

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

ALEJANDRA MARÍA GUTIÉRREZ ACHURY
LAURA ISABEL SALAZAR DÍAZ
MARLIO VANEGAS VIDAL

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2009

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

ALEJANDRA MARÍA GUTIÉRREZ ACHURY
LAURA ISABEL SALAZAR DÍAZ
MARLIO VANEGAS VIDAL

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de MÉDICO Y
CIRUJANO

Asesores

Dra. LINA MARÍA SÁNCHEZ P.
Md. Psiquiatra

Dr. GILBERTO MAURICIO ASTAIZA
Md. Epidemiólogo

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2009

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 29 de mayo de 2009

**Para nuestros padres y
hermanos, quienes con su
apoyo, paciencia y
comprensión hicieron posible
la realización de este trabajo.**

Alejandra, Laura y Marlio

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen especialmente a:

A la doctora Lina María Sánchez por motivar nuestra investigación y por compartirnos su pasión por la psiquiatría.

Al profesor Gilberto Astaiza por su paciencia y dedicación al guiar nuestra travesía investigativa.

A nuestros pacientes por su colaboración al permitirnos entrar en sus vidas y enriquecer nuestros conocimientos y experiencias.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	21
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
3. JUSTIFICACIÓN	30
4. OBJETIVOS	32
4.1 OBJETIVO GENERAL	32
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
5. MARCO TEÓRICO	33
5.1 CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA	33
5.1.1 Aspectos clínicos y epidemiológicos	33
5.1.2 Tipos de esquizofrenia	35
5.1.3 Diagnóstico	36
5.1.4 Tratamiento	37
5.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESQUIZOFRENIA	41
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
7. DISEÑO DE ESTUDIO	45
7.1 TIPO DE ESTUDIO	45
7.2 LUGAR	45
7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	46
7.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
7.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	47
7.6 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	48
7.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	48

	Pág.
7.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
8. ANALISIS DE RESULTADOS	51
8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	51
8.2 FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	55
9. DISCUSIÓN	61
10. CONCLUSIONES	65
11. RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.	52
Tabla 2. Distribución de frecuencias según lugar de procedencia de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008	54
Tabla 3. Distribución de frecuencias según el tipo de esquizofrenia diagnosticada en los pacientes que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva entre enero y junio 2008	55
Tabla.4 Relación de la asistencia a la consulta y el apoyo familiar de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva entre enero y junio 2008	57

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica. 1 Distribución de frecuencias según la ocupación de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008	53
Gráfica. 2 Relación de la introspección de los pacientes y la asistencia a la consulta de los pacientes con esquizofrenia que fueron dados de alta de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008	56
Gráfica. 3 Relación de la asistencia a la consulta y mejoría de los síntomas de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008	56
Gráfica. 4 Relación del nivel de introspección de los pacientes y el seguimiento de la prescripción de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.	58
Gráfica. 5 Relación del tipo de antipsicóticos y el seguimiento de la prescripción de los pacientes con Esquizofrenia que	58

	Pág.
fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.	
Gráfica. 6 Relación de la presencia de reacciones adversas a los medicamentos y el seguimiento de la prescripción médica de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.	58
Gráfica. 7 Relación de la mejoría de los síntomas psiquiátricos y el seguimiento de la prescripción médica de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.	60

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formulario de recolección de datos	78
Anexo B. Prueba piloto	80

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, distorsión del pensamiento, alteración de la percepción, respuestas emocionales inapropiadas y cierto grado de autismo que afecta principalmente a personas en edad productiva, con alto impacto en la calidad de vida del paciente y en su entorno familiar y social.

Dado su carácter de crónica y progresiva, al igual que sucede con muchas otras patologías, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y continuo de la esquizofrenia se convierten en las únicas estrategias que logran llevar al paciente a lo más cercano de su estado basal y evitar las recaídas.

Si ha esto se le agrega la falta de conciencia de enfermedad y las frecuentes reacciones adversas de los medicamentos usados será más fácil comprender la importancia de identificar aquellos factores que afectan la adherencia terapéutica para evaluar su posibilidad de modificación.

Así, ante la falta de estadísticas locales, surge la necesidad de elaborar un estudio en nuestra región que permita identificar los distintos factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento del paciente esquizofrénico.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación descriptiva, serie de casos, retrospectiva. La fuente de información en un primer momento fueron las historias clínicas presentes en la base

de datos de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva correspondientes a los pacientes que egresaron de este servicio entre enero y junio de 2008, de donde se extrajeron los datos sociodemográficos. Se revisaron 185 historias clínicas de las cuales 85 ingresaron al estudio por cumplir con los criterios de inclusión. A estos pacientes se les realizó una llamada telefónica para la aplicación de la segunda parte del instrumento correspondiente a un cuestionario que valoraba la existencia o no de adherencia al tratamiento y los factores farmacológicos y no farmacológicos que la afectan.

RESULTADOS

El 98,8% de los pacientes son procedentes del Huila, de los cuales el 84,7% son del área urbana. Existe una marcada prevalencia de la enfermedad en el sexo masculino (72.9%), alrededor del 68% de los pacientes son menores de 32 años, el estado civil de soltería registra el 75%. El nivel educativo es bajo, solamente el 17,6% son bachilleres y el 2,3% alcanzan el nivel universitario. Más de la mitad de los pacientes no laboran y se dedican a los oficios domésticos.

El 84,7% de los pacientes tienen como diagnóstico esquizofrenia de tipo paranoide. El 60% de los pacientes asistieron a la consulta dentro de los tres meses posteriores al egreso pero solo el 24.7% reportaron seguir adecuadamente la prescripción médica, el 41.1% de forma parcial y el 34.1% no lo hacía.

Al cruzar las variables se obtuvo que en los pacientes que no asistieron a la consulta fue más frecuente la mala introspección (57%), el pobre seguimiento de la prescripción médica y la poca mejoría de los síntomas.

Respecto al seguimiento de la prescripción se encontró que el 90% de los pacientes que contaban con un apoyo familiar adecuado cumplían con las órdenes médicas

propuestas, igualmente el 33% de éstos tenían buena introspección, consumían antipsicóticos atípicos (50%) y el 69% de los pacientes que refirieron no presentar reacciones adversas presentaron adecuada adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

Se encontró que la mayoría de los pacientes no tienen una adecuada adherencia al tratamiento, definida esta en términos de no asistencia al control por consulta externa posterior al egreso hospitalario e incumplimiento o cumplimiento parcial de las ordenes médicas impartidas por el médico especialista.

El pobre seguimiento de la prescripción dada por el médico especialista se asocia con pobre introspección, consumo de fármacos antipsicóticos típicos, la mayor tasa de reacciones adversas a los medicamentos, pobre apoyo familiar y/o social y la referencia por parte del paciente de la ausencia de mejoría de los síntomas psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE:

Esquizofrenia, adherencia, antipsicóticos, enfermedades psiquiátricas, características sociodemográficas, factores farmacológicos, factores no farmacológicos.

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychiatric disorder that is characterized by a fundamental disturbance of personality, distorted thinking, altered perception, inappropriate emotional responses and some degree of autism that primarily affects people of productive age, with a high impact on the quality of patient's life and their family and social environment.

Because it is a chronic and progressive disease, as many other, early diagnosis and timely treatment and monitoring of schizophrenia become the only strategies that lead the patient to achieve as close to basal state as possible and to avoid relapse.

These characteristics added with the lack of awareness about the illness and the frequent adverse reactions to drugs prescribed, will make it easier to understand the importance of identifying those factors that affect adherence to evaluate its therapeutic potential for modification.

Thus, in the absence of local statistics, the need to conduct a study in our region to help identify the various non-pharmacological and pharmacological factors that affect adherence to treatment of the schizophrenic patient.

METHODOLOGY

We conducted a descriptive, case series, retrospective study. Our primary source of information was the clinical database at the Mental Health Unit in the University Hospital of Neiva Hernando Perdomo Moncaleano. Data on patients leaving the

service between January and June 2008, where sociodemographic data was extracted. We reviewed 185 medical records of which 85 met the inclusion criteria to be entered in the study. These patients underwent a telephone call to complete the second part of the study. A questionnaire that assessed the presence or absence of adherence to treatment and the non-pharmacological and pharmacological factors affecting it.

RESULTS

98.8% of patients coming from Huila, of whom 84.7% are urban. There is a marked prevalence of the disease in males (72.9%), about 68% of patients are younger than 32 years, unmarried marital status record 75%. The educational level is low, only 17.6% completed high school and 2.3% reached the university level. More than half of patients do not work and are devoted to housekeeping.

84.7% of patients whose diagnosis of schizophrenia, paranoid type. 60% of patients attended the consultation after discharge but only 24.7% adequately followed the prescription, 41.1% of the partially and 34.1% did not.

When crossing the variables that were obtained in patients who did not attend the consultation was more frequent poor introspection (57%), poor monitoring of prescription and little improvement in symptoms.

Regarding the monitoring of the prescription it was found that 90% of patients had adequate family support in compliance with the proposed medical orders, also 33% of these have good insight, consume atypical antipsychotics (50%) and 69% of patients reported no adverse reactions have adequate adherence to treatment.

CONCLUSIONS

We found that most patients do not have a proper adherence to treatment, defined in terms of this non-attendance for outpatient monitoring after hospital discharge and breach or partial fulfillment of the orders given by the medical specialist.

Poor monitoring of the prescription given by a physician specialist is associated with the consumption of typical antipsychotic drugs, the highest rate of adverse drug reactions and no improvement in psychiatric symptoms.

KEYWORDS:

Schizophrenia, adherence, antipsychotics, psychiatric illness, sociodemographic characteristics, pharmacological factors, non-pharmacological factors.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por un disturbio fundamental de la personalidad, distorsión del pensamiento, alteración de la percepción, respuestas emocionales inapropiadas y cierto grado de autismo que afecta principalmente a personas en edad productiva. Además, al ser una patología crónica aumenta aún más el impacto en la calidad de vida, en el entorno familiar, social y económico del paciente.

Esta enfermedad no desaparece y por el contrario progresa causando deterioro cognoscitivo, de allí la importancia en el diagnóstico y tratamiento temprano que son las únicas estrategias que logran disminuir los síntomas, llevar al paciente a lo más próximo de su estado basal y evitar las recaídas.

A pesar de disponer actualmente de una gran variedad de medicamentos antipsicóticos en el mercado, con unos de última generación que ofrecen la ventaja de causar menos reacciones adversas y que por ende se han convertido en los preferidos a la hora de la prescripción, la adherencia al tratamiento del paciente esquizofrénico es baja alterando la respuesta al manejo médico y en consecuencia el mejoramiento de las condiciones de vida.

Dado este hecho, gran parte de las investigaciones en esquizofrenia se han enfocado en la búsqueda de factores que alteran dicha adherencia, encontrando la existencia de características no farmacológicas que explican en gran parte el rechazo del paciente para continuar el tratamiento. Dentro de estas se encuentran la edad, el nivel educativo, pobre prospección, el grupo de apoyo con el que cuenta el paciente, entre otras.

