efectos indeseables de los antipsicóticos y a la percepción por parte del paciente de posibles efectos negativos, como la llamada disforia de los neuroléptico <sup>4</sup>.

Uno de los principales problemas que se presenta en pacientes con esquizofrenia es el incumplimiento en el tratamiento, esto es de vital importancia ya que por este motivo existe un aumento de reingresos hospitalarios, de intentos de suicidio, aumento de costos sanitarios, disminución de la calidad de vida del paciente y su consecuente repercusión en familiares y cuidadores. Pero se debe tener en cuenta que inclusive un mismo individuo puede cumplir con el esquema de una medicación, pero no con el otro o los otros esquemas de tratamiento <sup>5</sup>.



## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que la esquizofrenia se distribuye uniformemente en todo el mundo relacionándose con mayor frecuencia en el hombre entre los 15 a 30 años y en menor frecuencia en la mujer entre los 20 a 40 años<sup>1</sup>.

Según los resultados de diversos estudios se obtuvo que del 10% a 77% de los pacientes con esquizofrenia presenten no adherencia al tratamiento farmacológico<sup>6</sup>. Durante el primer año de tratamiento el 50% de los pacientes abandona el tratamiento, este valor aumenta al 75% en el segundo año, presentándose un aumento de intentos suicidio y agresividad del paciente<sup>7</sup>. En un metaanálisis realizado por Lacro y otros en donde se revisaron 15 estudios transversales, 14 estudios prospectivos y 10 estudios retrospectivos, con un número promedio de  $110 \pm 80$  pacientes por estudio (mediana = 80, rango = 40-423), se informó que la adherencia deficiente fue del 48.4% (EE. UU., A nivel nacional, N = 876), 11.8% (Australia, N = 1825), 40.3 % (Nigeria, N = 313), 30% (Francia, N = 291) y 58,4% (Noruega, N = 280, concentración sérica). Por lo tanto, las cifras de no adhesión varían ampliamente, presumiblemente debido a las diferencias en la población objetivo, las definiciones y los métodos de medición<sup>8</sup>.

Carniglia y cols reporta en un meta análisis multicéntrico realizado en 24 países a nivel mundial según sus ingresos económicos, una tasa total de abandono del medicamento a los 12 meses, en el 26.3% de pacientes en países de ingreso alto, 41.5% en países de ingreso medio y 37.6% en países de ingreso bajo<sup>9</sup>.

Otros estudios realizados en Eslovenia y Finlandia, exponen que la disminución a la adherencia al tratamiento en el primer episodio psicótico es un fenómeno muy frecuente con tasas que alcanzan 19%, 44% y 56% a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento respectivamente, pero con una intervención temprana se puede reducir hasta en un 14 % la no adherencia que presentan los pacientes<sup>9</sup>. Tran y cols, 1997 demostró que los pacientes que recibieron tratamiento con olanzapina redujeron el abandono del tratamiento en comparación con aquellos pacientes tratados con haloperidol, cuya principal causa fue el síndrome extrapiramidal<sup>6</sup>. Por el contrario, Bola y cols, 2011 sugiere que las personas con esquizofrenia que fueron tratados con antipsicóticos típicos en su primer episodio psicótico tuvieron una menor predisposición a descuidar el tratamiento de forma prematura, en relación con los pacientes que fueron tratados con antipsicóticos atípicos, ambos grupos presentaron una misma respuesta al tratamiento<sup>10</sup>.

El Consenso Clínico Español de adherencia al tratamiento en esquizofrenia realizado en Brasil en el año 2007, concluye que el tratamiento con fármacos antipsicóticos



atípicos inyectables de larga duración obtienen el mayor grado de adherencia terapéutica<sup>11</sup>.

Arilla y cols en el año 2010 en España, reportan el uso de 2 o más antipsicóticos al ingreso fue de 44%, incrementándose en el momento del alta hasta un 51%, en este mismo estudio se encontró que aproximadamente el 35% de los pacientes informaron que las reacciones adversas a los medicamentos eran una barrera para el cumplimiento de la medicación<sup>12</sup>.

En el hospital de Bellevue Mental en Kingston - Jamaica se realizó un estudio acerca del cumplimiento de la medicación en pacientes psiquiátricos, con una muestra de 370 pacientes donde el 65.3% no cumplían con el régimen de medicación prescrito, el 4.8% tenían un estado civil de unión libre, el 10.8% eran casados, el 60% eran solteros, el 16.1% eran separados y el 2,1% eran viudos; además los hombres eran más propensos a cumplir con la medicación (51%) que las mujeres (35.9%)<sup>13</sup>.

En un estudio realizado en el 2017 en Etiopia con un total de cuatrocientos tres pacientes encuestados, se observó que el 67% (n: 270) presentaron no adherencia al tratamiento farmacológico debido a que contaban con un ingreso económico bajo de 30 USD diarios, aquellos pacientes con polimedicación tuvieron dos veces más probabilidades de ser no adherentes al tratamiento en comparación con los pacientes que recibieron monoterapia (AOR = 2,37, IC del 95%)<sup>14</sup>.

Un estudio realizado en Colombia en el año 2008 acerca de los factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, indica que el 24,7% de los pacientes siguió adecuadamente la prescripción médica, el 41,1% de forma parcial y el 34,1% no lo hacían. La mayoría (72.9%) de pacientes eran de sexo masculino. El grupo etáreo más frecuente es menor de 32 años con el 68.2%<sup>15</sup>.

En un estudio realizado en Colombia la prevalencia de no adherencia al tratamiento con antipsicóticos fue del 51.1%, que corresponde a 94 pacientes de los 184 estudiados, siendo mayor en el género masculino (51.2%), en los menores de 45 años (35.2%); dentro del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, el haber consumido marihuana se asoció significativamente con la no adherencia al tratamiento farmacológico (86.7% vs 47.9%, RP=1.80, IC95% 1.40 –2.32)<sup>16</sup>.

En Perú se realizó un estudio acerca de los predictores tempranos de la no adherencia al tratamiento antipsicótico, en el cual los pacientes no adherentes al tratamiento presentan un 25% de consciencia de la enfermedad, frente al 95,74% de consciencia



de la enfermedad en pacientes adherentes al tratamiento; el 58.33% de pacientes no adherentes al tratamiento reciben un escaso apoyo social y familiar<sup>17</sup>.

En el Ecuador no se encontraron cifras sobre la prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia, en consecuencia, se ignora los posibles factores que podrían estar influenciando la falta de adherencia.

La “falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas son un tema prioritario de salud pública”<sup>6</sup> fundamentalmente con la esquizofrenia ya que se ha visto una mayor tasa de recaídas 3 veces superior a la esperada<sup>6</sup>.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Centro Humberto Ugalde Camacho en el año 2015 - 2016?

### **1.2 JUSTIFICACION**

Debido a que la no adherencia al tratamiento farmacológico es considerada un problema de salud pública, la presente investigación pretendió conocer la prevalencia y los factores que influyen a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia.

El siguiente trabajo de investigación contribuye en el área 19 de las prioridades de investigación 2013-2017 del MSP, en la línea de Participación social, sublínea de Toma de decisiones compartidas en salud. En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca contribuye a la línea de investigación de Atención Primaria de Salud.

Estos resultados serán publicados en el anexo de la página de la Universidad de Cuenca, los resultados de este estudio tienen como fin mejorar los futuros planes de atención y tratamiento que serán brindados a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Centro Humberto Ugalde Camacho.





## II. MARCO TEORICO

La OMS caracteriza a la esquizofrenia como una distorsión del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta<sup>18</sup>.

El tratamiento de la esquizofrenia se basa en antipsicóticos típicos y atípicos, antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos D2. Los efectos adversos de los antipsicóticos de primera generación son: síntomas extrapiramidales, disfunción sexual, la disquinesia tardía, sedación, sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, aumento de la prolactina (galactorrea y ginecomastia)<sup>4</sup>.

Actualmente los antipsicóticos de segunda generación son considerados como la primera opción de tratamiento para la esquizofrenia, ya que tienen un mejor control de los síntomas negativos y menor riesgo de producir síntomas extrapiramidales; aunque no se encuentra libre de generar efectos adversos como: alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, dislipidemias, aumento de peso y alteraciones cardiovasculares, particularmente la clozapina, puede producir disfunciones sexuales y agranulocitosis<sup>19</sup>.

Se ha encontrado mejor respuesta clínica tras la combinación de tratamiento farmacológico y medidas de soporte psicosocial, vivienda adecuada, apoyo económico y programas de rehabilitación<sup>20</sup>.

### 2.1 ADHERENCIA

El cumplimiento del tratamiento se define como “el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor”<sup>21</sup>, y toma el 70% u 80% de su medicación<sup>22</sup>, debido a que en este caso no existe una participación activa del paciente en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, éste término ha sido reemplazado por la palabra adherencia el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud como “el grado en que el comportamiento de una persona al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”<sup>23</sup>, también se menciona que la adherencia al tratamiento implica no interrumpir el tratamiento antes de completarlo, no tomar más o menos cantidad de un medicamento prescrito, no tomar el fármaco en cualquier momento, evitar conductas de riesgo y acudir a las citas acordadas con los profesionales de la salud<sup>6</sup>.

De acuerdo con lo anterior se define como “no-adherencia” al tratamiento, la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida<sup>24</sup>. El criterio para considerar a un paciente con falta de adherencia es que no tome ninguna



de las dosis prescritas o interrumpa su tratamiento posterior a un periodo adecuado de adherencia<sup>19</sup>.

### **2.1.1 Tipos de no adherencia**

Actualmente se considera 2 tipos de no adherencia: intencionales y no intencionales. Los primeros rechazan la medicación y este podría estar relacionado con deficiente insight, temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva; mientras que los segundos estarían relacionados con déficits neurocognitivos que incluye olvidos y confusión<sup>7,21,23</sup>, se considera que este último es la causa más frecuente de la no adherencia al tratamiento<sup>22</sup>.