Esta situación lleva a replantear la manera de intervenir al paciente y sugiere el manejo integral de este y su familia o red de apoyo en general.

Se convierte así, en la fuente de motivación de esta investigación, donde se busca obtener un diagnóstico regional de esta problemática, para implementar las intervenciones necesarias que permitan la mayor tasa de adherencia posible.

En este estudio, de tipo observacional, descriptivo, transversal, serie de casos y retrospectivo, se describió el comportamiento de los factores farmacológicos y no farmacológicos que alteran la adherencia al tratamiento de 85 pacientes con esquizofrenia dados de alta de la Unidad de Salud Mental del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mediante la recolección de datos de la historia clínica y la aplicación de una encuesta telefónica al acudiente, familiar o al mismo paciente.

Los puntos de partida para definir la adherencia fueron la asistencia a la consulta de control dentro de los tres meses subsecuentes al egreso y el adecuado seguimiento de la prescripción médica.

Se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados son adultos jóvenes, de género masculino, solteros, procedentes del departamento del Huila, con baja escolaridad y actualmente no realizan actividades laborales.

Por otro lado que hay un mal nivel de adherencia al tratamiento, y que este nivel es directamente proporcional al grado de introspección del paciente, al apoyo familiar y/o social, a la prescripción de antipsicóticos atípicos, a la buena relación médico-paciente e inversamente proporcional al consumo de sustancias psicoactivas, a la prescripción de medicamentos típicos, y a la presencia de reacciones adversas.

El conocimiento de estos comportamientos es un precedente para futuras investigaciones y además es punto de partida para crear estrategias que permitan mejorar la tasa de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes esquizofrénicos desde un punto de vista integral e individualizado a la vez.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Habitualmente los pacientes con trastornos mentales como la esquizofrenia, presentan grandes dificultades a la hora de seguir las prescripciones médicas, pero también poseen el mejor potencial para beneficiarse de la adherencia y cumplimiento del tratamiento.

La adherencia terapéutica en las diferentes patologías de la medicina juega un rol de capital importancia debido a que ésta proporcionará en gran medida los resultados que se obtendrán con la intervención médica. En las enfermedades mentales, y en especial la esquizofrenia, la adherencia desempeña un papel aún más importante, debido a la cronicidad de las mismas, la falta de conciencia de enfermedad, las reacciones adversas propias de los medicamentos usados, entre otros factores que interfieren en un adecuado cumplimiento del paciente.

Teniendo en cuenta la importancia fundamental de la adherencia y su influencia en la evolución de la esquizofrenia, los estudios de diferentes autores han cambiado a través del tiempo el enfoque dado a sus publicaciones, pasando desde un punto de vista en el cual la adherencia y cumplimiento eran un tema secundario en medicina a convertirse hoy en día en motivo fuerte y frecuente de estudio ⁽¹⁾.

Como se describió anteriormente, la investigación en las enfermedades mentales ha sufrido un desarrollo completamente dinámico, no solo en su contenido sino también en su desarrollo metodológico; iniciándose en 1974 un énfasis en la caracterización de los servicios y usuarios, continuando en 1993 con un enfoque en factores de riesgo y protectores y culminando en el 2003 con la realización de diagnósticos psiquiátricos poblacionales ⁽²⁾.

La prevalencia de incumplimiento terapéutico en las distintas especialidades médicas es francamente elevada, encontrándose según Navarro en 1999, que del 20 a 60% de los fármacos preescritos no son retirados de la farmacia; entre el 60 y 75% de los antibióticos formulados no son tomados correctamente y en patologías de tipo cardiovascular, el incumplimiento varía entre el 40 y 60% ⁽³⁾.

En general, dicho incumplimiento obedece principalmente a tratamientos farmacológicos prolongados, cuando el tratamiento es de carácter profiláctico o cuando las consecuencias de la suspensión del medicamento se presentan a largo plazo ⁽⁴⁾.

En cuanto a la adherencia y cumplimiento de las órdenes médicas en los pacientes con enfermedades crónicas de diferentes especialidades, las tasas de adherencia al tratamiento oscilan entre 43 y 78% ⁽⁵⁾, teniendo en cuenta que dichos valores se pueden ver falsamente elevados debido a la atención que reciben los pacientes participantes en el estudio. Comparado con las tasas de adherencia en esquizofrenia cuya media alcanza el 41.2% ⁽⁶⁾.

La adherencia en pacientes con trastornos psiquiátricos es igualmente elevada como se observa en otras entidades médicas. Corrigan, en 1990, describió que el incumplimiento de las órdenes médicas en pacientes psicóticos alcanza cifras de hasta el 80% ⁽⁷⁾. Weiden y colaboradores en 1994, refieren tasas de incumplimiento farmacológico que ascienden al 50% después de un año de salir de un ingreso psiquiátrico y 75% después de dos años ⁽⁸⁾.

Lieberman J, et al, en un reciente estudio realizado en Estados Unidos, multicéntrico, doble ciego que comparó la efectividad de los antipsicóticos típicos con los de nueva generación, encontró que el 74% de los pacientes interrumpieron el tratamiento antes de 18 meses y en los cuales, la olanzapina mostró mayor adherencia. El 40% de éstos abandono el tratamiento debido a decisión propia ⁽⁹⁾.

Comparado con las tasas de adherencia en esquizofrenia cuya media alcanza el 41.2% ⁽¹⁰⁾.

Como se observa, la poca adherencia al tratamiento es una constante observada en diferentes estudios realizados y sus cifras exponen notables diferencias dependiendo de las muestras estudiadas, los españoles J. Giner y cols ⁽¹¹⁾ ponen de manifiesto lo anterior en su estudio en donde comparan las opiniones de psiquiatras, pacientes y familiares de los mismos, encontrándose grandes diferencias en cuanto a la percepción subjetiva de adherencia al tratamiento. Realizando una comparación global del estudio de J. Giner y cols, observamos que el 56% de los psiquiatras creen que sus pacientes olvidan tomar la medicación, opinión que se comparte con el 47% de los familiares y tan solo 35% de los pacientes afectados ⁽¹²⁾.

La situación en el país no es diferente a la observada a nivel mundial, encontrándose tasas de adherencia al tratamiento del 77.86% ⁽¹³⁾. Pedro A. López en su estudio retrospectivo y descriptivo de abandono del control psiquiátrico en el hospital san Juan de Dios describe que el incumplimiento de las órdenes médicas se incrementaba progresivamente desde un 17% en el paciente hospitalizado a un 37% en el paciente diurno y a un 48% en el paciente ambulatorio ⁽¹⁴⁾. En otro hospital psiquiátrico solamente el 7% de los hospitalizados no seguía las órdenes médicas, pero dicho porcentaje aumentó el 63% tras cuatro semanas de vacaciones.

Dichas bajas tasas de adherencia al tratamiento están sujetas a diversos factores, tanto ambientales, sociales y de la enfermedad en sí, que con el paso del tiempo generarán en el paciente esquizofrénico el cumplimiento o no de las órdenes médicas.

Dentro de los diversos factores involucrados se encuentran, las características inherentes a la enfermedad y al paciente tales como la pobre introspección, el importante déficit cognoscitivo, y otras características demográficas; otros se deben a la medicación usada para el control de la enfermedad y sus reacciones adversas; el apoyo social y ambiental que rodea al paciente y por último, la información acerca de la enfermedad, relación terapéutica, red sanitaria.

En cuanto a las características inherentes a la esquizofrenia, tales como el déficit cognoscitivo manifestado con una puntuación media en la escala de Cattell de 78.3 puntos en 35 pacientes esquizofrénicos según L. Chamorro y cols, puntuación que es modificable con el uso adecuado de la medicación antipsicótica, la cual asciende a 84.8 puntos en la misma escala tras un año de tratamiento ⁽¹⁵⁾.

Entre las características demográficas de los pacientes esquizofrénicos y su adherencia al tratamiento, se puede inferir que la soltería, la baja escolaridad y las precarias condiciones socioeconómicas predisponen a una baja adherencia al tratamiento. Pedro A López, en su estudio, encuentra un 80.7% de paciente solteros, 43.2% sin alcanzar la secundaria y 51.4% de desempleo asociados todos a abandono del tratamiento ⁽¹⁶⁾. El sexo no representó diferencia significativa en el abandono del tratamiento, 49% fueron del sexo masculino y 50% del sexo femenino ⁽¹⁷⁾.

La medicación usada y la adherencia al tratamiento es un elemento esencial para un buen cumplimiento, esto debido a las frecuentes reacciones adversas de la medicación antipsicótica comúnmente usada en los pacientes esquizofrénicos. Como ya se mencionó anteriormente, la olanzapina en el estudio de Lieberman J et al. mostró una menor tasa de incumplimiento de las órdenes médicas con un 64% de 1061 pacientes, frente a 75% usando perfenazina, 82% con quetiapina, 74% en risperidona y 79% en ziprasidona ⁽¹⁸⁾.

En una extensa revisión realizada por Fenton y colaboradores en el año 1997, concluyen que la no adherencia al tratamiento es un problema clínico multideterminado y por lo tanto, debe realizarse una intervención individualizada que se centre en la buena relación médico paciente ⁽¹⁹⁾. Dentro de las variables comúnmente encontradas se citan las siguientes: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la medicación, factores relacionados con el entorno y factores relacionados con el clínico.

Éstos son apenas unos de los muchos factores que interfieren en una adecuada adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. Por lo tanto, señalado ya la importancia de la adherencia y cumplimiento del tratamiento instaurado en los pacientes bajo el diagnóstico de esquizofrenia, se debe buscar la identificación temprana y precisa de aquellos factores que predispongan a una pobre adherencia, con el fin de corregirlos y mejorar con ello el índice de recaídas, el tiempo en las hospitalizaciones, la calidad de vida y disminuir el costo en salud pública, tasas de suicidios y carga familiar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que presenta una gran variedad de sintomatología siendo esto uno de sus mayores problemas para su diagnóstico precoz y posterior tratamiento. Se caracteriza por presentar alteraciones en el pensamiento con déficit cognoscitivo, afectivo y de interacción social. Aunque se considera que su etiología es desconocida, se acepta que existe un modelo multifactorial que involucran factores genéticos, obstétricos como el bajo peso al nacer, dificultades en el parto, infecciosos, y estresores sociales como el abuso de sustancias psicoactivas.

A nivel mundial, aproximadamente 450 millones de personas padecen de un trastorno mental o del comportamiento ⁽²⁰⁾ y de este número la OMS estima que esta enfermedad afecta a 24 millones de personas, encontrando una prevalencia de 0,9 a 3,8 por 1000 habitantes en riesgo y una incidencia 0,17 a 0,54 por 1000 personas anual. Aunque actualmente se cuenta con una amplia gama de intervenciones que han demostrado ser efectivas a nivel farmacológico como psicosocial para el control de esta enfermedad cerca del 50% de las personas con este diagnóstico no reciben un manejo apropiado y de esta población aproximadamente el 90% se encuentra en países en desarrollo ⁽²¹⁾.