## **2.2 FACTORES DE RIESGO**

La literatura señala que las características sociodemográficas como la edad (joven), el sexo (masculino), el estado civil (solteros) y el nivel socioeconómico (bajo) se encuentran relacionados con el menor cumplimiento del tratamiento farmacológico<sup>7</sup>.

El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas<sup>16</sup>, el incumplimiento previo y el tiempo de evolución se asocian a la no adherencia al tratamiento antipsicótico<sup>7</sup>.

Un metaanálisis acerca de los factores que influyen en la adherencia de la medicación antipsicótica y las consecuencias de la falta de adherencia, que incluyó 37 documentos, menciona que los principales impulsores de la falta de adherencia fueron la falta de conocimiento, las creencias sobre los medicamentos y el abuso de sustancias<sup>25</sup>. Angulo y cols, en su estudio acerca de los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia reportan que el 47% de pacientes no adherentes consumen estupefacientes versus los adherentes que presentan un 18% de consumo de estupefacientes<sup>26</sup>.

Otro estudio realizado en México, de 18 meses de seguimiento a un grupo de pacientes con esquizofrenia tras haber sido dados de alta de una hospitalización se encontró que a los 6 meses de seguimiento solo el 62% tomaba sus medicamentos y a los 18 meses disminuyó a 59% el porcentaje de pacientes que aún cumplían con el tratamiento<sup>19</sup>.

La falta de conocimiento respecto a que esperar de los efectos adversos y el tiempo en que se obtendrá respuesta del tratamiento farmacológico influye negativamente en la adherencia al tratamiento<sup>22</sup>.

Mendez<sup>27</sup> y Ljungdahl<sup>28</sup> menciona que el factor más importante que contribuye a la falta de adherencia es la poca consciencia de la enfermedad. El déficit cognitivo que caracteriza a la mayoría de pacientes con esquizofrenia, como el déficit de atención y



memoria predisponen al olvido y a la dificultad de comprensión de la pauta de administración de los medicamentos<sup>20</sup>.

Respecto al apoyo familiar y social, es frecuente que los familiares experimenten conflictos al enterarse de la enfermedad del paciente, debido a la falta de conocimiento que éstos tienen de la enfermedad<sup>19</sup>, la relación entre los pacientes y sus familiares o cuidadores es potencialmente influyente en la adherencia al tratamiento farmacológico. Bernardo y cols (España 2016) refieren que los pacientes con mayores niveles de integración comunitaria son más adherentes que aquellos pacientes con menores relaciones sociales (73,0 frente al 60,1%)<sup>29</sup>.

En referencia al acceso económico de la medicación, Salinas y cols (México 2012) concluye que el principal factor asociado a la falta de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas son las limitaciones económicas<sup>30</sup>, por su parte Angulo y cols (Piura 2014) reporta que el 40% de pacientes con nivel socioeconómico bajo son no adherentes versus el 20% de pacientes con nivel socioeconómico bajo que son adherentes al tratamiento farmacológico<sup>1</sup>.

Los efectos adversos, el costo, acceso a la medicación, la percepción de falta de eficacia de los medicamentos, creer que ya no necesitan el tratamiento especialmente cuando los síntomas tardan un lapso de tiempo en reaparecer constituyen factores importantes en la no adherencia al tratamiento antipsicótico<sup>22</sup>.

Tipos de medicación, como los antipsicóticos atípicos muestran menor aparición de disquinesia tardía 1% frente al 3% a 5% que se presentan con los antipsicóticos típicos; respecto a los efectos metabólicos atribuidos a los antipsicóticos de segunda generación, se menciona un estudio en pacientes vírgenes a tratamiento, tratados con haloperidol, olanzapina y risperidona, en el cual la ganancia promedio de peso de todos los grupos fue de 10.4 kg a un año de control; en consecuencia los efectos metabólicos de los fármacos típicos usados por tiempo prolongado son similares a los medicamentos atípicos<sup>31</sup>.

En relación al intervalo de administración del medicamento, la literatura señala mayor adherencia en pacientes en tratamiento con risperidona inyectable de larga duración frente a la formulación diaria de antipsicóticos<sup>19</sup>.

Los pacientes esquizofrénicos usualmente consumen otros medicamentos (poli medicación cuantitativa) aparte de los ya definidos para su propia enfermedad, lo que aumenta el porcentaje de incumplimiento terapéutico; por ejemplo, en pacientes con esquizofrenia y uso concomitante de ansiolíticos se reporta que el 49% de pacientes son no adherentes y 24% son adherentes al tratamiento. De igual forma en pacientes con el uso simultáneo de antidepresivos se reporta 67% de incumplimiento terapéutico



y 42% de pacientes que cumplen con el tratamiento farmacológico<sup>26</sup>. Por lo que se describe que la mayor simplicidad del tratamiento en relación a la politerapia se asocia a mayor adherencia al tratamiento farmacológico<sup>7</sup>.

### **2.3 MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

La Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) es una medida ampliamente utilizada en diferentes culturas, basada en la auto información estructurada de la conducta de toma de la medicación. Este instrumento ha sido validado en español por De las Cuevas y Peñate en el año 2015 con una muestra de 967 pacientes psiquiátricos en régimen ambulatorio, cuyos resultados indican que la MMAS-8 es una medida fiable y válida para medir la adherencia a la medicación, y que puede ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos<sup>32</sup>.

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), es un cuestionario desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ayuda a identificar el nivel de riesgo relacionado con el consumo de cada sustancia, la palabra riesgo hace referencia principalmente a problemas de salud mental y físicos, aunque el hábito de consumo riesgoso también puede causar problemas sociales, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo, los estudios y la economía. ASSIST ha sido validado en población adulta entre 18 y 60 años de edad y ha demostrado ser culturalmente neutral; puede ser aplicada en atención primaria de salud, atención médica general y otros entornos<sup>33</sup>.

La Escala de valoración de la no consciencia de trastorno mental SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), fue diseñada por Amador y cols en 1993, quienes también demostraron que esta escala tiene buena confiabilidad y validez, en una muestra de 43 pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo<sup>34</sup>. Por su parte Ruiz y cols demostraron que la versión en español de la escala de SUMD es conceptualmente equivalente y presenta buena fiabilidad y validez similares a la original<sup>35</sup>.

El test de valoración del apoyo social funcional (cuestionario DUKE-UNC-11), diseñada por Broadhead en 1988 con evidencia de buena confiabilidad y validez, en 2012 Ayala y cols utilizaron este cuestionario en 1106 personas de 60 y más años de edad institucionalizadas en España, en donde nuevamente se validó su fiabilidad y validez similares a la original<sup>36</sup>.



### **III. HIPOTESIS**

La prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico es mayor del 10%, se encuentra asociado a factores como: consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, falta de conciencia de la enfermedad, escaso apoyo familiar y social, limitaciones económicas para la adquisición de los medicamentos, el uso de antipsicóticos típicos de consumo diario, la polimedicación cuantitativa y las reacciones adversas a los antipsicóticos.

### **3.2 OBJETIVOS**

#### **3.2.1 GENERAL**

Determinar la prevalencia de pacientes esquizofrénicos no adherentes al tratamiento farmacológico y sus factores asociados, del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el periodo 2015-2016.

#### **3.2.2 ESPECIFICOS**

Caracterizar y determinar la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico.

Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia.

Determinar el grado de relación entre los factores de riesgo y la no adherencia al tratamiento farmacológico.



## **IV. DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Este trabajo de investigación fue un estudio transversal sobre la caracterización, prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con esquizofrenia del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho”

### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” ubicado en el sector Emiliano Crespo Toral 1-83 E/ 10 de agosto y Pasaje El Paraíso de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay.

### **4.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

Universo: Formaron parte del universo todos los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, atendidos en el Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el servicio de consulta externa en el periodo 2015 - 2016.

Muestra: Para obtener el número de la muestra se utilizó el calculador automático del programa EPI INFO, con una población infinita, frecuencia esperada del 10% de acuerdo al porcentaje obtenido en la no adherencia al tratamiento farmacológico que va del 10%-77%, error 5% e IC del 95%; se obtuvo un total de 138 pacientes, los cuales fueron elegidos al azar del total de pacientes atendidos por consulta externa; en este estudio no se planteó la corrección de la muestra por posibles pérdidas debido a que se propuso llamar a todos los pacientes que contaban con números de teléfono registrados en la historia clínica.

### **4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-5.
- Que fueron atendidos durante el periodo 2015-2016.
- Con tratamiento antipsicótico ambulatorio de por lo menos un año.
- Edad entre 18 y 65 años.

#### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes que no se logró contactar a través de llamadas telefónicas.
- Pacientes que proporcionaron información incompleta o incoherente.



- Pacientes o familiares que se negaron a colaborar con la entrevista.

#### 4.5 VARIABLES

##### **Variable dependiente**

No adherencia al tratamiento farmacológico.

##### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Edad, sexo, estado civil.
- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
- Conciencia de la enfermedad y la medicación.
- Apoyo familiar y social
- Tipo de Medicamentos formulados: típicos (haloperidol, levomepromazina, clopromazina), atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina y aripiprazol)
- Intervalo de administración: diaria (vía oral), semanal (parenteral, depot).
- Poli medicación cuantitativa.
- Efectos adversos de la medicación: mareo, temblor, rigidez, estreñimiento, visión borrosa, problemas sexuales, otros efectos.

#### 4.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Anexo 1.

#### 4.7 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

**Método:** Observacional

**Técnica:** Las encuestas fueron aplicadas a pacientes que se encontraban dispuestos a colaborar, y en el caso de no ser posible, se aplicó a familiares cercanos con los que hayan acudido a las consultas médicas, de preferencia fueron aplicadas en la mañana con el fin de no afectar en las actividades diarias de los mismos, las encuestas se realizaron por vía telefónica, esta información se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes, la duración de la encuesta fue aproximadamente de 45 minutos por paciente, cada pregunta con una duración de 3 minutos aproximadamente, encontrándose dificultad de comprensión por parte del paciente o familiar en las preguntas 3 debido a que no eran capaces de definir cuando cursaba con delirios, asociabilidad o la conciencia de poseer una enfermedad y en la pregunta 9 porque no podían diferenciar si los efectos secundarios eran generados por la medicación para la esquizofrenia o por la mediación para otras patologías con las que cursaba el paciente, en estas preguntas



se les tuvo que explicar de una manera más sencilla hasta llegar a la comprensión de la misma.