En los años 1990 y 2000, la Organización Mundial de la Salud realizó los estudios mundiales de carga de la enfermedad (Global Burden of Disease – GBD). En el GBD 1990, se estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos por todas las enfermedades y lesiones; para el año 2000, esta cifra se estimó en un 12.3%. La esquizofrenia se encuentra entre las 6 causas principales de AVAD para la población entre 15 y 44 años de edad,

acompañándose de: los trastornos depresivos unipolares, los trastornos por consumo de alcohol, las lesiones autoinfligidas, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno de angustia ⁽²²⁾.

En Colombia se considera que el 40.1% de la población entre 18 y 65 años ha tenido un trastorno mental en su vida. A nivel municipal en el 2007 se registraron 434 casos de esquizofrenia en el Hospital Universitario de Neiva prevaleciendo el diagnóstico en individuos entre los 15 y 44 años con un total de 307 casos. Entre los tipos de esquizofrenia, la más diagnosticada es la tipo paranoide con 419 casos registrados durante este periodo de tiempo ⁽²³⁾.

Las características sociodemográficas de esta enfermedad presentan una amplia variedad; se distribuye de igual forma en el género masculino y femenino, sin embargo se describe que en el sexo masculino la enfermedad no sólo puede comenzar en forma más temprana, sino también tener un curso más delirante. La edad de inicio para los hombres se ubica entre los 15 y 25 años y para las mujeres es algo más tardía y se encuentra entre los 25 y los 35 años. Antiguamente se consideraba que pertenecer a un nivel socioeconómico bajo era un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad, actualmente se ha establecido que más que ser una causa es un resultado debido a la naturaleza misma de la enfermedad que impide mantener un trabajo fijo que permita mantener una posición en la sociedad.

Un estudio que evaluó el estado marital y la tasa de fertilidad de los pacientes esquizofrénicos estableció que para la edad de 45 años el 40% de los hombres y el 30% de mujeres con este diagnóstico permanecían solteros igualmente mostró que presentan menor tasa de fertilidad en comparación con la población general. Finalmente no se encuentran diferencias significativas en su distribución entre las diferentes razas ⁽²⁴⁾.

La esquizofrenia es una condición crónica, pero con buena respuesta al tratamiento. Se considera que ha mejorado considerablemente de pronóstico en los últimos 20 años debido a las numerosas opciones terapéuticas existentes. En la fase aguda el tratamiento es principalmente farmacológico y posteriormente se debe complementar con intervenciones psicosociales como psicoterapia individual, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, etc. Igualmente se deben fortalecer las redes asistenciales, y las terapias familiares que se ha demostrado reducen el riesgo de recaídas. La OMS ha calculado que esta enfermedad genera un costo individual a los servicios de salud de 2 dólares mensualmente ⁽²⁵⁾.

La adherencia al tratamiento es un factor fundamental para disminuir el riesgo de recaídas, la frecuencia de hospitalizaciones, el riesgo de suicidios, y además reduce los costos sanitarios y el uso de servicios de salud. Este término se ha definido como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido, y por consiguiente, implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la aplicación simple de una orden terapéutica.

Esta adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida e incluso a la participación activa en un tratamiento psicológico. Entre los trastornos psicóticos se encuentra que el incumplimiento con las medicaciones psicotrópicas es la razón primaria de las recidivas, encontrándose como consecuencia en la esquizofrenia una tasa 3 veces superior a la esperada ⁽²⁶⁾.

Se han encontrado numerosos factores relacionados con la no adherencia al tratamiento; para su adecuada descripción, estos han sido divididos en factores farmacológicos y no farmacológicos. Entre los factores no farmacológicos, se ha identificado como de mayor importancia una pobre introspección afectando hasta un 74% de los pacientes que no se adhieren. También se ha relacionado el grado de severidad de los síntomas, farmacodependencia en el paciente esquizofrénico,

factores relacionados con el entorno como un soporte familiar inadecuado o barreras prácticas como falta de dinero o transporte. Finalmente la medicación juega un papel importante en el cumplimiento de la prescripción realizada por el medico. Entre los aspectos relacionados con este factor se encuentra el tipo de fármaco utilizado, la dosificación prescrita por el medico y la tasa de efectos adversos que estos puedan producir ⁽²⁷⁾.

La escasa adherencia de los pacientes es un fenómeno tan extendido que debe ser tomado en cuenta con más consideración en la práctica clínica. Por esto el presente estudio pretende evaluar la adherencia al tratamiento entre los pacientes de la unidad de salud mental y caracterizar los factores influyentes en este aspecto.

Por lo anterior, formulamos este problema:

¿Cuales son los factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos dados de alta entre enero y junio del 2008 en la Unidad de Salud Mental del hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”?

3. JUSTIFICACIÓN

Desafortunadamente hay un predominio de los aspectos físicos relacionados con la salud que demuestra la poca valoración que tiene la salud mental. El término de enfermedad psiquiátrica escandaliza a muchos por la intangibilidad de su origen, dicho en otras palabras es más fácil consentir y comprender las enfermedades físicas, incluso socialmente tienen mejor aceptación.

Sin embargo, el crecimiento en la incidencia y prevalencia de patologías psiquiátricas en los últimos años ha hecho que este campo gane importancia. Y la esquizofrenia al pertenecer a este grupo no es ajena al fenómeno, pues según estimaciones de la OMS afecta aproximadamente a 24 millones de personas a nivel mundial, encontrando una prevalencia de 0,9 a 3,8 por 1000 habitantes en riesgo y una incidencia 0,17 a 0,54 por 1000 personas anual. Una razón de suficiente peso para interesarse por esta patología, mas aun cuando al buscar datos a nivel de Colombia y el Huila no se encuentra información epidemiológica y son muy pocos los estudios nacionales que se han realizado.

Pero además de afectar a un gran número de personas hay que tener en cuenta que la esquizofrenia compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma, alterando sus relaciones interpersonales y las actividades cotidianas. Esto sumado a que afecta principalmente a la población entre 18 y 45 años permite inferir el impacto económico al disminuir el número de personas potencialmente productivas. La esquizofrenia per se causa deterioro cognoscitivo y es incapacitante, mucho mas cuando no se trata o se trata inadecuadamente.

Por otro lado, estos pacientes suelen requerir hospitalizaciones frecuentes y con una estancia prolongada aumentando los gastos económicos individuales y del estado. Sin contar con los medicamentos, especialmente los de última generación, que ofrecen grandes ventajas como reacciones adversas mínimas pero a muy altos precios.

Entrando a especificar aun mas en el problema de este estudio, se debe señalar que mas importante que un diagnostico temprano y un tratamiento oportuno es la adherencia del paciente al tratamiento, pues es una patología crónica a la que se le pueden mejorar los síntomas y retardar su progresión. Ya no es permisible que un paciente abandone el tratamiento por causas medicamentosas pues como se ha mencionado se cuenta actualmente con psicofármacos que ofrecen grandes beneficios con pocas reacciones adversas y es allí donde empiezan a jugar un papel de suma relevancia los factores no farmacológicos, aquellos que hasta hace poco empezaron a ser considerados.

Es importante identificar dichos factores ya que son vitales para realizar las intervenciones necesarias y lograr el manejo integral del paciente. Este estudio pretende describirlos ya que se desconoce cual es la situación de la Unidad de Salud Mental del HUN en este tema. Es decir, contamos con un campo que es idóneo para la realización de dicha investigación, con personal medico, especialistas y de enfermería comprometidos con el servicio que están dispuestos a colaborar con este estudio para obtener datos en pro del mejoramiento de la atención y de la calidad de vida del paciente esquizofrénico y para promover futuras investigaciones con base en los resultados obtenidos.

Por ultimo este trabajo se hace también para dar cumplimiento a la elaboración del proyecto de grado, requisito para el ingreso al internado de los estudiantes de medicina de la Universidad Surcolombiana de Neiva.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores farmacológicos y no farmacológicos que afectan la adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia dados de alta entre enero y junio del 2008 de la unidad de salud mental del HUN.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer las características sociodemográficas de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados durante este periodo.

Valorar la adherencia al tratamiento del paciente una vez es dado de alta de la USM del HUN.

Identificar los factores farmacológicos relacionados a la no adherencia al tratamiento.

Identificar los factores no farmacológicos relacionados a la no adherencia al tratamiento.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia fue descrita como entidad patológica en 1896 cuando Emil Kraepelin, considerando su factor pronóstico y deterioro final, reunió bajo el término “demencia precoz” una diversidad de síndromes psicóticos anteriormente considerados enfermedades separadas. Kraepelin describió tres tipos básicos de demencia precoz: Catatónica, hebefrénica y paranoide. En 1911, Eugen Bleuler, sustituyó el término “demencia precoz” por el de “esquizofrenia” (mente dividida), considerando la escisión de la personalidad como rasgo central de la enfermedad. Bleuler describió un cuarto tipo de enfermedad.

En la actualidad los subtipos descritos para la esquizofrenia están recogidos en clasificaciones reconocidas en el ámbito internacional como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, CIE-10 y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV⁽²⁸⁾.

5.1.1 Aspectos clínicos y epidemiológicos. A finales de los años sesenta, la Organización Mundial de la Salud realizó el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia llegando a la conclusión de que la esquizofrenia incide y prevalece con cifras semejantes entre las distintas poblaciones del globo y estimando su prevalencia entre el 0,5 y el 1% de la población mundial presentándose generalmente al final de la adolescencia o principio de la edad adulta⁽²⁹⁾.

A diferencia de otras enfermedades los pacientes con esquizofrenia viven muchos años tras el inicio de la enfermedad y continúan sufriendo por su causa a medida que se comprometen sus facultades.

Usualmente los pacientes diagnosticados con esquizofrenia presentan una fase prodrómica que tiene un amplio rango de manifestaciones inespecíficas. Generalmente se presenta en tipos de personalidades esquizoides (reservada, pasiva, introvertida) o esquizotípicas (aspecto extravagante, pensamiento mágico) que posteriormente desarrollan de forma gradual un arsenal de síntomas como aislamiento social, afecto anormal, pérdida de interés por las cosas, deterioro de la higiene, comportamiento y discurso extraño y explosiones de ira; A esto le sigue una fase caracterizada por alteraciones de la percepción y del pensamiento (síntomas positivos). Con mayor frecuencia los pacientes experimentan alucinaciones de tipo auditiva que pueden ser percibidas como ruidos, música o voces; También pueden ser de tipo visual, olfativo y gustativo que se experimentan juntas frecuentemente, como olores y sabores desagradables.

Respecto al pensamiento, estos pacientes presentan ideas delirantes que pueden ser aisladas u organizadas de forma sistemática. La temática delirante es sumamente variada (místico-religiosa, hipocondríaca, persecutoria, etc.) y carece de valor pronóstico o terapéutico. Finalmente el tiempo tiende a transformar los síntomas de positivos a negativos y va a predominar la presencia de sintomatología como la abulia, el aislamiento y el aplanamiento afectivo.