**Instrumentos:** para la recolección de datos se usó: la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8), la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), la Escala de valoración de la no consciencia de trastorno mental SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) y el test de valoración del apoyo social funcional (cuestionario DUKE-UNC-11). (Anexo 2)

#### 4.8 PROCEDIMIENTO

**Autorización:** una vez aprobado el protocolo por el Consejo directivo de la Universidad de Cuenca, se solicitó la autorización respectiva por parte del Dr Saúl Pacurucu director del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” para recolectar la información pertinente respecto a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

**Capacitación:** previo al inicio de este trabajo de investigación se revisó bibliografías en libros de psiquiatría, artículos científicos, tesis realizadas anteriormente relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, investigaciones actualizadas publicadas en páginas indexadas de medicina de los últimos 5 años como: Pubmed, Cochrane, scielo, fisterra.

**Supervisión:** este proyecto de investigación fue dirigido por la Doctora Vilma Bojorque y asesorado por el Doctor Ismael Morocho

#### 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

En tabulación de datos se utilizó Microsoft Excel 2010 y software SPSS 15, la presentación de los datos fue por tablas, para estimar la asociación de las variables se obtuvo ODDS RATIO, Frecuencias, Porcentajes, Chi Cuadrado, con su IC 95% considerando la significancia estadística con un valor p menor 0,05, el nivel estadístico es bivariante.

#### 4.9 NORMAS ETICAS.

El consentimiento informado fue firmado al momento que el paciente se encontraba en consulta externa donde solo 70 de los 81 paciente contactados firmaron, los 11 restantes pacientes se realizó un consentimiento verbal, en los dos tipos de consentimiento informados que se realizaron en este estudio se explicó los objetivos del estudio y el procedimiento de recolección de la información a cada paciente o su familiar, informando que no existiría riesgo alguno para su persona, garantizando la confidencialidad de la





información, de acuerdo a la información contenida en la hoja de consentimiento informado. (Anexo 3).



**V. RESULTADOS.**

La muestra para este proyecto de investigación fue de 138 pacientes de los cuales el grupo de estudio lo conformaron 81 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, esta pérdida significativa fue debido a que no se contaba con la actualización de los números celulares/telefónicos de estos pacientes atendidos en consulta externa en el Centro de reposo y adicciones Humberto Ugalde Camacho durante el periodo 2015-2016.

**TABLA Nº1 FRECUENCIA DE EDAD DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS ADHERENTES Y NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Edad	Nivel de adherencia				P	Total	
	No adherente		Adherente			N	%
	N	%	N	%			
22-27	8	88,90%	1	11,10%	0,53	9	100,00%
28-33	10	90,90%	1	9,10%		11	100,00%
34-39	9	75,00%	3	25,00%		12	100,00%
40-45	13	100,00%	0	0,00%		13	100,00%
46-51	12	85,70%	2	14,30%		14	100,00%
52-57	13	86,70%	2	13,30%		15	100,00%
Total	72	88,90%	9	11,10%		81	100,00%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, se observó que 15 tenían una edad entre 52 y 57 años, de los cuales el 86,7% (n = 13) fueron no adherentes al tratamiento; 14 pacientes tenían una edad entre 46 y 51 años, de quienes el 85,7% (n=12) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico.

**TABLA Nº2. FRECUENCIA DE GENERO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS ADHERENTES Y NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**



Genero	Nivel de adherencia				P	Total	
	No adherente		Adherente				
	N	%	N	%		N	%
Masculino	59	90,8%	6	9,2%	0,51	65	100,0%
Femenino	13	81,3%	3	18,8%		16	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%		81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

Del total de pacientes estudiados (n =81), 65 fueron de género masculino, 16 de género femenino. De los pacientes masculinos el 90,8% (n =59) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de las pacientes de género femenino el 81,3% (n = 13) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. Valor p de 0,51.

**TABLA N°3. FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS ADHERENTES Y NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Estado civil	Nivel de adherencia				P	Total	
	No adherente		Adherente				
	N	%	N	%		N	%
Unión libre	1	100,0%	0	0,0%	0,71	1	100,0%
Casado	6	75,0%	2	25,0%		8	100,0%
Soltero	56	90,3%	6	9,7%		62	100,0%
Divorciado	8	88,9%	1	11,1%		9	100,0%
Viudo	1	100,0%	0	0,0%		1	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%		81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 62 pacientes fueron solteros, 9 pacientes divorciados, 8 casados. De los pacientes solteros el 90.3% (n = 56) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes divorciados el 88,9% (n = 8) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes casados el 75% (n = 6) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico.



**TABLA Nº4. FRECUENCIA DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016**

	N	%
No adherente	72	88,9
Adherente	9	11,1
Total	81	100

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes encuestados el 88.9% presentó no adherencia al tratamiento farmacológico y el 11.1% presentó adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto, la prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico fue de 88%.

**TABLA Nº5. RELACION ENTRE CONSUMO DE TABACO CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Tabaco	Nivel de adherencia				P	OR	Total	
	No adherente		Adherente			IC 95%		
	N	%	N	%		N	%	
Consume tabaco	36	94,7%	2	5,3%	0,11	3,5 (0,68-18,0)	38	100,0%
No consume tabaco	36	83,7%	7	16,3%			43	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 38 consumen tabaco y 43 no consume. De los pacientes que consumen tabaco, el 94.7% (n = 36) fueron no adherentes; de los pacientes que no consumen tabaco el 83,7% fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; no hubo asociación estadística, valor de *p* fue 0.11. OR de 3,5 (IC 95% 0,68 – 18,0)

**TABLA Nº6. RELACION ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON**



**ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Alcohol	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
Consume	34	94,4%	2	5,6%	0,155	3,13 (0,60 - 16,3)	36	100,0%
No consume	38	84,4%	7	15,6%			45	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 36 consumen alcohol y 45 no consume. De los pacientes que consumen alcohol el 94.4% (N:34) fueron no adherentes; de los pacientes que no consumen alcohol el 84,4% fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; no hubo asociación estadística, valor de *p* fue 0.155. OR de 3,13 (IC 95% 0,60 - 16,3)

**TABLA Nº7. RELACION ENTRE CONSUMO DE CANNABIS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Cannabis	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
Consume	5	100,0%	0	0,0%	0,41	0	5	100,0%
No consume	67	88,2%	9	11,8%			76	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 5 consumían cannabis y 76 no consumía. De los pacientes que consumían cannabis el 100% (N:5) fueron no adherentes; de los pacientes que no consumen cannabis el 88,2% fueron no adherentes al



tratamiento farmacológico; no hubo asociación estadística, valor de  $p$  fue 0.41. OR de 0.

**TABLA Nº8. RELACION ENTRE CONSUMO DE COCAINA CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Cocaína	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
Consume	2	100,0%	0	0,0%	0,613	0.0	2	100,0%
No consume	70	88,6%	9	11,4%			79	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 2 consumían cocaína y 79 no consumía. De los pacientes que consumían cocaína el 100% (N:2) fueron no adherentes; de los pacientes que no consumen cocaína el 88,6% (70) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; no hubo asociación estadística, valor de  $p$  fue 0.613. OR de 0.

**TABLA Nº9. RELACION ENTRE CONSUMO DE ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMINAS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Estimulantes de tipo anfetaminas	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
No consume	72	88,9%	9	11,1%	0.0	0.0	81	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

El 100% de pacientes no consumía estimulantes de tipo anfetaminas; valor de  $p$  fue 0. OR de 0.



**TABLA Nº10. RELACION ENTRE CONSUMO DE INHALANTES CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Inhalantes	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
No consume	72	88,9%	9	11,1%	0.0	0.0	81	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

El 100% de pacientes no consumía inhalantes; valor de  $p$  0. OR de 0.

**TABLA Nº11. RELACION ENTRE CONSUMO DE SEDANTES O PASTILLAS PARA DORMIR CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Sedantes o pastillas para dormir	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
Consume	5	100,0%	0	0,0%	0,414	1,134 (1,04-1,23)	5	100,0%
No consume	67	88,2%	9	11,8%			76	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 5 consumían sedantes o pastillas para dormir y 76 no consumía. De los pacientes que consumían sedantes o pastillas para dormir el 100% (N:5) fueron no adherentes; de los pacientes que no consumían sedantes o pastillas para dormir el 88,2% (67) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; no hubo asociación estadística, valor de  $p$  fue 0.414. El consumo de sedantes o pastillas para dormir fue un factor de riesgo para presentar no adherencia al tratamiento farmacológico, OR de 1,134 (IC 95% 1,04-1,23).



**TABLA Nº12. RELACION ENTRE CONSUMO DE ALUCINOGENOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Alucinógenos	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
Consume	1	100,0%	0	0,0%	0,72	1,12 (1,04 - 1,21)	1	100,0%
No consume	71	88,8%	9	11,3%			80	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 1 consumía alucinógenos y 80 no consumía. El paciente que consumía alucinógenos fue no adherente; de los pacientes que no consumían alucinógenos el 88,9% (72) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. Valor p de 0,72 no indica asociación estadística, sin embargo el consumo de alucinógenos fue un factor de riesgo para presentar no adherencia al tratamiento farmacológico, OR de 1,12 (IC 95% 1,04 - 1,21).

**TABLA Nº13. RELACION ENTRE CONSUMO DE OPIACEOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Opiáceos	No adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
No consume opiáceos	72	88,9%	9	11,1%	0.0	0.0	81	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

El 100% de pacientes no consumía opiáceos; valor de  $p$  0. OR de 0.





**TABLA Nº14. RELACION ENTRE CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Otras sustancias	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
No consume	72	88,9%	9	11,1%	0.0	0.0	81	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

El 100% de pacientes no consumía otras sustancias psicoactivas; valor de  $p$  0. OR de 0.

**TABLA Nº15. RELACION ENTRE CONSCIENCIA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD Y LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Consciencia global de la enfermedad	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
No consciencia	51	96,2%	2	3,8%	0,004	8,5 (1,63-44,33)	53	100,0%
Consciencia	21	75,0%	7	25,0%			28	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 53 no presentó consciencia global de la enfermedad y 28 no presentó consciencia. De los pacientes que no presentaron consciencia global de la enfermedad el 96,2% (51) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que presentaron consciencia global de la enfermedad el 75% (21) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. Se observó asociación estadística valor  $p$  de 0,004. La no consciencia global de la enfermedad fue un factor de riesgo para presentar no adherencia al tratamiento farmacológico, OR de 8,5 (IC 95% 1,63-44,33).



**TABLA Nº16. RELACION ENTRE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Apoyo familiar y social	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%			N	%
Escaso apoyo	5	100,0%	0	0,0%	0,41	1,134 (1,045-1,23)	5	100,0%
Apoyo normal	67	88,2%	9	11,8%			76	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 5 presentó escaso apoyo familiar y social, 76 pacientes presentaron apoyo familiar y social normal. De los pacientes con escaso apoyo familiar y social el 100% (5) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que presentaron apoyo familiar y social normal 88,2% (67) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. No se observó asociación estadística, valor p de 0,41; sin embargo, el escaso apoyo familiar y social fue un factor de riesgo para presentar no adherencia al tratamiento farmacológico, OR de 1,134 (1,045-1,23).

**TABLA Nº17. RELACION ENTRE LIMITACIONES ECONÓMICAS PARA ADQUIRIR LA MEDICACIÓN Y LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Limitaciones económicas	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%			N	%
Si	57	91,9%	5	8,1%	0,115	3,04 (0,72-12,73)	62	100,0%
No	15	78,9%	4	21,1%			19	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%



Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 62 pacientes presentaron limitaciones económicas para adquirir la medicación, 19 pacientes no presentaron limitaciones económicas. De los pacientes con limitaciones económicas para adquirir la medicación el 91,9% (57) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que no presentaron limitaciones económicas para adquirir la medicación el 78,9% (15) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. No se observó asociación estadística, valor p de 0,115; OR de 3,04 (IC 95% 0,72-12,73)

**TABLA Nº18. RELACION ENTRE USO DE ANTIPSICOTICOS TIPICOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Típico	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%			N	%
Si	37	88,1%	5	11,9%	0,814	0,846 (0,210-3,408)	42	100,0%
No	35	89,7%	4	10,3%			39	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 42 pacientes consumían antipsicóticos típicos, 39 pacientes no consumían antipsicóticos típicos. De los pacientes que consumían antipsicóticos típicos el 88,1% (37) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que no consumían antipsicóticos típicos el 89,7% (35) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. No se observó asociación estadística, valor p de 0,814; OR de 0,846 (0,210-3,408).

**TABLA Nº18. RELACION ENTRE USO DE ANTIPSICOTICOS ATIPICOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Atípico	Nivel de adherencia		P	OR IC 95%	Total
---------	---------------------	--	---	-----------	-------



	No adherente		Adherente					
	N	%	N	%			N	%
Si	20	95,2%	1	4,8%	0,282	3,07 (0,36-26,20)	21	100,0%
No	52	86,7%	8	13,3%			60	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 21 pacientes consumían antipsicóticos atípicos, 60 pacientes no consumían antipsicóticos atípicos. De los pacientes que consumían antipsicóticos atípicos el 95,2% (20) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que no consumían antipsicóticos atípicos el 86,7% (52) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. No se observó asociación estadística, valor p de 0,282; OR de 3,07 (IC 95%0,36-26,20).

**TABLA N°19. RELACION ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO DIARIAMENTE CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Diario	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
si	47	95,9%	2	4,1%	0,013	6,58 (1,27-34,0)	49	100,0%
No	25	78,1%	7	21,9%			32	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 49 pacientes consumían antipsicóticos de forma diaria, 32 pacientes no consumían antipsicóticos de forma diaria. De los pacientes que consumían antipsicóticos diariamente el 95,9% (47) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que no consumían antipsicóticos diariamente el 78,1% (72) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. Se observó asociación estadísticamente significativa, valor p de 0,013; el consumo de antipsicóticos de forma diaria se consideró un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento farmacológico, OR de 6,58 (IC 95% 1,27-34,0).



**TABLA N°19. RELACION ENTRE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO DE FORMA SEMANAL CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

		Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
		No adherente		Adherente				N	%
		N	%	N	%				
Semana I	Si	14	19,40%	5	55,60%	0,016	0,19 (0,46- 0,81)	19	23,50%
	No	58	80,60%	4	44,40%			62	76,50%
Total		72	100,00%	9	100,00%			81	100,00%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 19 pacientes consumían antipsicóticos de forma semanal, 62 pacientes no consumían antipsicóticos de forma semanal. De los pacientes que consumían antipsicóticos semanalmente el 19,4% (14) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico y el 55,6% (5) fueron adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que no consumían antipsicóticos de forma semanal el 80,6% (58) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. Se observó asociación estadísticamente significativa, valor p de 0,013; el consumo de antipsicóticos de forma diaria se consideró un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento farmacológico, OR de 6,58 (IC 95% 1,27-34,0).

**TABLA N°20. FRECUENCIA DE POLIMEDICACION CUANTITATIVA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Polimedicación	No adherencia				P	Total	
	No adherente		Adherente			N	%
	N	%	N	%			
1	13	81,3%	3	18,8%	0,411	16	100,0%
2	29	93,5%	2	6,5%		31	100,0%



3	23	85,2%	4	14,8%	27	100,0%
4	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%	81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 31 consumían 2 medicamentos, 27 consumían 3 medicamentos. De los pacientes que consumían 2 medicamentos el 93,5% (n=29) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico, de los pacientes que consumían 3 medicamentos el 85,2% (n = 23) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. Entre los medicamentos adicionales a los antipsicóticos fueron: biperideno, ácido valproico, fluoxetina, alprazolam, fenobarbital y oxcarbacepina. El valor de *p* fue de 0,411, no se observó asociación entre el número de medicamentos consumidos y la no adherencia al tratamiento farmacológico.

**TABLA Nº21 RELACION ENTRE LAS REACCIONES ADVERSAS A LOS ANTIPSICOTICOS Y LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016.**

Reacciones Adversas	Nivel de adherencia				P	OR IC 95%	Total	
	No adherente		Adherente				N	%
	N	%	N	%				
Si	51	87,9%	7	12,1%	0,66	0,69 (0,133-3,619)	58	100,0%
No	21	91,3%	2	8,7%			23	100,0%
Total	72	88,9%	9	11,1%			81	100,0%

Fuente: Base de datos.

Elaboración: las autoras.

De los 81 pacientes estudiados, 58 pacientes refirieron presentar reacciones adversas ante el consumo del tratamiento antipsicótico, 23 pacientes refirieron no presentar reacciones adversas; de los pacientes que refirieron presentar reacciones adversas a los antipsicóticos el 87,9% (n = 51) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico; de los pacientes que no refirieron presentar reacciones adversas a los antipsicóticos el 91,3% (n = 21) fueron no adherentes al tratamiento farmacológico. No hubo asociación estadística, valor de *p* 0,66. OR 0,69 (IC 95% 0,133-3,619).



## VI. DISCUSIÓN:

La esquizofrenia es un trastorno crónico, que está distribuida uniformemente a nivel mundial, un adecuado tratamiento de las enfermedades resulta fundamental para un buen estado biopsicosocial de los pacientes, de lo que deriva la importancia a la adherencia al tratamiento farmacológico. Factores como el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, consciencia global de la enfermedad, apoyo familiar y social, litaciones económicas, tipo de medicación, intervalo de administración del medicamento y reacciones adversas a los antipsicóticos fueron estudiadas para confirmar o descartar la relación con la no adherencia al tratamiento farmacológico<sup>20</sup>.

La prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia obtenida en el presente estudio es de 88%, similar a los resultados del estudio realizado por Amezcua y cols en Colombia en el año 2012<sup>16</sup> donde se reporta el 51% de prevalencia de no adherencia al tratamiento, por el contrario Cuellar (Colombia 2010)<sup>15</sup> reporta una prevalencia del 20.33%, esto probablemente se deba a que el tiempo establecido en el estudio de Cuellar fue de un mes desde el inicio de tratamiento, y se ha observado que a medida que el tiempo se hace más prolongado la adherencia va disminuyendo por diferentes factores, nuestro estudio considera un periodo mínimo un año de tratamiento ambulatorio; similar a este último Dassa y cols (Francia 2010)<sup>37</sup> reporta 30% de no adherencia al tratamiento, creemos que la discrepancia con los resultados de este último se debe a que éste posee un sistema de salud gratuito con cobertura para no afiliados, no así en nuestro país donde los factores económicos son una gran limitación para acceder a la medicación, este factor relacionado a la economía es mencionado con frecuencia por los pacientes de este estudio.

En este presente estudio se pudo constatar que existe un mayor predominio de falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de sexo masculino el 90.8%



(N:59), el 90.3% (N:56) solteros, encontrándose relación en un estudio realizado en hospital de Bellevue Mental en Kingston – Jamaica en donde también se observó una mayor frecuencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de sexo masculino 72.9%, el 60% eran solteros<sup>13</sup>.

En este estudio se observó que existe una mayor prevalencia de falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes entre los 40 a 45 años encontrándose relación con un estudio realizado en Colombia en donde existe una mayor prevalencia de pacientes de 45 años (35.2)<sup>16</sup>.