Los trastornos conductuales y motores varían desde el estupor catatónico a la excitación. En el estupor catatónico, el paciente puede permanecer inmóvil, mudo y arreactivo, aunque esté plenamente consciente. Algunos pacientes presentan flexibilidad cérea que permite colocarles en posiciones incómodas que ellos mantienen sin que, aparentemente, les cause ningún problema. Las estereotipias son movimientos repetidos sin propósito como el balanceo hacia delante y hacia atrás. Los manierismos, que son actividades en principio normales y con propósito y que parecen tener un significado social, pero que son de apariencia extravagante o bien quedan fuera de contexto. Otras conductas menos comunes

son la ecopraxia o imitación de los movimientos y gestos de otras personas, la obediencia automática o cumplimiento de órdenes simples de forma parecida a la de un robot y el negativismo o rechazo a cooperar en peticiones simples sin ninguna razón aparente.

En cuanto al pronóstico la evolución será de una remisión total de los síntomas en el 25% de los casos, parcial en el 50% y un 25% de los pacientes esquizofrénicos no experimentarán mejoría y su curso será cada vez más deficitario ⁽³⁰⁾.

5.1.2 Tipos de esquizofrenia. Clásicamente la esquizofrenia se ha clasificado en:

- *Esquizofrenia paranoide*: Predominan las ideas delirantes (de tipo persecutorio o grandioso) y/o las alucinaciones auditivas. El típico paciente de este tipo es tenso, suspicaz, reservado y receloso. También puede ser hostil o agresivo. El inicio suele ser tardío y el pronóstico mejor que en los otros tipos.

- *Esquizofrenia desorganizada*: Desorganización en el habla y la conducta y afecto inapropiado (por ejemplo reír sin causa aparente) o aplanado. Los delirios y alucinaciones, si están presentes, son fragmentarios. Ocurre a una edad muy temprana con la instauración progresiva de abulia, aplanamiento afectivo, deterioro en el cuidado y aspecto personales, deterioro cognitivo y presencia de ideas delirantes y alucinaciones. Los pacientes hebefrénicos presentan una mayor historia de psicopatología familiar, peor funcionamiento premórbido y peor pronóstico a largo plazo sin remisión de los síntomas, que los pacientes con esquizofrenia paranoide.

- *Esquizofrenia catatónica*: Actualmente es poco frecuente. El síntoma clásico es la profunda alteración de las funciones motoras. Es un tipo de esquizofrenia dominado por al menos dos de las siguientes características: inmovilidad motora evidenciada por catalepsia o estupor, negativismo o mutismo extremo,

peculiaridades en los movimientos voluntarios (movimientos estereotipados, manierismos, muecas, flexibilidad c rea) y ecolalia o ecopraxia.

- *Esquizofrenia indiferenciada*: Pacientes esquizofrénicos que no cumplen criterios para su inclusión en los subtipos paranoide, desorganizado o catatónico.

- *Esquizofrenia residual*: Pacientes que ya no tienen síntomas psicóticos prominentes pero que aún cumplen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia y que continúan evidenciando la enfermedad. El afecto aplanado, el aislamiento social, la conducta exc trica, el pensamiento ilógico y una leve pérdida de asociaciones son síntomas comunes del tipo residual. Si están presentes alucinaciones o ideas delirantes, no son muy prominentes y no perturban demasiado la vida del sujeto ⁽³¹⁾.

5.1.3 Diagnóstico. El diagnóstico se realiza teniendo en cuenta los criterios DSM-IV-TR que se enumeran a continuación:

Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos.

Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o

adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos (síntomas negativos o dos o más síntomas del criterio A atenuados) y residuales.

Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo (no episodios depresivos o maníacos concurrentes con síntomas de la fase activa).

Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.

Exclusión de autismo infantil ⁽³²⁾.

5.1.4. Tratamiento: El tratamiento de la esquizofrenia es principalmente farmacológico en la fase aguda y de mantenimiento de la enfermedad, complementándose con intervenciones psicosociales en etapas posteriores (psicoterapia individual, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, etc.).

Los antipsicóticos o neurolépticos son los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia desde los años cincuenta en que se descubrieron las propiedades antipsicóticas de la clorpromazina. En la actualidad, el tratamiento antipsicótico conlleva una clara mejoría de su sintomatología en el 60% de pacientes, mientras que el 40% mejoran poco y de ellos, un 10% no mejoran o incluso empeoran.

En un principio, la clasificación de los antipsicóticos venía dada por su estructura química (fenotiacinas, butirofenonas, tioxantenos, etc.); más tarde por el tipo de

acción que ejercían (sedante o de baja potencia, desinhibidora o de alta potencia); posteriormente por la producción de efectos secundarios extrapiramidales (antipsicóticos típicos) o no (antipsicóticos atípicos) y en la actualidad se clasifican según su mecanismo de acción.

Todos los antipsicóticos actúan bloqueando el receptor D2 de la dopamina con diferentes grados de afinidad por éste. Se supone que el bloqueo de receptores D2 a nivel mesolímbico disminuye la activación de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, reduciendo los síntomas positivos de la enfermedad. El bloqueo dopaminérgico a otros niveles produce efectos secundarios: a nivel nigroestriado efectos secundarios extrapiramidales y a nivel tuberoinfundibular, aumento de la secreción de prolactina. Además, los nuevos antipsicóticos bloquean también otros receptores, sobre todo los serotoninérgicos, aumentando la eficacia clínica de estos fármacos sobre los síntomas negativos ⁽³³⁾.

Una vez demostrada la eficacia terapéutica de los antipsicóticos (AP) atípicos, que carecen de la mayoría de los efectos secundarios de tipo extrapiramidal y vegetativo de los AP clásicos, el criterio de selección actual de los nuevos antipsicóticos no depende de su perfil de efectos secundarios, sino de los propios síntomas del paciente. En la práctica clínica actual los antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol, etc.) se utilizan como los fármacos de primera elección, dada su mejor tolerancia y la aparente efectividad sobre los síntomas defectuales. Si el paciente tiene antecedentes, se debe elegir el AP que haya sido efectivo en episodios anteriores.

La elección de un antipsicótico implica atender a predictores clínicos de respuesta farmacológico, tales como las características premórbidas, los síntomas y las características demográficas del paciente ⁽³⁴⁾.

Las dosis se deben ajustar según la intensidad de los síntomas y de los efectos secundarios.

Opciones en caso de resistencia: Se considera que un paciente es resistente a un tratamiento cuando presenta escasa modificación de los síntomas iniciales después de 6 semanas de dosis suficientes. Después de 6 semanas de tratamiento con un primer AP y sin una respuesta clínica satisfactoria, se deben tomar las siguientes medidas:

- Reconsiderar el diagnóstico y revisar el cumplimiento del tratamiento.
- Indicar otro AP de un grupo farmacológico distinto y esperar otras seis semanas
- Si no se obtiene respuesta clínica a este segundo AP, se recomienda que si ya se había indicado olanzapina y no se obtuvieron resultados positivos a las 6 semanas, suprimir e iniciar tratamiento con clozapina. La clozapina es un antipsicótico "atípico", y eficaz sobre múltiples receptores; las dosis habituales son de 300-450 mg/día. El principal riesgo es la posibilidad de producir agranulocitosis (aparece en el 0,1-0,2% de los pacientes). El riesgo es mayor a las 6-18 semanas de tratamiento. Es obligatorio el control hematológico semanal durante estas primeras 18 semanas y, posteriormente, debe realizarse mensualmente. El fracaso de la clozapina después de 6 semanas de tratamiento supone su supresión para iniciar TEC ⁽³⁵⁾.
- Es importante considerar que son pacientes que frecuentemente incumplen su tratamiento en relación a la nula conciencia de enfermedad, la estigmatización de la enfermedad y su tratamiento, la necesidad de tratamiento crónico y a los efectos secundarios.

Mantenimiento: Si un primer episodio remite, se debe continuar el tratamiento con AP en dosis terapéuticas durante 12-24 meses. La dosis de AP se debe reducir

muy lentamente, cada 3-6 meses, si el estado clínico del paciente lo permite. Una primera recaída significa repetir el mismo tratamiento realizado en el primer episodio, pero esta vez con una duración mayor (al menos una duración doble del tratamiento). Una segunda recaída supone un tratamiento de por vida en todos los casos.

Terapia electroconvulsiva: Su uso, que en un momento dado fue sistemático en la esquizofrenia, ha ido perdiendo relevancia con la aparición de los neurolépticos. La combinación de TEC y antipsicóticos, al inicio de la enfermedad, indica recuperaciones más rápidas y reduce el tiempo de hospitalización. Los pacientes que mejor responden a la TEC son aquellos con síntomas afectivos asociados y pocos síntomas defectuales. Teniendo en cuenta sus escasas contraindicaciones, sus efectos secundarios reversibles a corto plazo, la TEC se debe asociar a los fármacos cuando fracasen y constituirse en tratamiento de primera elección frente a la forma catatónica y a la esquizofrenia acompañada de sintomatología depresiva o de alto riesgo de suicidio. La teratogenia de todos los neurolépticos convierte la TEC en indicación para las gestantes, usando registro continuo de la frecuencia fetal y ecografía, al considerar que una anestesia y miorreajación ultracorta no provocan daños en el feto.

Tratamiento de los estados deficitarios: En una tercera parte de pacientes el deterioro neuropsicológico, personal y social es inevitable y no responde a los tratamientos farmacológicos disponibles en la actualidad. Las únicas herramientas con las que podemos contar son los tratamientos rehabilitadores o terapias psicosociales. Estas terapias consisten en diversos métodos destinados a aumentar las aptitudes sociales, la autosuficiencia, las aptitudes prácticas y la comunicación interpersonal de pacientes con esquizofrenia ⁽³⁶⁾.

5.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ESQUIZOFRENIA

La adherencia al tratamiento en el paciente con esquizofrenia se ha establecido como uno de los principales problemas que afecta la evolución a largo plazo de estos pacientes. Del mismo modo que se ha observado en otras patologías médicas, las tasas de incumplimiento son elevadas en los pacientes del espectro psicótico.

El incumplimiento con las medicaciones psicotrópicas es la razón primaria de las recidivas, que contribuye en gran medida al “Síndrome de la puerta giratoria” de los pacientes que sufren de esquizofrenia ⁽³⁷⁾.

La tasa de recaída después de la discontinuación del tratamiento antipsicótico es más del 50%; los pacientes refieren motivos distintos por los cuales abandonan la medicación antipsicótica. Entre las causas más habituales para el abandono de los tratamientos se encuentra:

Mala relación médico-paciente

Falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento:

Por ejemplo:

- No entender las pautas de administración (ej.: terminar con una caja).
- Confundir la indicación terapéutica (ej: pensar que es un calmante o un anticonceptivo).
- Confundir los efectos secundarios por síntomas de la enfermedad.
- Pensar que la medicación es adictiva.
- Pensar que sólo debe tomarse en la fase aguda.

Efectos secundarios molestos (acatisia, disfunciones sexuales, rigidez muscular, etc.)

Dificultades de memoria.

Presiones sociales para el abandono.

Vergüenza por el estigma social. Considerar que tomar medicación equivale a ser un enfermo mental y rechazar esa idea.

Abuso de alcohol u otras drogas.

Cansancio/aburrimiento después de tratamientos prolongados.

Confiar en medicinas alternativas.

Negación de la enfermedad ⁽³⁸⁾.

Existe una evidencia consistente en que la pobre introspección está asociada a bajo cumplimiento de la medicación y adherencia al tratamiento. La falta de esta puede conducir al pobre cumplimiento debido a que no son conscientes de su propio estado y de que éste podría, además, ser correctamente tratado. Por tanto, interrumpen el tratamiento.

Numerosos factores se han implicado en la adherencia o cumplimiento terapéutico en los pacientes con esquizofrenia. Un grupo de estos factores incluye las características del paciente y los síntomas de la enfermedad; otros hacen referencia a los tratamientos administrados y sus efectos secundarios; un tercer grupo se relaciona con el apoyo social y el ambiente que rodea al paciente, y, finalmente, todas aquellas situaciones relacionadas con la atención clínica, información, relación terapéutica, red sanitaria o guías clínicas y protocolos utilizados en la práctica diaria ⁽³⁹⁾. De esta forma Los autores concluyen que el no-cumplimiento es un problema clínico multideterminado y, por lo tanto, debe realizarse una evaluación y una intervención Individualizada del mismo, que se centre en la buena relación médico-paciente.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Características de la población	Edad	Número de años	Razón
		Género	Femenino	Nominal
			Masculino	
		Estado civil	Casado	Nominal
			Soltero	
			Viudo	
			Unión libre	
		Nivel educativo	Primaria	Nominal
			Secundaria	
			Técnico o tecnológico	
			Universitario	
			Ninguno	
Procedencia	Municipio	Nominal		
Ocupación	Empleado	Nominal		
	Independiente			
	Desempleado			
ADHERENCIA	Existencia de adherencia al tratamiento.	Asistencia a control posterior a egreso	SI	Nominal
			NO	
		Seguimiento de prescripción de medicamento	SI	Nominal
			NO	
FACTORES FARMACOLÓGICOS	Características relacionadas con los medicamentos que afectan la adherencia al tratamiento	Fármacos utilizados	Típicos	Nominal
			Atípicos	
		Reacciones adversas	Gastrointestinales	Nominal
			Hematológicas	
			Sistema Nervioso Central	
			Dermatológicas	
			Cardiovasculares	
Ninguna				

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES NO FARMACOLÓGICOS	Características no relacionadas con los medicamentos que afectan la adherencia al tratamiento	Tipo de esquizofrenia	Paranoide	Nominal
			Desorganizada	
			Indiferenciada	
			Catatónica	
			Residual	
		Introspección	Adecuada	Nominal
			Parcial	
			Nula	
		Farmacodependencia	Alcohol	Nominal
			Sustancias psicoactivas	
			Ninguna	
		Apoyo familiar y social	Adecuada	Nominal
			Parcial	
Ninguno				

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, serie de casos y retrospectivo. Decimos que es observacional, ya que en éste describiremos los hallazgos obtenidos en la recolección de los datos sin una previa intervención ni manipulación de la población a estudiar. Es de carácter descriptivo ya que está encaminado a establecer la situación de las variables sujetas a estudio, los posibles factores farmacológicos y no farmacológicos que intervienen en la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos y la caracterización de dichos pacientes. Decimos que es una serie de casos ya que nuestro estudio está encaminado a la identificación y descripción del conjunto de casos que recogeremos en un intervalo de tiempo. De tipo transversal porque estudiaremos un determinado momento en el cual se recolectarán los datos, siendo éste período no importante para la recolección de los datos y sin realizar un seguimiento en el tiempo. Retrospectivo debido a que analizaremos el fenómeno o efecto ya producido, es decir la pobre adherencia al tratamiento, y se intentaran encontrar posibles explicaciones a las situaciones presentes.

7.2 LUGAR

El estudio lo llevaremos a cabo en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. Dicho centro asistencial ofrece grandes ventajas para nuestro estudio. La USM acoge gran parte de los pacientes psiquiátricos del sur colombiano, involucrando municipios del departamento del Huila, Florencia, Putumayo; nutriendo la población de estudio.

La USM se encuentra ubicada en las instalaciones del Hospital universitario de Neiva, cuenta con 26 camas para el servicio de hospitalización, distribuidas en habitaciones unipersonales, bipersonales y de acomodación múltiple dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Además cuenta con personal altamente capacitado para suplir las necesidades de los pacientes, entre ellos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadora social, enfermeras y servicio de alimentación.

7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que se pretende estudiar son los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, sin importar el tipo de esquizofrenia diagnosticada; dados de alta en la Unidad de Salud Mental y que continúan en seguimiento médico en dicho centro asistencial.

La muestra que hemos decidido seleccionar en nuestro estudio, es de tipo no probabilística, es decir, dicha selección no depende del azar sino que se encuentra regida por ciertas características concretas, definidas como criterios de inclusión y de exclusión definidos a continuación.

Las características establecidas para la muestra incluyen las 185 primeras historias clínicas que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes dados de alta en la USM del Hospital Universitario de Neiva en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2008.
- Tener diagnóstico de esquizofrenia según los criterios del DSM-IV.

Criterios de exclusión:

- Tener como diagnóstico otra patología psiquiátrica.

- Tener como diagnóstico retardo mental.
- Ausencia de número telefónico en la historia clínica ó que no corresponda al número del paciente.

7.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la selección de los pacientes que revisó la base de datos de la USM. Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fue la revisión documental aplicando la encuesta a la historia clínica inicialmente, de donde se obtuvo los datos sociodemográficos y el número telefónico allí consignado para la localización de cada paciente y posteriormente el grupo investigador realizó las llamadas telefónicas para la aplicación de la segunda parte del cuestionario por medio de la entrevista. Durante la llamada telefónica, se le explicó al paciente o al familiar las características y los objetivos del estudio, solicitando verbalmente un consentimiento informado para la realización de la entrevista.

En cuanto a recursos logísticos se requirió fotocopias del instrumento para cada paciente, llamadas telefónicas y un computador con impresora para el registro, tabulación, redacción e impresión de los datos. Además del transporte a la USM y el archivo del hospital universitario de Neiva para llevar a cabo las actividades programadas.

7.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó una revisión de las fuentes documentales inicialmente, donde se recopiló la información a través de un formulario de recolección de datos, que fue diseñado teniendo en cuenta la operacionalización de las variables por los investigadores encargados del proyecto (ver Anexo A) y posteriormente se realizó

una entrevista a los pacientes a través de una llamada telefónica para diligenciar las preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento.

7.6 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

La información será tabulada mediante el programa EpiInfo® versión 3.5.1 2008 en el que se realizará una base de datos con los ítems aplicados en la encuesta lo que nos permitirá de forma ordenada y sistematizada obtener resultados pertinentes para el estudio que estamos realizando

El análisis de los datos de la encuesta, como cualquier otro tipo de datos de interés científico, ha de guardar relación con el problema de conocimiento que se trata de esclarecer y con la métrica de la información empírica que se tiene entre manos, es decir lo primero que se debe realizar en una encuesta no es ver que dicen los datos sino que dicen en relación con el problema que se plantea y las hipótesis que uno se había planteado previamente.

7.7 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El tipo de estadística que se utilizó en el plan de análisis de los resultados fue de tipo descriptivo, ya que se centró en una descripción de la población teniendo en cuenta las variables de interés para nuestro estudio.

El tipo de prueba específica a realizar en cada una de las variables, fueron las correspondientes a las medidas de tendencia central, que son; frecuencias, mediana, promedio, percentiles

7.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación ha sido concebida y diseñada atendiendo a lo estipulado por la Resolución No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, atendiendo a lo planteado en el TITULO II relacionado con la investigación en seres humanos, en su CAPITULO I, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos:

El presente estudio puede clasificarse como Investigación sin riesgo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

La metodología aquí propuesta se desarrolla contemplando los aspectos éticos y operativos necesarios para proteger la integridad del paciente, sus derecho y bienestar (Art. 5). Conforme al planteamiento de la investigación, los datos no pueden ser obtenidos mediante otra metodología conservando la fiabilidad y la validez.

Si y solo si participará un sujeto en la presente investigación después de haber sido informado acerca de:

- La justificación y el propósito de la investigación.
- Los procedimientos que se utilizarán.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.

- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda relacionada con el destino de los datos
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios de ningún tipo.
- La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la absoluta confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Informado al encuestado de lo anterior, se asume el consentimiento con la aceptación por parte del paciente o del familiar para responder las preguntas a través de la entrevista para el diligenciamiento del instrumento.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la elaboración del presente estudio, se revisó la base de datos de los pacientes hospitalizados durante el año 2008 en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario de Neiva, en la cual se encontró 184 pacientes bajo el diagnóstico de esquizofrenia. De éstos 184 pacientes, se analizó un total de 85 pacientes e historias clínicas.

Los 99 pacientes restantes fueron excluidos del estudio por diferentes causas, entre las que se encuentran: 34 historias clínicas realmente no correspondían al diagnóstico de esquizofrenia, 22 historias no registraban el número de teléfono, 30 pacientes no respondieron al llamado telefónico realizado por parte del equipo investigador y 13 de los pacientes no cumplían con los criterios de inclusión, 8 de ellos por cursar con diagnósticos psiquiátricos asociados y 5 de ellos por presentar retardo mental.

Los resultados hallados son los presentados a continuación.

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Durante la evaluación de los factores sociodemográficos, se encontró que existe una marcada prevalencia de la enfermedad en el sexo masculino en relación con el femenino hallándose frecuencias de 72.9% y 27.0% respectivamente, así mismo la edad de mayor presentación se encuentra por debajo de los treinta y dos años en un 68.2%. (Tabla 1).

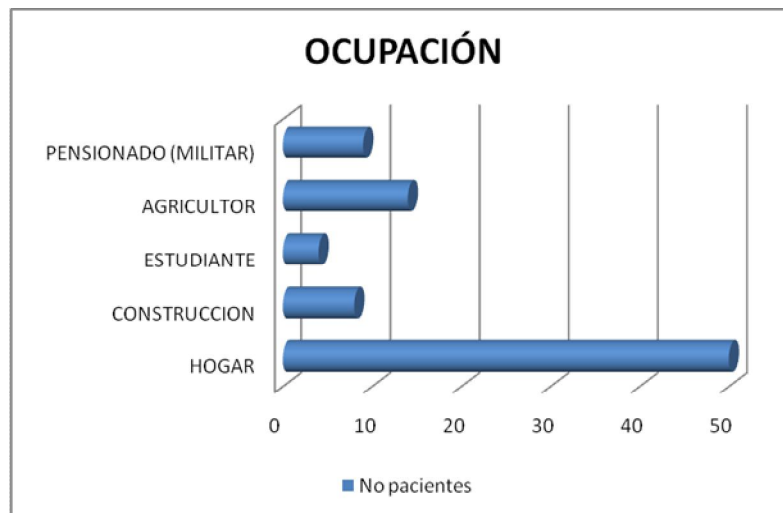
Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.