En un estudio colombiano realizado por Amezquita y cols reportan asociación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana y la pobre adherencia al tratamiento farmacológico ( $p=0.005$ )<sup>16</sup>, por su parte Angulo y cols (Perú 2014)<sup>26</sup> también reportan asociación estadística con el uso de antipsicóticos (0.01); por el contrario en el presente estudio no encontramos asociación estadística entre el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas con la no adherencia al tratamiento farmacológico, similar a la conclusión del estudio de casos de Higashi y cols<sup>38</sup> en el año 2013. A pesar de no encontrar asociación recalamos que el 33,30% de los pacientes no adherentes al tratamiento presentan un riesgo moderado para el consumo de tabaco, y el 15,30% presenta un riesgo bajo para esta misma sustancia; el 27,80% presenta un riesgo moderado para el consumo de bebidas alcohólicas, el 15,30% riesgo bajo y el 4,20% riesgo alto para esta misma sustancia. Cannabis 6.9% en riesgo moderado. Estas son las sustancias reportadas con mayor frecuencia y que se debería considerar su intervención (anexo 5).

La falta de consciencia de la enfermedad tiene una relación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico tanto en los resultados del presente estudio (OR 8,5 IC 95% 1,63-44,33), como en los reportados por Paucar, Perú 2010 ( $p=0,042$ )<sup>17</sup> y el estudio francés de Dassa y cols en el año 2010 (OR = 3,23, IC del 95% 1,05-9,89)<sup>37</sup>.

Afortunadamente el 93.1% (n=67) de los pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico reciben un apoyo familiar y social normal, y solo el 6,9% (n=5) de los pacientes no adherentes reciben un escaso apoyo por parte de sus familiares y amigos; estos resultados influyen a la ausencia de asociación entre el escaso apoyo familiar y social con la no adherencia al tratamiento farmacológico; a diferencia de los resultados de Cuellar (Colombia 2010)<sup>15</sup>, donde 58.33% de los pacientes no adherentes presentan escaso apoyo familiar y 41.66% indican apoyo normal.





Contrario a los resultados de Amezcua y cols (Colombia 2012)<sup>16</sup>, Angulo y cols (Perú 2014) quienes reportan asociación estadística entre la condición socioeconómica baja y la no adherencia al tratamiento farmacológico ( $p=0.04$  –  $p=0.05$  respectivamente), en nuestro estudio no encontramos asociación estadística entre la limitación económica para adquirir a la medicación y la no adherencia al tratamiento farmacológico. Al encontrar que la mayoría de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico (79.2% vs 20.8%) manifiesta no poder comprar su medicamento a tiempo para cumplir con su prescripción médica, consideramos que en futuras investigaciones se debe valorar más minuciosamente este aspecto en relación a su influencia con la no adherencia al tratamiento farmacológico.

En el presente estudio no se encuentra asociación estadística entre el tipo de medicamento sea típico, atípico o en combinación entre típicos y atípicos con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico; sin embargo podemos mencionar un 88,10% de no adherencia en pacientes que consumen medicamentos típicos, y un 92,50% de no adherencia en pacientes que consumen antipsicóticos atípicos, siendo los medicamentos antipsicóticos atípicos los más consumidos por los pacientes no adherentes, por el contrario Gutiérrez y cols, (Colombia 2009)<sup>39</sup> reporta un 89% de no adherencia en pacientes con tratamiento con base de antipsicóticos típicos y un 50% de no adherencia en pacientes con tratamiento a base antipsicóticos atípicos.

Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el consumo diario vía oral de los antipsicóticos, con la no adherencia al tratamiento farmacológico, siendo 6,58 (IC 95% 1,27-34,07;  $p$  0,013) a veces más probables que un paciente que consume medicamentos diariamente sea no adherente al tratamiento farmacológico que un paciente que no lleva un tratamiento de forma diaria. Por su parte el tratamiento depot parenteral administrada cada 15 a 30 días no se relaciona con la no adherencia al tratamiento farmacológico, en concordancia Leucht (2011)<sup>19</sup> reporta un promedio de 33,2% de abandono de tratamiento con antipsicóticos orales versus 21,5% con antipsicóticos inyectables de liberación prolongada. El Consenso Clínico Español de adherencia al tratamiento en esquizofrenia (Brasil 2007)<sup>40</sup> concluye que el tratamiento con fármacos antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración obtienen el mayor grado de adherencia terapéutica.

Dentro del tratamiento de la esquizofrenia se suele utilizar otros medicamentos como: anticolinérgicos, antidepresivos y ansiolíticos, llevando al consumo de más de un medicamento diariamente. En nuestro estudio no encontramos pacientes con polimedición cuantitativa, sin embargo, la mayoría de pacientes con diagnóstico de



esquizofrenia no adherentes al tratamiento consume más de un medicamento, así el 40,3% (n=29), 31% (n=23) y 9%( n=7), consume 2, 3 y 4 medicamentos respectivamente; resultado similar al estudio de Arilla y cols el año 2010 en España, donde el uso de 2 o más antipsicóticos al ingreso fue de 44%, incrementándose en el momento del alta hasta un 51%<sup>40</sup>. El uso concomitante de los medicamentos antes mencionados es necesario para contrarrestar los efectos adversos de los antipsicóticos, sin embargo, estos deben ser analizados minuciosamente en el número y tipo de medicamentos usados, para de esta manera simplificar el tratamiento y facilitar el hecho de recordar las tomas del medicamento.

En nuestro estudio no encontramos asociación estadística entre las reacciones adversas presentadas por el consumo de antipsicóticos con la no adherencia al tratamiento farmacológico, pero se determina que dentro de los efectos adversos reportados con mayor frecuencia por los pacientes no adherentes al tratamiento se encuentran: temblor 26,83%, rigidez 23,17%, otras reacciones adversas como cefalea, diarreas, aumento de peso, astenia y somnolencia 15,85%, estreñimiento 12% (Anexo 5. Tabla de frecuencias), similar a los resultados encontrados en el estudio de Amezquita y cols Colombia 2012 donde se reporta los temblores 22.8% como el efecto adverso más frecuente, seguido de visión borrosa 19%, estreñimiento 18% y rigidez 11.4%<sup>16</sup>.

#### Limitaciones:

- Debido a que la recolección de datos de nuestro trabajo de investigación se desarrolló mediante llamadas telefónicas, no logramos contactar con todos los pacientes, se contactó con 81 de la muestra de 138.
- Falta de actualización de datos sobre todo de los números de teléfono de los pacientes del Centro de Reposo y Adicciones Humberto Ugalde Camacho.
- Debido a que la encuesta se realizó por llamadas telefónicas y no directamente con los pacientes hay que tomar en cuenta la veracidad de las respuestas.
- La escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems (MMAS- 8) proporciona resultados como: adherente alto, medio o bajo, los cuales al momento de tabular los transformamos a respuestas dicotómicas, tomando adherencia alta como adherentes; adherencia media y adherencia baja como no adherentes.
- La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias OMS - ASSIST V3.0 proporciona resultados como: riesgo alto, riesgo moderado y riesgo bajo a todos los pacientes que consumen alcohol o sustancias psicotrópicas,



dichos datos al momento de tabular los interpretamos como pacientes que consumen, mientras que los pacientes que refirieron no consumir tales sustancias los tomamos como no consumidores.

- No encontramos estudios similares en nuestro país para realizar la comparación de los resultados.

## VII. CONCLUSIONES:

- La prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tratados por consulta externa en el Centro de Reposo y Adicciones Humberto Ugalde Camacho en el periodo 2015-2016 es del 88%. donde hubo mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino, solteros y aquellos que se encontraban entre los 40 a 45 años de edad.
- El consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos u otras sustancias psicoactivas durante los últimos 3 meses, no se encuentran asociadas a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; lo que indica la aceptación de la hipótesis nula. Sin embargo, se evidencia un porcentaje significativo de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico en riesgo moderado para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Riesgo bajo para el consumo de tabaco y alcohol; y un pequeño porcentaje en riesgo alto para el consumo de alcohol.
- La falta de consciencia de poseer un desorden mental como, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia, así como la falta de atribución de tales síntomas a la enfermedad, falta de conocimiento de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales del desorden mental se encuentran asociadas con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en este caso se acepta la hipótesis alterna.
- El escaso apoyo familiar y social percibido como menor recepción de visitas de amigos y familiares que las que el paciente desearía, así como menor ayuda en asuntos relacionados con la casa, recibir menos elogios y reconocimiento que los deseados cuando hacen bien su trabajo, no contar con personas que se preocupan por lo que les sucede, recibir menos amor y afecto que el deseado, así como menor posibilidad de hablar con alguien acerca de sus problemas personales, familiares y económicos en el trabajo y en la casa, recibir menos



invitaciones para distraerse y salir con otras personas que las que desearían, recibir menos consejos cuando ocurre algún acontecimiento importante en sus vidas y recibir menos ayuda cuando se encuentran enfermos en cama; no se encuentra asociado con la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentran en tratamiento ambulatorio, en tal caso se acepta la hipótesis nula.

- Aunque muchos de los familiares o pacientes manifiestan no poder comprar los medicamentos a tiempo, se concluye que la limitación económica no influye en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, se acepta la hipótesis nula.
- Se rechaza la hipótesis de que el consumo de antipsicóticos típicos como haloperidol y levomepromazina se encuentran asociadas a la no adherencia al tratamiento farmacológico; de igual forma el consumo de antipsicóticos atípicos como clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol no se encuentran asociadas a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.
- Se acepta la hipótesis alterna, donde se planteó que el consumo diario de antipsicóticos por vía oral se asocia a la no adherencia al tratamiento farmacológico; al mismo tiempo no se encuentra asociación entre la no adherencia al tratamiento farmacológico y el tratamiento depot, por lo que concluimos que los pacientes que llevan un tratamiento de depósito cada 15 a 30 días son más adherentes al tratamiento farmacológico que los pacientes que llevan un tratamiento de forma diaria.
- No se encuentra pacientes con polimedicación cuantitativa, por lo que no se acepta o se rechaza la hipótesis alterna, referida a la relación entre el uso de 5 o más medicamentos al día con la falta de adherencia al tratamiento farmacológica.
- Las reacciones adversas referentes al uso de los antipsicóticos como mareos, temblor, rigidez, estreñimiento, visión borrosa u otras reacciones como cefalea, diarrea, aumento de peso, astenia y somnolencia no se encuentran asociadas con la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia, por lo que nuevamente aceptamos la hipótesis nula.