DATOS DEMOGRÁFICOS	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
<u>GÉNERO</u>		
Masculino	62	73%
Femenino	23	27%
<u>ESTADO CIVIL</u>		
Soltero	64	75,2%
Casado	10	11,7%
Unión libre	8	9,4%
Viudo	3	3,5%
<u>ESCOLARIDAD</u>		
Primaria	35	41,1%
Secundaria	15	17,6%
Técnico	6	7%
Universitario	2	2,3%
Ninguna	27	31,7%
<u>OCUPACIÓN</u>		
Hogar	50	58,8%
Construcción	8	9,4%
Estudiante	4	4,7%
Agricultor	14	16,5%
Pensionado (militar)	9	10,6%
<u>DEPARTAMENTO</u>		
Huila	84	98,8%
Caldas	1	1,2%
<u>ÁREA DE VIVIENDA</u>		
Urbana	72	84,7%
Rural	13	15,3%

Continuando con el análisis de los datos de identificación, se evidenció que una gran proporción de la población se encuentra en estado civil de soltería registrando 75.2% del total de los datos. (Tabla 1). Respecto al grado de escolaridad de los pacientes analizados, se encontró que la mayoría de ellos alcanzaron la básica primaria, seguido de ningún grado de escolaridad y seguido a su vez por la educación secundaria con porcentajes de 41.1%, 31.7% y 17.6% respectivamente. Cabe resaltar que dos de los pacientes incluidos en el estudio cuentan con título profesional. (Tabla 1).

Durante la revisión del desempeño laboral de los pacientes analizados, se halló que el 58.8% de los pacientes realiza actividades sencillas como aquellas dedicadas al hogar, seguidas con el 16.4% por labores agropecuarias (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de frecuencias según la ocupación de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.



En cuanto al lugar de procedencia de la población a estudio, el 98.8% de los participantes residían en departamento del Huila y el 1.1 al departamento de

Caldas. En la distribución demográfica por municipios en el departamento del Huila, el 44.7% de la población pertenecían a la ciudad de Neiva, seguidos por San Agustín con el 12.9% y Campoalegre con 9.4% entre otros municipios del departamento con incidencias menos significativas (Tabla 2). De la población antes descrita, vale la pena mencionar que el 84.7% procedían del área urbana de los municipios y el 15.2% restante del área rural.

Tabla 2. Distribución de frecuencias según lugar de procedencia de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.

MUNICIPIO	No PACIENTES	PORCENTAJE
Acevedo	4	4,7
Agrado	4	4,7
Campoalegre	8	9,4
Neiva	38	44,7
Palermo	3	3,5
Pitalito	4	4,7
San agustin	11	12,9
Santa maria	7	8,2
Suaza	1	1,1
Teruel	5	5,8
Total	85	100

Al revisar los diagnósticos de egreso de los pacientes hospitalizados e incluidos en el estudio, se encontró que el 84.7% de los sujetos analizados se encontraban bajo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, 9.4% indiferenciada y 5.8% como catatónica (Tabla 3).

Tabla. 3. Distribución de frecuencias según el tipo de esquizofrenia diagnosticada en los pacientes que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.

TIPO DE ESQUIZOFRENIA	NO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Catatónica	5	5,9 %
Indiferenciada	8	9,4 %
Paranoide	72	84,7 %
Total	85	100 %

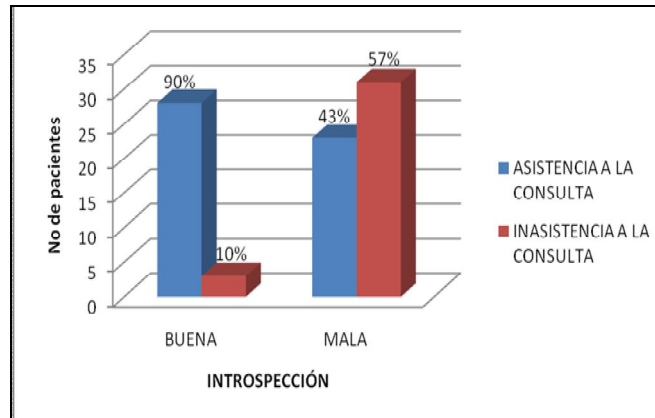
8.2 FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Para el análisis del cumplimiento del régimen instaurado por el médico tratante, se tomó como criterios de buena adherencia al tratamiento la asistencia a la consulta externa del paciente, posterior a los tres meses del egreso de la Unidad de Salud Mental y el seguimiento de la prescripción médica ordenada en el momento de la salida del hospital.

En este estudio se encontró que 51 de los pacientes entrevistados (60%) asistieron a la consulta posterior al egreso de la unidad de salud mental; sin embargo solo el 24,7% de los pacientes seguían adecuadamente la prescripción médica, el 41,1% de forma parcial y el 34,1% no lo hacía.

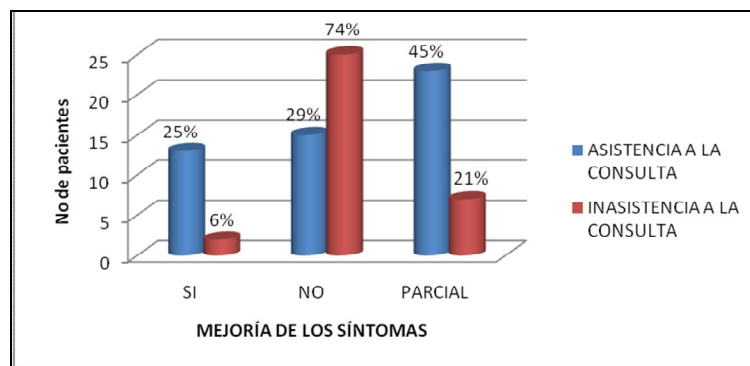
Como se expuso anteriormente, la introspección del paciente esquizofrénico juega un papel determinante en la adherencia de éste al tratamiento farmacológico, analizando los datos encontrados, se evidenció que los pacientes con buena introspección asisten más a la consulta médica de control (90%) a diferencia de aquellos pacientes con mala introspección en donde el porcentaje de asistencia fue similar, demostrando pobre asociación en este grupo (Gráfica 2).

Gráfica 2. Relación de la introspección de los pacientes y la asistencia a la consulta de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.



Al revisar la relación entre la asistencia a la consulta posterior al egreso y la mejoría experimentada por los pacientes, se encontró que los pacientes que experimentaban mejoría parcial o completa de la sintomatología asistían en 70% a la consulta posterior que quienes no percibían mejoría de su situación clínica (Gráfica 3).

Gráfica 3. Relación de la asistencia a la consulta y mejoría de los síntomas de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.



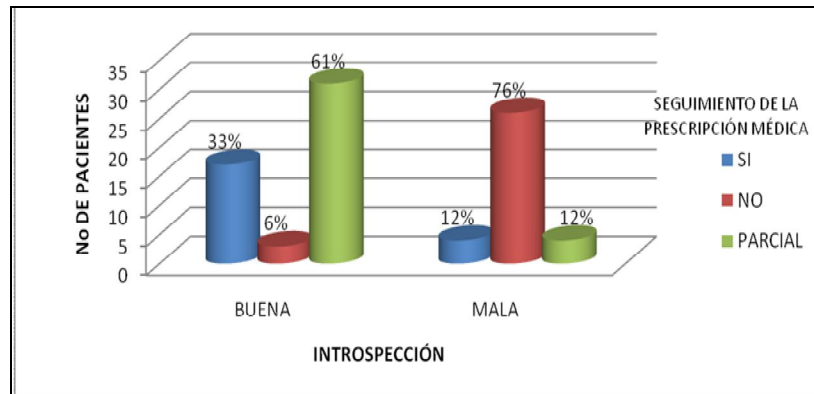
El apoyo familiar del paciente esquizofrénico también mostró fuerte asociación con la asistencia a la consulta médica de control, y por ende con la adherencia al tratamiento. Se evidenció que el 63% de los pacientes con buen apoyo familiar asistieron a la consulta a diferencia del 14% con apoyo familiar deficiente. (Tabla 4).

Tabla 4. Relación de la asistencia a la consulta y el apoyo familiar de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.

ASISTENCIA A LA CONSULTA APOYO FAMILIAR Y/O SOCIAL	CONSULTA		PORCENTAJE (%)	
	SI	PORCENTAJE (%)	NO	PORCENTAJE (%)
Bueno	32	63	19	56
Malo	7	14	12	35
Regular	12	24	3	9
TOTAL	51	100	34	100

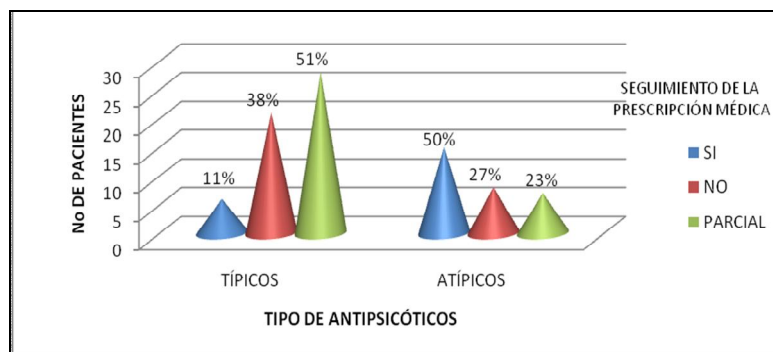
Se confrontó también, la introspección con el segundo criterio tomado como de buena adherencia al tratamiento, el seguimiento de la prescripción médica y se encontró que aquellos pacientes con buena introspección cumplían satisfactoriamente las órdenes médicas impartidas por el médico tratante (33%) comparado con el 6% que no siguió de dicha prescripción. En el grupo de la pobre introspección, se halló que el 76% no seguían cumplidamente las órdenes médicas (Gráfica 4). El apoyo familiar y el seguimiento de la prescripción médicas también fue relevante ya que se encontró que el 90% de los pacientes que contaban con un apoyo familiar adecuado cumplían con las órdenes médicas propuestas.

Gráfica 4. Relación del nivel de introspección de los pacientes y el seguimiento de la prescripción de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.



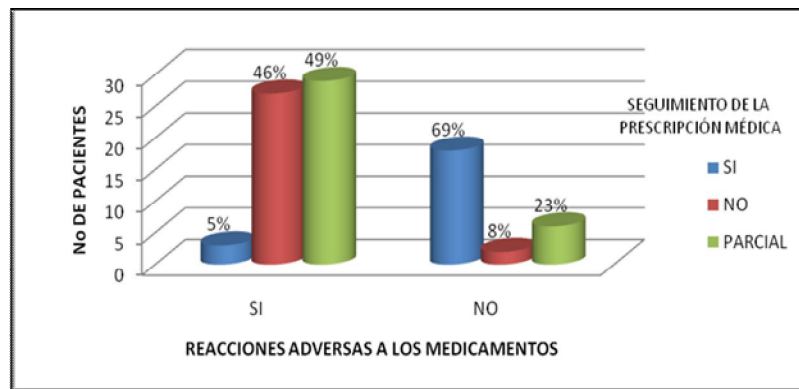
Al analizar el seguimiento de la prescripción medica por parte de los pacientes, se encontró que la mayoría (50%) de los entrevistados que consumen antipsicóticos atípicos siguen adecuadamente las indicaciones por parte del medico, mientras que el 38% de los pacientes que tienen en su formula médica antipsicóticos típicos no consumen de manera regular y adecuada los medicamentos (Grafica 5).