## VIII. RECOMENDACIONES

El alto nivel de prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia tratados ambulatoriamente, motiva a buscar estrategias para mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, y por consiguiente la calidad de vida de estos pacientes y la de sus familiares. Debido a la variabilidad de la clínica y la evolución de la enfermedad, se debe procurar un tratamiento individualizado de los pacientes tomando en cuenta no solo la sintomatología actual, sino también el entorno familiar, la capacidad económica, el uso de otras sustancias como alcohol, sustancias psicoactivas, u otros medicamentos para tratamiento de enfermedades concomitantes, así como las experiencias previas del paciente respecto a los efectos adversos frente a la medicación.

- Independientemente de la de relación entre el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, se debería evaluar a cada paciente el nivel de riesgo de sufrir consecuencias negativas relacionadas al consumo de cada sustancia; consecuentemente intervenir ya sea informando acerca de sus puntuaciones, felicitando y alentando a los pacientes abstemios a seguir.
- Suministrar tanto al paciente como a la familia la información específica acerca de la esquizofrenia, y entrenar en técnicas para enfrentar las dificultades que proceden del trastorno.
- Tratar de estimular y reactivar las habilidades perceptuales, motoras e interpersonales consideradas importantes para alcanzar una adaptación en la comunidad, impidiendo la desvinculación social de la persona y manteniendo los diferentes roles sociales que el paciente mantenía antes del debut de la enfermedad.
- La *Rehabilitación Cognitiva* permite lograr que la persona sea más funcional; mediante la identificación de sentimientos, pensamientos y conductas que generan estrés en el paciente, buscar formas alternativas de pensamiento y de actuar, ayudado a afrontar y reducir el nivel de estrés. En relación con la *terapia psicodinámica* que ayuda al paciente a reconocer sus fortalezas, lo cual es un factor importante para que colaboren en su tratamiento.
- Al no encontrar relación entre la limitación económica y la no adherencia a la medicación, al mismo tiempo encontrar que un porcentaje significativo de pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico manifiesta no poder



comprar su medicamento a tiempo, consideramos importante que en futuras investigaciones se debe valorar más minuciosamente este aspecto en relación a su influencia con la no adherencia al tratamiento farmacológico.

- la terapia farmacológica resulta fundamental a la hora de controlar la sintomatología, por lo que recomendamos la prescripción de estos medicamentos de manera individual para cada paciente.
- Se recomienda la administración en forma de depósito, porque se ha observado una mejor adherencia que aquellos pacientes que toman su medicación a diario.
- A pesar de la ausencia de polimedicación, creemos importante que con todo paciente se debe realizar una revisión crítica de la prescripción médica, con el objetivo de optimizar el efecto de la medicación, minimizar el número de problemas asociados a ésta y reducir el gasto en la compra de tales medicamentos.
- A pesar de no encontrar asociación estadística de los efectos adversos con la falta de adherencia a la medicación antipsicótica, y al estar todos estos síntomas presentes en los pacientes, recomendamos la constante evaluación de estos síntomas, así como su manejo sintomático, para tratar de mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente.



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Arroyo, A. Cabezas, R. Muñoz, P. Sotomayor, P. Abordaje psicosocial de la esquizofrenia. uide, (internet); 1ra ed. Quito. 2015. (citado en agosto 2016)  
Disponible en:  
<http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/673/1/abordaje%20psicosocial%20de%20la%20esquizofrenia%20ext.pdf>.
2. González, J. Rodríguez, M. Psicología de la esquizofrenia. UNC. (internet) España–Córdoba. 2014. (citado en agosto 2016); Disponible en:  
<http://www.fundacionrecuperar.org/tesis/tesis3.pdf>.
3. García, J. Ramos, M. Cabrera, M. Esquizofrenia a través del tiempo. Colombia. 2015. (citado agosto 2016) ;Disponible en:  
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21800/antecedentes.pdf>.
4. González J, Cuixart I, Manteca H. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Revista enfermería global (internet). Barcelona 2010. (citado agosto 2016); Disponible en: <file:///c:/users/user/desktop/475-2105-2-pb.pdf>.
5. García M, Granada M, Sales M, Fornés A, Rodríguez J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: consenso de enfermería en salud mental. Actas psiquiátricas.(internet) España 2012. (citado agosto 2016); Disponible en:  
<http://actapsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/esp/11-esp-832226.pdf>.
6. Amezquita, L. Barrera, A. Vargas, T. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en tratamiento antipsicótico en pacientes adultos con esquizofrenia. Universidad del rosario(internet). Bogotá-Colombia. 2012.(citado agosto 2016)  
Disponible en:  
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3005/53123465-2012.pdf>.
7. Acosta, F. Hernández, J. Pereira, J. La Adherencia en la Esquizofrenia y otras psicosis. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria. 9 (1): 29-46. España 2009. Disponible en:  
<http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf#page=29>. Acceso en agosto de 2016.
8. Kane J, Kishimoto T, Correl C; Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies; World Psychiatry [Internet]. 2013, octubre [citados 21 noviembre



- 2017]; pp.216–226. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799245/>.
9. Carniglia, C. Minoletti, A. Adherencia al tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia en establecimientos del sistema público de salud, UNC (internet). Chile. 2015.(citado en agosto 2016) Disponible en: [http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/380/tesis\\_%20claudia%20carniglia.pdf?sequence=1&isallowed=ymira](http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/380/tesis_%20claudia%20carniglia.pdf?sequence=1&isallowed=ymira).
  10. Moreno, H. Londoño, F. Joaquín, J. Solves, M. Análisis coste-efectividad en el tratamiento de la psicosis en Colombia: modelos de intervención desde la psiquiatría biológica a la psicología psico-dinámica (internet). UMH. Colombia. 2013.(citado en agosto 2016) Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1753/1/td%20herman%20alonso%20moreno%20londo%c3%b1o.pdf>.
  11. Arilla, J; Fernández, M; Viñuales, E; Lozano, I. Politerapia antipsicótica en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Rev Psiquiatr Salud Ment (internet). 3 (3): 90-6. España 2010. (citado septiembre 2017) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-politerapia-antipsicotica-una-unidad-hospitalizacion-S1888989110000078>.
  12. Higashi, K; Medic, G; Littlewood, K; Diez, T; Granstom, O. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Ther Adv Psychopharmacol (internet). 3(4): 200–218. 2013. (citado en septiembre 2017) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805432/>.
  13. Murray, A; Bourne, P; Warren, S; Medication compliance among mentally ill patients in public clinics in Kingston: Biomedical Science and Engineering (internet), 2010, 3, 602-611: (25 de November 2017) Disponible: [https://file.scirp.org/pdf/JBiSE20100600006\\_55135119.pdf](https://file.scirp.org/pdf/JBiSE20100600006_55135119.pdf).
  14. Girma S, Abdisa E, Fikadu T; Prevalence of Antipsychotic Drug Non Adherence and Associated Factors Among Patients with Schizophrenia Attending at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Institutional Based Cross Sectional Study; Health Science Journal (internet); 12 August 2017; (citado 28 noviembre 2017); Vol. 11 No. 4: 521; disponible en: <http://www.hsj.gr/medicine/prevalence-of-antipsychotic-drug-non-adherence-and-associated-factors-among-patients-with-schizophrenia-attending-at-amanuel-menta.php?aid=20133>.





15. Gutiérrez A, Vanegas M, Salaza L; Factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva entre enero y junio del 2008 (internet). 1 (2). 2009. (citado en agosto 2017) Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/43/60>.
16. Amezcua L, Barrera A, Vargas T. Prevalencia y Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia (internet). Bogotá Colombia 2012. (citado agosto 2016) Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3005/53123465-2012.pdf?sequence=1>.
17. Cuéllar, S. Predictores de la no adherencia al tratamiento farmacológico en el primer episodio psicótico en pacientes del Hospital nacional psiquiátrico (internet) junio - agosto del 2010. (citado agosto 2017) Disponible en: [http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=105&Itemid=133](http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=133).
18. Esquizofrenia. Organización Mundial de la Salud (internet). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>. Acceso en agosto de 2016
19. Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de personas con esquizofrenia. Salud mental (internet). 37 (1). (citado en agosto 2016.); México 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37s1/v37s1a1.pdf>.
20. Montaña, L. Nieto, T. Mayorga, N. Esquizofrenia y tratamientos psicopatológicos: una revisión teórica. Revista Vanguardia Psicológica (internet). 4(1): 86-107. Bogotá Colombia 2013. (citado en agosto 2016). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815165.pdf>.
21. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Información Farmacoterapéutica de la Comarca (internet). Infac. 19 (1): 1-6. Vitoria España 2011 (citado en agosto de 2016) Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf).
22. Kane, J. Kishimoto, T. Correll, C. Falta de adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de tratamiento. Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría (WPA) (internet). 11(3): 215-225. Italia 2013. (citado noviembre 2017) Disponible en:



- <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/World-Psychiatry-Spanish-Edition-2013-3.pdf#page=4>.
23. De las Cuevas, C. Sanz, E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* (internet). 7 (1): 25-30. España 2016. (citado diciembre 2017)  
 Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>.
  24. Amezquita L, Barrera A, Vargas T. Prevalencia y Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia (internet). Bogotá Colombia 2012. (citado agosto 2016)  
 Disponible en:  
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3005/53123465-2012.pdf?sequence=1>.
  25. Higashi k, Medic G, Littlewood K, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol* [internet]. 2013. Aug [Citado el 27 de noviembre de 2017]; 3(4): 200–218.  
 Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805432/>.
  26. Angulo C, Alessandro A. Factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. 2014. Disponible en:  
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/525>. Acceso en septiembre 2016.
  27. Méndez O, Fallas K. Factores individuales, familiares y profesionales que inciden en la falta de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia (internet). Costa Rica 2008.(citado septiembre 2016) Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis21.pdf>.
  28. Ljungdalh. Non-adherence to pharmacological treatment in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders – An updated systematic literature review. Elsevier [internet] 2017. Oct. [Citado el 27 de noviembre de 2017]. 31(4): PP. 172 – 186. Disponible desde:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213616317300204>
  29. Bernardo M, Cañas F, Herrera B, García M. La adherencia predice la remisión sintomática y psicosocial en esquizofrenia: estudio naturalístico de la integración de los pacientes en la comunidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. España 2016 (internet). (citado septiembre 2016) Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989116300167>.