Gráfica No 5. Relación del tipo de antipsicóticos y el seguimiento de la prescripción de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008



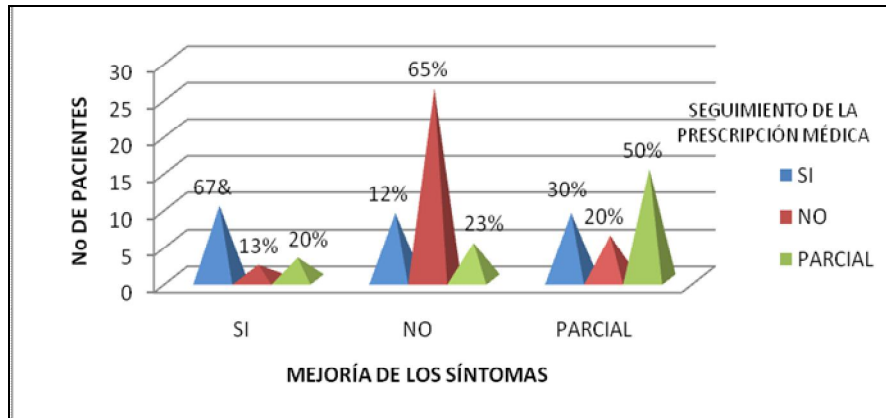
Igualmente se puede observar que las reacciones adversas influyen en este aspecto, ya que el 69% de los pacientes que declararon no presentar reacciones adversas presentan una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico. Por el contrario se evidenció que el 46% de los pacientes que presentaron reacciones adversas a los medicamentos no seguían la prescripción médica de manera correcta. Finalmente el 49% de los pacientes que presentan reacciones adversas siguen de manera parcial la prescripción médica (Gráfica 6).

Gráfica 6. Relación de las relaciones adversas a los medicamentos y el seguimiento de la prescripción de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.



Finalmente al evaluar la relación entre la mejoría de los síntomas y el seguimiento de la prescripción médica, se encontró que el 65% de los que no presentan resolución de su sintomatología psiquiátrica no siguen las indicaciones de su médico tratante de una forma adecuada. Mientras que el 67% de los pacientes que refieren presentar mejoría de los síntomas si describen consumir de manera adecuada los medicamentos formulados por el médico especialista. La mejoría parcial de los síntomas se relaciona en el 50% de los casos con el seguimiento parcial de la prescripción médica (Gráfica 7).

Gráfica 7. Relación de la mejoría de los síntomas psiquiátricos y el seguimiento de la prescripción médica de los pacientes con Esquizofrenia que fueron dados de alta de la unidad de salud mental del Hospital Universitario de Neiva. Enero y Junio 2008.



9. DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento en la patología psiquiátrica al igual que en las demás especialidades del ámbito médico juega un papel muy importante en el bienestar biopsicosocial del paciente tratado. En la entidad psiquiátrica es de capital importancia dicha adherencia, ya que en ésta a diferencia de otras afecciones, juegan papeles decisivos factores ajenos a la voluntad misma del paciente para lograrse un adecuado cumplimiento del tratamiento.

Entre los diversos factores farmacológicos y no farmacológicos involucrados en la apropiada adherencia del paciente esquizofrénico al tratamiento, encontramos el tipo de medicamento usado, la accesibilidad del paciente al mismo, las dosis usadas. Por otro lado, también influyen agentes no asociados directamente con el fármaco usado, tales como el nivel de formación académica, apoyo familiar; también se suman a éstas, características propias de la enfermedad como lo son la pobre introspección, el afecto aplanado entre otras.

Durante el análisis de la información se encontró que la prevalencia e incidencia de la enfermedad comprende en más del 73% de los casos población del género masculino, lo cual contrasta con los resultados obtenidos por Pedro A. López y colaboradores ⁽⁴⁰⁾ quienes en su estudio en la unidad de salud mental del hospital San Juan de Dios encontraron que el género de los pacientes no fue significativo.

La edad de la población estudiada se encontró en más del 60% de los casos dentro del rango de los 18 y 35 años, porcentajes que son equiparables a los datos epidemiológicos mundiales en donde la mayor prevalencia de la enfermedad se encuentra en el mismo grupo etéreo. Cabe resaltar que dicha prevalencia de la enfermedad varía de acuerdo al género del paciente analizado, ya que en el sexo

masculino la edad de presentación es más temprana en comparación que las pacientes del género femenino.

En el estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios, respecto al estado civil de los pacientes esquizofrénicos incluidos en el estudio, 87.7% de ellos eran solteros, cifras cercanas a las encontradas en este estudio, las cuales se acercan al 80%. En el 2005, Martha Graber⁽⁴¹⁾ reportó datos cercanos al 40% de hombres esquizofrénicos solteros y 30% en el caso de las mujeres en Chile.

Teniendo en cuenta la patogénesis de este padecimiento, en donde se plantean factores antenatales y su fuerte asociación con el desarrollo de la esquizofrenia y a su vez el escaso desarrollo cognitivo de dichos pacientes se ve claramente reflejado en los resultados encontrados en el estudio, en donde tan solo el 41.1% de la población estudiada alcanzó culminar la primaria datos similares a los del Hospital San Juan de Dios en Bogotá, donde el 43,2% de los participantes alcanzaron la secundaria. Así mismo, el desempleo debido a esta patología se encontró en el 58.8% de los casos comparando con el 51.4% en el estudio antes mencionado.

En cuanto a los tipos de esquizofrenia diagnosticada, en el presente estudio se evidenció que la de tipo paranoide es la más prevalente con una frecuencia de 84.7% de los casos. Tales cifras coinciden con las estadísticas mundiales, en donde la esquizofrenia del mismo subtipo es la más prevalente dentro de la población afectada por esta patología. Sin embargo, a pesar de ser la mas frecuente, es la de mejor pronóstico por ser la ésta la que responde mejor al tratamiento instaurado por el personal médico.

Siendo la adherencia al tratamiento, el pilar fundamental del éxito en el manejo de ésta patología, la identificación de los factores que incrementan o disminuyen el cumplimiento es importante para una mejor y satisfactorio tratamiento.

En cuanto a factores no farmacológicos asociados a la adherencia al tratamiento, se encontró que definitivamente el apoyo familiar adecuado contribuye de manera significativa en el cumplimiento de las órdenes propuestas por el médico tratante, hecho que se correlaciona con lo encontrado Roser Cirici⁽⁴²⁾ en el 2002, quién describió que tan solo el 30% de los pacientes psicóticos controlados de forma adecuada contaban con soporte familiar sólido.

De igual forma, el conocimiento de si mismo y la capacidad de aceptar la enfermedad afecta de manera importante la adherencia al tratamiento, tanto así que se encontró 90% de cumplimiento en aquellos pacientes poseedores de una buena introspección, lo cual se asemeja a lo hallado por Cirici y colaboradores que reportan datos de 74% de pobre insight en los pacientes esquizofrénicos.

Por otra parte, los factores asociados a los medicamentos antipsicóticos usados en el manejo de dicha entidad forman otro grupo importante de agentes que modifican la adherencia en estos pacientes. Dentro de éstos vale la pena resaltar la aparición de los antipsicóticos de nueva generación o atípicos, los cuales se asocian a mejor tolerabilidad.

Lieberman y colaboradores⁽⁴³⁾ en el 2005 reportaron interrupción del tratamiento a los 18 meses en 74% de la población estudiada, sin embargo, la olanzapina (medicamento de nueva generación) mostró la mejor tolerancia por parte de los pacientes. En el presente estudio, el consumo de antipsicóticos atípicos se asoció a un mayor seguimiento de la prescripción médica (50%) en contraste con los antipsicóticos típicos (11%).

Así mismo, los antipsicóticos atípicos se relacionaron con mejor tasa de tolerabilidad que los típicos y por tanto con menor incidencia de reacciones adversas en los pacientes que los reciben. En nuestro caso, los fármacos pertenecientes al grupo de antipsicóticos atípicos se asoció con menor tasa de

eventos adversos menores como molestias gastrointestinales, cefalea, somnolencia y por ende con mejor aceptabilidad por parte del paciente esquizofrénico.

10. CONCLUSIONES

- En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados son adultos jóvenes, de género masculino, solteros, procedentes del departamento del Huila, con baja escolaridad y actualmente no realizan actividades laborales.
- Hay una alta prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas en los pacientes estudiados. El primer lugar lo ocupa el alcohol, seguido por el cigarrillo, y por último las sustancias alucinógenas.
- Se encontró que la mayoría de los pacientes no tienen una adecuada adherencia al tratamiento, definida esta en términos de no asistencia al control por consulta externa posterior al egreso hospitalario e incumplimiento o cumplimiento parcial de las ordenes médicas impartidas por el médico especialista.
- La asistencia a la consulta médica posterior al egreso hospitalario se asocia de forma positiva con la buena introspección de los pacientes, la mejoría de sus síntomas psiquiátricos y un adecuado apoyo familiar y/o social. Por el contrario, los pacientes con mala introspección y nulo apoyo familiar y/o social presentan las tasas más bajas de asistencia a la consulta.
- El pobre seguimiento de la prescripción dada por el médico especialista se asocia con el consumo de fármacos antipsicóticos típicos, la mayor tasa de reacciones adversas a los medicamentos y la no mejoría de los síntomas psiquiátricos.

- Tanto la asistencia a la consulta posterior al egreso como el seguimiento de la prescripción médica se ven afectadas de manera importante por factores extrínsecos como lo son los trámites administrativos, inadecuada oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud y problemas económicos.
- La mayoría de pacientes que refirieron presencia de reacciones adversas a los medicamentos tenían como base de su tratamiento farmacológico antipsicóticos típicos.
- Los síntomas agrupados bajo la categoría de SNC ocupan el primer lugar como reacciones adversas referidas por los pacientes. El segundo lugar fueron los síntomas gastrointestinales y por último el extrapiramidalismo relacionado de manera exclusiva con el consumo de antipsicóticos típicos.
- La buena relación médico-paciente se comportó como un factor no farmacológico que influye positivamente para la adherencia al tratamiento. Los pacientes que refirieron no tener una buena relación con su médico tratante además de tener menos incidencia de asistencia a la consulta y toma de medicamentos, reportan nula o parcial mejoría de los síntomas y un elevado número de reacciones adversas.

11. RECOMENDACIONES

Es necesario crear estrategias que permitan mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente psiquiátrico teniendo en cuenta los factores farmacológicos y no farmacológicos que la afectan, entre las posibles intervenciones que se pueden implementar en la unidad de salud mental del HUN se encuentran:

- Promover la relación médico-paciente: El establecimiento de una adecuada relación entre el profesional y el paciente hace posible la creación de un vínculo que les permite entenderse en el establecimiento de una estrategia terapéutica, que al ser compartida por el paciente hace que sea aceptada como propia y, por lo tanto, existan menos tasas de abandono.
- El adecuado conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento favorece la adherencia a este, por lo tanto se le debería ofrecer información escrita al paciente y a la familia en el momento de egreso de la hospitalización o durante la consulta de control. Además hacer énfasis en la importancia de fortalecer los vínculos afectivos entre grupo familiar y el paciente para el afrontamiento de la patología.
- Simplificar el tratamiento lo más posible: Establecer pautas de tratamiento que sean de fácil comprensión por parte del paciente y de la familia o cuidadores de este, que permitan su adecuado cumplimiento. La legibilidad de las órdenes médicas facilita este proceso ya que se convierte en la guía del paciente y de su grupo de apoyo para la toma correcta de medicamentos.