30. Salinas E, Nava M. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol* (internet). 11 (2): 102-104. México 2012. (acceso mayo 2017) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>.
31. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia(internet) 2013. (citado agosto 2016). Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_U\\_NODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_U_NODC.pdf).
32. De las Cuevas, C. Peñate, W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (internet). 15 (2): 121-129. España 2015. (citado febrero 2017). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33738719005.pdf>.
33. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud (internet). 2011.(citado febrero 2017). Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf).
34. Amador X, Strauss D, Yale S, Flaum M, Endicott J, Gorman J. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* (internet). 1993. 150 (6): 873-9. (citado febrero 2017). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8494061>.
35. Ruiz A, Pousa E, Duño R, Crosas JM, Cuppa S, Garcia C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Psiquiatria* (internet). 2008. 36(2):111-119. (citado febrero 2017) Disponible en: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/9/50/ENG/9-50-ENG-111-119-949105.pdf>.
36. Ayala A, Rodríguez C, Frades B, João M, Martínez P, Fernández G, RojoF. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *GacSanit* (internet). 2012. 26(4): 317–324. (citado noviembre 2017). Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v26n4/original3.pdf>
37. Paucar, J. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen essalud 2010 (internet). Lima- Perú. (acceso agosto 2017)Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/233/1/Paucar\\_ja.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/233/1/Paucar_ja.pdf).
38. Dassa, D; Boyer, L; Benoit, M; Bourcet, S; Raymondet, P; Bottai, T. Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from



- schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N Z J Psychiatry* (internet). 44(10): 921-8. Francia 2010(citado seotiembre 2017) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932206>.
39. Roca, M; Cañas, F; Olivares, J; Rodríguez, A; Giner, J. Adherencia al Tratamiento en la Esquizofrenia: Consenso Clínico Español / Treatment Adherence in Schizophrenia. Spanish Clinical Consensus. *Actas Esp Psiquiatr* (internet). 35 (1): 1-6. Brasil 2007.(citado agosto 2017), Disponible en: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-051841>.
40. Arilla, J; Fernández, M; Viñuales, E; Lozano, I. Politerapia antipsicótica en una unidad de hospitalización psiquiátrica. *Rev Psiquiatr Salud Ment* (internet). 3 (3): 90-6. España 2010. (citado septiembre 2017), Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-politerapia-antipsicotica-una-unidad-hospitalizacion-S1888989110000078>.



**X. ANEXOS**

**ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>
No adherencia	“El grado en que el comportamiento de una persona -al tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” <sup>15</sup>	Comportamental	Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems)	Alta adherencia Adherencia media Baja adherencia.
Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.	Personas que ingieren sustancias de Contenido alcohólico <sup>27</sup> Uso de sustancias lícitas e ilícitas, una o más veces en un periodo de tiempo específico <sup>28</sup> .	Psicosocial	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias OMS ASSIST V3.0	Riesgo bajo. Riesgo moderado. Riesgo alto.



Consciencia global de la enfermedad	Capacidad de reconocer que uno tiene un problema o enfermedad, cuáles son los efectos de los medicamentos y las consecuencias sociales que traen la alteración mental <sup>29</sup> .	Psicológico	Test de SUMD	Consciencia No consciencia
Apoyo familiar y social	El grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación <sup>30</sup> .	Social	Cuestionario de Duke-UNC	Apoyo normal Escaso apoyo
Acceso a medicación	Se considera cuando los fármacos pueden ser obtenidos dentro de una distancia de viaje razonable (accesibilidad geográfica), es tan disponibles en los centros de salud (disponibilidad física), a costo razonable (financieramente posible) <sup>31</sup>	Económico	Formulario	SI NO



Tipo de medicamentos para la esquizofrenia .	Son fármacos utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos <sup>32</sup> .	Antipsicóticos	Historia clínica	Haloperidol Clozapina Risperidona Olanzapina Quetiapina levomeproma zina Aripiprazol Otros medicamento s
Intervalo de administración de medicamentos	Tiempo transcurrido entre la administración de cada dosis de medicamento		Formulario	Tratamiento diario Tratamiento semanal
Polimedicación cuantitativa.	Se define como el consumo de más de 5 medicamentos al día de forma crónica (más de 6 meses) <sup>33</sup> .	Farmacoterapéu tico	Historia clínica - Formulario	1 2 3 4 5 6 o mas
Reacciones adversas a los antipsicóticos.	La OMS la define las RAM como el efecto perjudicial, indeseado y nocivo para el enfermo, que aparece tras la administración del medicamento con fines diagnósticos, profilácticos Terapéuticos utilizando dosis e indicaciones correctas <sup>34</sup> .	Efectos secundarios	Formulario - Historia clínica	Mareo Temblor Rigidez Estreñimient o Visión borrosa Problemas sexuales Otros efectos Ningún efecto adverso



## ANEXO2: CUESTIONARIO

### “PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016”

Formato No. \_\_\_\_\_ N° Historia clínica \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

1) ¿Cuál es la edad actual del paciente en años cumplidos?

1. \_\_\_\_\_ años

2) Género:

1. Masculino \_\_\_\_\_

2. Femenino \_\_\_\_\_

3) ¿Cuál es el estado civil actual del paciente?

1. Unión libre

2. Casado.

3. Soltero.

4. Separado.

5. Viudo.

#### II. NO ADHERENCIA

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿dejó de tomar su medicina algún día?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_





4. ¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?

Si\_\_\_ No\_\_\_

5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?

Si\_\_\_ No\_\_\_

6. ¿Cuándo siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?

Si\_\_\_ No\_\_\_

7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?

Si\_\_\_ No\_\_\_

8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?

- A. Nunca / raramente
- B. De vez en cuando
- C. A veces
- D. Usualmente- casi siempre
- E. Todo el tiempo – siempre

**II. CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

**Pregunta 1**

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	NO	SI
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		



e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)		
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orifidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
j. Otros - especifique:		

- Compruebe si todas las respuestas son negativas: ¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?
- Si contestó “No” a todos los ítems, pare la entrevista.
- Si contestó “Si” a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

**Pregunta 2**

<b>¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) ?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					

- Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.



g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

- Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

### Pregunta 3

<b>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) ?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					



h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

**Pregunta 4**

<b>En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos ?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam,					



Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

**Pregunta 5**

<b>En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) ?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.					
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)					



g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)					
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)					
j. Otros - especifique:					

- Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

**Pregunta 6**

<b>¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses</b>	<b>Si, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)			



g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
j. Otros - especifique:			

**Pregunta 7**

<b>¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses</b>	<b>Si, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)			
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)			
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)			
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)			
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)			
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)			
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)			
j. Otros - especifique:			



**PREGUNTA 8**

¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses

**III. CONSCIENCIA DE LA ENFERMEDAD Y LA MEDICACIÓN**

Marque con una x

0: ítem no relevante.

1: Conciencia.

3: Conciencia intermedia.

5: No hay conciencia

	0	1	2	3	4	5
1. Conciencia de poseer un desorden						
2. Conciencia sobre los efectos de la mediación						
3. Conciencia de las consecuencias sociales del desorden mental						

0: ítem no relevante

1: Conciencia

3: Conciencia intermedia

5: No hay conciencia

	0	1	2	3	4	5
4A conciencia de poseer alucinaciones						
5A Conciencia de poseer delirios						
6A Conciencia de poseer trastornos de pensamiento						





7A Conciencia de poseer embotamiento afectivo						
8A Conciencia de poseer anhedonia						
9A Conciencia de poseer asociabilidad						

0: ítem no relevante

1: conciencia

3: conciencia intermedia

5: no hay conciencia

	0	1	2	3	4	5
4B Atribución de las alucinaciones a la enfermedad						
5B Atribución de los delirios a la enfermedad						
6B Atribución de los trastornos de pensamiento a la enfermedad						
7B Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad						
8B Atribución de la anhedonia a la enfermedad						
9B Atribución de la asociabilidad a la enfermedad						

**Conciencia global**

**Conciencia de síntomas**

**Atribución de síntomas**

#### IV. APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

Instrucciones para el paciente

En la siguiente lista se muestra algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación según los siguientes criterios:

	Mucho menos de los deseado	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5



1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					



11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
PUNTUACIÓN TOTAL					

**V. ACCESO DE LA MEDICACION**

1) ¿Alguna vez ha dejado de tomar o administrarse el medicamento porque no ha podido comprarlos?

Si\_\_\_ No\_\_\_

**VI. TIPO DE MEDICAMENTOS PARA LA ESQUIZOFRENIA**

1) ¿El paciente consume para su enfermedad mental alguno(s) de los siguientes medicamentos? (Respuestas múltiples)

1. Haloperidol Si\_\_\_ No\_\_\_

2. Clozapina Si\_\_\_ No\_\_\_

3. Risperdona Si\_\_\_ No\_\_\_

4. Olanzapina Si\_\_\_ No\_\_\_

5. Quetiapina Si\_\_\_ No\_\_\_

6. Levomepromazina Si\_\_\_ No\_\_\_

7. Aripiprazol Si\_\_\_ No\_\_\_

8. Otros. ¿Cuáles?\_\_\_\_\_

9. No sabe

**VII. INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

1) ¿Usted recibe tratamiento vía oral?