- Hacer seguimiento de las reacciones adversas a los medicamentos, manejarlas o de no ser posible ofrecer otro régimen terapéutico para que no se convierta en un factor que propicie el abandono de este.
- Crear un comité de apoyo y acompañamiento del paciente con alteraciones de la salud mental en la USM que se encargue de realizar el seguimiento a los pacientes una vez son dados de alta de la institución, y que además se intermedie por él para facilitar los procesos administrativos y de esta forma se podrá garantizar la asistencia a la consulta de control y el seguimiento de la prescripción médica por parte de los pacientes.
- Realizar estudios periódicamente para verificar el grado de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes que egresan de la USM posterior a la aplicación de las intervenciones realizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GINER, CAÑAS, OLIVARES, RODRÍGUEZ, BURÓN, RODRÍGUEZ MORALES, ROCA. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Esp Psiquiatr*; vol 34, No 6, 2006: p.386–392.
2. URREGO MENDOZA, Zulma. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev. Colombiana de psiquiatría*; vol. 36 No. 2, 2007: p.307–319.
3. NAVARRO. El cumplimiento terapéutico: Manuales de referencia en atención primaria; vol. 29 No. 4, 1999: p.243–251.
4. FENTON, BLYLER, HEINSSEN. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical finding. *Schizophrenia Bulletin*; vol. 23 No. 4, 1997: p.637–651.
5. URREGO MENDOZA, Zulma, Op cit., p.311.
6. FENTON, BLYLER, HEINSSEN, Op cit., p.647.
7. CORRIGAN, LIBERMAN, ENGLE. From non – compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp and com psychiatry*; vol. 41 No. 1, 1990: p.203–211.

8. WEIDEN, MOTT, ZYGMUNT, GOLDMAN, HORVITZ, FRANCES. Rating of medication influences. Scale in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin; vol. 20 No. 2, 1994: p.297–310.
9. LIEBERMAN, SCOTT, MCEVOY, SWARTZ, ROSENHECK, PERKINS. Effectiveness antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J med; vol. 353; 2005: p.1209–1223.
10. FENTON, BLYLER, HEINSEN, Op cit., p.649.
11. GINER, CAÑAS, OLIVARES, RODRÍGUEZ, BURÓN, RODRÍGUEZ MORALES, ROCA, Op cit., p.388.
12. Ibid., p.389.
13. LÓPEZ, Pedro. Abandono del control psiquiátrico por esquizofrénicos dados de alta de la unidad de salud mental “Maximiliano Rueda Galvis”. Rev. Colombiana de Psiquiatría; Vol. 15 No. 3, 1986: p.266–281.
14. Ibid., p.269.
15. CHAMORRO, DE FELIPE, SOLER, OLIVARES, HUERTAS. Medición de la capacidad intelectual en pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr; vol. 36 No. 1, 2008: p.33–38.
16. LÓPEZ, Pedro. Op cit., p.272.
17. Ibid., p.273.
18. LIEBERMAN, SCOTT, MCEVOY, SWARTZ, ROSENHECK, PERKINS. Op cit., p.1212.

19. FENTON, BLYLER, HEINSSEN, Op cit., p.642.
20. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003: p.2–57.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Schizophrenia. En: www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
22. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op cit., p.35.
23. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL-HUILA. Reporte de morbilidad y mortalidad, 2007: p.35–58.
24. GRABER, Marta. Esquizofrenia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Chile. Marzo 2003: p.1–15.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Op cit.
26. NAVARRO. Op cit., p.247.
27. CIRICI, Roser. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos, Rev Psiquiatría Fac Med Barna; vol. 29 No. 4, 2002: p.232–238.
28. TAY, TASSMAN. Essentials of psychiatry. England: Wiley & sons. 2006 p.495-531.
29. PICCINELLI, GÓMEZ, HOMSEN. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of mental health and prevention of substance abuse 1997; World health organization.

30. TAY, TASSMAN. Op cit., p.504.
31. Ibid., p.516
32. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: 4° edition. 1994.
33. TAY, TASSMAN. Op cit., p.512.
34. Ibid., p.515.
35. ALBERDI, CASTRO, VASQUEZ. Esquizofrenia. Guías clínicas Servicio de Psiquiatría Hospital Juan Canalejo; España, 2005: p.7–68.
36. Ibid., p.35.
37. CIRICI, Roser. Op cit., p. 235.
38. Ibid., p.236
39. ROCA, CAÑAS, OLIVARES, RODRÍGUEZ. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso clínico español. Actas Esp Psiquiatr; vol. 35 No. 1, 2007: p.1–6.
40. LÓPEZ, Pedro. Op cit., p.276.
41. GRABER, Marta. Op cit., p.11.
42. CIRICI, Roser. Op cit., p. 232.

43. LIEBERMAN, SCOTT, MCEVOY, SWARTZ, ROSENHECK, PERKINS. Op cit.,
p.1209.

BIBLIOGRAFÍA

ALBERDI, CASTRO, VASQUEZ. Esquizofrenia. Guías clínicas Servicio de Psiquiatría Hospital Juan Canalejo; España, 2005: p.7–68.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: 4° edition. 1994.

CHAMORRO, DE FELIPE, SOLER, OLIVARES, HUERTAS. Medición de la capacidad intelectual en pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr; vol. 36 No. 1, 2008: p.33–38.

CIRICI, Roser. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos, Rev Psiquiatría Fac Med Barna; vol. 29 No. 4, 2002: p.232–238.

CORRIGAN, LIBERMAN, ENGLE. From non – compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Hosp and com psychiatry; vol. 41 No. 1, 1990: p.203–211.

FENTON, BLYLER, HEINSSEN. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical finding. Schizophrenia Bulletin; vol. 23 No. 4, 1997: p.637–651.

GINER, CAÑAS, OLIVARES, RODRÍGUEZ, BURÓN, RODRÍGUEZ MORALES, ROCA. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas Esp Psiquiatr; vol 34, No 6, 2006: p.386–392.

LIEBERMAN, SCOTT, MCEVOY, SWARTZ, ROSENHECK, PERKINS. Effectiveness antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J med; vol. 353; 2005: p.1209–1223.

LÓPEZ, Pedro. Abandono del control psiquiátrico por esquizofrénicos dados de alta de la unidad de salud mental “Maximiliano Rueda Galvis”. Rev. Colombiana de Psiquiatría; Vol. 15 No. 3, 1986: p.266–281.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003: p.2–57.

NAVARRO. El cumplimiento terapéutico: Manuales de referencia en atención primaria; vol. 29 No. 4, 1999: p.243–251.

URREGO MENDOZA, Zulma. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Rev. Colombiana de psiquiatría; vol. 36 No. 2, 2007: p.307–319.

WEIDEN, MOTT, ZYGMUNT, GOLDMAN, HORVITZ, FRANCES. Rating of medication influences. Scale in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin; vol. 20 No. 2, 1994: p.297–310.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Schizophrenia. En: www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL-HUILA. Reporte de morbilidad y mortalidad, 2007: p.35–58.

GRABER, Marta. Esquizofrenia. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Chile. Marzo 2003: p.1–15.

TAY, TASSMAN. Essentials of psychiatry. England: Wiley & sons. 2006 p.495-531.

PICCINELLI, GÓMEZ, HOMSEN. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of mental health and prevention of substance abuse 1997; World health organization.

ROCA, CAÑAS, OLIVARES, RODRÍGUEZ. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso clínico español. Actas Esp Psiquiatr; vol. 35 No. 1, 2007: p.1-6.

ANEXOS

Anexo A. Formulario de recolección de datos



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
UNIDAD DE SALUD MENTAL HUN**



***FACTORES FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS QUE AFECTAN
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS DADOS DE ALTA DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVAENERO Y JUNIO DEL 2008.***

Diversos estudios demuestran que a pesar del advenimiento de nuevos fármacos para el manejo de la esquizofrenia existen diversos factores que alteran el debido cumplimiento del esquema terapéutico por parte del paciente. Este estudio tiene como objetivo describir cuales son aquellos factores, ya sean relacionados o no con los medicamentos, que alteran la adherencia al tratamiento.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Historia clínica No: _____.

Edad: ____.

Género: F M

Estado civil: C UL S V

Escolaridad: P S T U N

Ocupación: _____ : _____

Lugar de residencia: Departamento _____ Municipio _____

Dirección o vereda: _____

Número de Teléfono o celular: _____

Tipo de esquizofrenia: catatónica ____ paranoide ____ indiferenciada ____
desorganizada ____ residual ____

Sufre usted de alguna enfermedad mental? Si No Cual? _____.

1. Conoce usted los síntomas de la enfermedad? Si No Parcial

Cuales? _____.

2. Asistió a la consulta: Si No Llamada telefónica: Si No

3. Se toma usted los medicamentos como lo aconsejó su médico: Si No
 parcial

4. Qué medicamentos para la esquizofrenia toma usted?

5. Ha presentado otros síntomas adicionales por la toma de los medicamentos? Si No Cuáles?

6. Cree usted que ha tenido mejoría de los síntomas con la ingesta de los medicamentos? Si No Parcial

7. Tiene usted dificultad para la entrega oportuna de los medicamentos?
 Si No Parcial. ¿Por qué?

8. Tiene usted dificultad para obtener una cita con el psiquiatra? Si No ¿Por qué? _____.

9. Consume algunas de las siguientes sustancias?

a) Alcohol: Si No

b) Sustancias psicoactivas: Si No

c) Otra: __. ¿Cual? _____.

d) Ninguna: ____

10. Como califica la relación que tiene con su médico tratante

a) Buena: ____

b) Regular: ____

c) Mala: ____

11. Cuenta usted con un apoyo familiar y/o social

a) Adecuado ____

b) Parcial ____

c) Ninguno ____

Anexo B. Prueba piloto

La prueba piloto es aquella práctica de investigación en donde se prueba la metodología, la muestra, la funcionalidad de los instrumentos, el análisis de los datos y la viabilidad del proyecto investigativo.

Objetivo: Probar el instrumento y calcular su confiabilidad y valorar la capacidad de discriminación de sus preguntas.

Características: El instrumento fue aplicado a 10 pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar que se encontraron en consulta externa de la unidad de salud mental del Hospital Universitario, evaluando la adherencia al tratamiento y los factores farmacológicos y no farmacológicos que la afectan.

Evaluada la pertinencia, comprensibilidad y coherencia de las variables contenidas en los instrumentos y tomadas en cuenta las observaciones y recomendaciones, se han rediseñado y ajustado los instrumentos para captura de la información requerida por el proyecto.