Si\_\_\_ No\_\_\_

2) ¿Usted recibe tratamiento inyectable (parenteral)?

Si\_\_\_ No\_\_\_



### VIII. POLIMEDICACION CUANTITATIVA

1) ¿Cuántos medicamentos toma al día el paciente? (encierre en un círculo)

1      2      3      4      5      6 o mas

### IX. REACCIONES ADVERSAS A LOS ANTIPSICOTICOS

1) ¿Qué tipo de complicaciones (eventos adversos) le ha generado el consumo de los medicamentos formulados para su enfermedad mental al paciente?

(Respuestas múltiples)

- |    |                       |               |
|----|-----------------------|---------------|
| 1. |                       | Mareos        |
| 2. |                       | Temblor       |
| 3. |                       | Rigidez       |
| 4. |                       | Estreñimiento |
| 5. | Visión                | borrosa       |
| 6. | Problemas             | sexuales      |
| 7. | Otros, ¿Cuáles? _____ |               |
| 8. | Ninguno               |               |

2) ¿Este tipo de complicaciones (eventos adversos) han hecho que usted deje de tomar sus medicamentos?

Si\_\_\_ No\_\_

### ANEXO3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“PREVALENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y FACTORES ASOCIADOS DEL CENTRO HUMBERTO UGALDE CAMACHO. 2015-2016”**

Fecha: 05 de junio de 2017

La presente investigación es dirigida por la Dra. Vilma Bojorque, asesorado por el Dr. Ismael Morocho y realizada por María Medina y Patricia Paucar, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



El objetivo de este estudio es identificar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Reposo y Adicciones “Humberto Ugalde Camacho” en el periodo 2015 - 2016. Estos resultados permitirán conocer mejor la magnitud de estos problemas de salud, y ayudaran a prevenir futuras recaídas de la enfermedad.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La misma que tendrá una duración de 6 meses. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Para este estudio, se empleará un formulario, el cual constará de preguntas concernientes a su tratamiento. Si usted accede a participar en el proyecto, deberá responder la encuesta con datos reales y verdaderos, lo que le significaría aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Esta investigación no presenta ningún riesgo biológico, ni incluye incentivos económicos a los participantes. Tampoco tiene costo para ningún paciente, ni para la institución que forma parte de la investigación. Por favor tome todo su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicaciones sobre preguntas o palabras que no entienda.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo \_\_\_\_\_ con C.C.: \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que si tuviera alguna pregunta o surgiera



algún problema, sé que puedo comunicarme con las autoras del presente estudio a los siguientes números de celular: 0980700032 – 0939214497. Me han leído esta carta y la entiendo.

Firma del entrevistado: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 4. INTERPRETACION DE CUESTIONARIOS/ TEST UTILIZADOS**

### **4.1 Escala autoadministrada de Morisky de Adherencia a la Medicación de 8 ítems (MMAS- 8)**

Las preguntas se formulan para evitar el sesgo de decir sí a todas las respuestas (por ejemplo, la redacción de la pregunta 5 se invierte para evitar la tendencia a responder de la misma manera a una serie de preguntas, independientemente de su contenido). Las opciones de respuesta son “sí” o “no” para los ítems del 1 a 7, mientras que el ítem 8 se contesta según una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Cada respuesta “no” es valorada como 1 y cada respuesta “si” como 0, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta “sí” es valorada como 1 y la respuesta “no” como 0. Para el ítem 8, el código (0-4) tiene que ser



normalizado dividiendo el resultado por 4 para calcular la puntuación total, de la siguiente manera:

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?

Si\_\_\_ No\_\_\_

2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿dejó de tomar su medicina algún día?

Si\_\_\_ No\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?

Si\_\_\_ No\_\_\_

4. ¿Cuando viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?

Si\_\_\_ No\_\_\_

5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?

Si\_\_\_ No\_\_\_

6. ¿Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?

Si\_\_\_ No\_\_\_

7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?

Si\_\_\_ No\_\_\_

8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?

Respuestas A= 0 de la B a la E= 1



- A. Nunca / raramente
- B. De vez en cuando
- C. A veces
- D. Usualmente- casi siempre
- E. Todo el tiempo – siempre

El rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 a 8, reflejando la puntuación 8 una alta adherencia, las puntuaciones 7 o 6 reflejan una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 6 una baja adherencia.

**4.2 Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias OMS - ASSIST V3.0 <sup>22</sup>**

**Pregunta 1**

<b>A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u>? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3





- Compruebe si todas las respuestas son negativas: ¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?
- Si contestó “No” a todos los ítems, pare la entrevista.
- Si contestó “Si” a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

**Pregunta 2**

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) ?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o caso a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6



i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

- Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.
- Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

### Pregunta 3

<b>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6



h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

**Pregunta 4**

<b>En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax,	0	4	5	6	7



Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

### Pregunta 5

<b>En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) ?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>A diario o caso a diario</b>
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax,	0	5	6	7	8



Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

- Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

### Pregunta 6

<b>¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) ?</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses</b>	<b>Si, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3



i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

**Pregunta 7**

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado ?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

**Pregunta 8**



¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

Para calcular la puntuación específica para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a.

### Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco.		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas.		0-10 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado



		27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico.		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir.		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otros - especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

El tipo de intervención se determina por la puntuación específica del paciente para cada sustancia.

	Registre la puntuación para la sustancia especificada	Sin intervención	Intervención breve	Tratamiento o más intensivo
a. tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol		0 - 3	4 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína		0 - 3	4 - 26	27+





e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

## TARJETAS DE RESPUESTA PARA LOS PACIENTES. OMS ASSIST V3.0

### Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros – especifique:

### Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

**Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.

**Una o dos veces:** 1-2 veces en los últimos 3 meses.

**Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.

**Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.



**Diariamente o casi a diario:** 5 a 7 días por semana.

### **Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)**

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

### **4.3 Escala de valoración de la no consciencia de trastorno mental SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder).**

La versión más empleada es la de 9 ítems, que consta de dos partes: la primera está formada por tres ítems que evalúan la consciencia de sufrir un trastorno mental, los efectos de la medicación y las repercusiones sociales de su enfermedad. Se valora mediante una escala tipo Likert de 6 puntos y que puntúan 0 = “no relevante” y 1 = “consciencia” y 5 = “No consciencia” (las puntuaciones intermedias de 2 y 4 no llevan etiqueta).

La segunda parte evalúa dos aspectos: el nivel de consciencia y la atribución de 6 síntomas (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad). La evaluación se lleva a cabo con el mismo tipo de escala Likert que en el apartado anterior. Debe considerarse que para valorar la atribución de un síntoma sólo deberían considerarse aquellos ítems de los que se tiene consciencia de enfermedad (puntuación en consciencia de enfermedad entre 1 y 3 puntos).

Se obtienen tres resultados:

- Consciencia global: suma de los puntos de los 3 primeros ítems.
- Consciencia: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección consciencia) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.
- Atribución: suma de los puntos de los ítems 4 a 9 (sección atribución) dividida por el número de ítems con puntuación > 0.



Los autores no proponen puntos de corte. A mayor puntuación menor conciencia de enfermedad y de atribución y por lo tanto mayor severidad.<sup>24</sup>

#### 4.4 Cuestionario de Apoyo Social funcional DUKE-UNK-11 (Functional Social Support Questionnaire DUKE-UNK-11)

Instrumento autoadministrado, que evalúa el apoyo social percibido a través de dos dimensiones: a) apoyo social de confianza que se refiere a la posibilidad de recibir información, consejo o guía, de contar con personas para compartir preocupaciones o problemas; y (b) apoyo social afectivo definido como la posibilidad de expresar simpatía o pertenencia a algún grupo. Está conformado por 11 ítems tipo Likert que van desde 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como lo deseo).<sup>25</sup>

Apoyo normal  $\geq 33$  puntos

Escaso apoyo  $\leq 32$  puntos

### ANEXO 5. TABLAS DE FRECUENCIAS

		No adherencia		Total
		No adherente	Adherente	
<b>Tabaco</b>	No consume	36	7	43
		50,00%	77,80%	53,10%
	Riesgo bajo	11	2	13
		15,30%	22,20%	16,00%
	Riesgo moderado	24	0	24
		33,30%	0,00%	29,60%
Riesgo alto	1	0	1	
		1,40%	0,00%	1,20%
<b>Bebidas alcohólicas</b>	No consume	38	7	45
		52,80%	77,80%	55,60%
	Riesgo bajo	11	0	11



		15,30%	0,00%	13,60%
	Riesgo moderado	20	0	20
		27,80%	0,00%	24,70%
	Riesgo alto	3	2	5
		4,20%	22,20%	6,20%
<b>Cannabis</b>	No consume	67	9	76
		93,10%	100,00%	93,80%
	Riesgo moderado	5	0	5
		6,90%	0,00%	6,20%
<b>Cocaína</b>	No consume	70	9	79
		97,20%	100,00%	97,50%
	Riesgo bajo	1	0	1
		1,40%	0,00%	1,20%
	Riesgo moderado	1	0	1
		1,40%	0,00%	1,20%
<b>Estimulantes de tipo anfetamimas.</b>	No consume	72	9	81
		100,00%	100,00%	100,00%
<b>Inhalantes.</b>	No consume	72	9	81
		100,00%	100,00%	100,00%
<b>Sedantes o pastillas para dormir</b>	No consume	67	9	76
		93,10%	100,00%	93,80%
	Riesgo bajo	1	0	1
		1,40%	0,00%	1,20%
	Riesgo moderado	4	0	4
		5,60%	0,00%	4,90%
<b>Alucinógenos</b>	No consume	71	9	80
		98,60%	100,00%	98,80%
	Riesgo bajo	1	0	1
		1,40%	0,00%	1,20%
<b>Opiáceos</b>	No consume	72	9	81
		100,00%	100,00%	100,00%
<b>Otras sustancias.</b>	No consume	72	9	81
		100,00%	100,00%	100,00%