

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGIA  
MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA  
"RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"

"EVALUACION DE LAS RAZONES DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
PARA ADHERIRSE O NO AL TRATAMIENTO UTILIZANDO COMO INSTRUMENTO  
LA ESCALA DE CLASIFICACION DE LA INFLUENCIA DEL MEDICAMENTO"

*[Handwritten signatures and stamps on the left margin]*

T E S I S  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
**PSIQUIATRIA**  
P R E S E N T A  
RAUL IVAN ESCAMILLA OROZCO

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

ASESORES: DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO  
DRA. SOLEDAD RODRIGUEZ VERDUGO

*[Handwritten signature]*

Vo. Bo.  
*[Signature]*  
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

MEXICO, D. F., A 15 DE ENERO DEL 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1.- Resumen

2.- Introducción

3.- Marco teórico:

I. Antecedentes

I.a) Evolución del concepto de adherencia, apego y rechazo a tratamiento.

Factores relacionados.

I.b) Intentos que se han hecho para evaluar el apego al tratamiento farmacológico.

I.c) Epidemiología de la falta de adherencia a tratamiento farmacológico.

II.- Impacto de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

II.a) Exacerbaciones y recaídas.

II.b) Hospitalizaciones

II.c) Intentos por mejorar la adherencia terapéutica.

III.- Escala de Evaluación de la influencia de los medicamentos en la falta de adherencia farmacológica:

III.a) Consistencia interna

III.b) Componentes principales.

III.c) Confiabilidad inter evaluador.

III.d) Correlación con reportes independientes de los familiares

4.- Justificación

5.- Planteamiento del Problema

6.- Objetivo

7.- Hipótesis

8.- Metodología:

- I. Tipo de Estudio.
- II. Universo y población de estudio
- III. Obtención de la muestra:
  - criterios de inclusión
  - criterios de exclusión
- IV. Instrumentos
- V. Definición de variables
- VI. Procedimiento

9.-Resultados

10.- Conclusión y discusión

11.- Bibliografía

12.- Anexos

## **TÍTULO**

"Evaluación de las razones de los pacientes con esquizofrenia para adherirse o no al tratamiento utilizando como instrumento la escala de clasificación de la influencia del medicamento"

## **RESUMEN**

Por cumplimiento o adherencia terapéutica entendemos el grado en el que un paciente sigue las instrucciones médicas. La ausencia de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia es una limitante importante para obtener un resultado efectivo. Es difícil medir la adherencia terapéutica y las actitudes relacionadas a ella, entre las aproximaciones que se han utilizado para tal efecto se incluyen la evaluación cuantitativa y de los factores de riesgo convencionales. Desde el punto de vista de la investigación con respecto al cumplimiento terapéutico hay pocos autores que se preocupen por la experiencia del paciente con relación al tratamiento. En 1994 Weiden<sup>12</sup> desarrolló una escala clinimétrica para evaluar los factores relacionados con actitudes y el comportamiento que influyen en la adherencia al tratamiento con antipsicóticos, siendo un instrumento confiable y válido que puede ser utilizado para evaluar las razones del paciente para adherirse o no a un tratamiento. El objetivo principal de esta escala ha sido el de desarrollar una medición clinimétrica de factores que determinen la adherencia al tratamiento con antipsicóticos. Para cada uno de los apartados se le preguntó al paciente que

calificara el grado de influencia de la siguiente manera: "ningún grado de influencia", "influencia moderada", influencia importante" y "no valorable".

Se realizó la traducción de la escala de clasificación de influencia del medicamento (Rating of medication influences R.O.M.I.) al español, después la retraducción al idioma inglés y finalmente de nuevo al español (ambas llevadas a cabo en forma independiente por dos psiquiatras que se encuentran ajenos a este trabajo) En la siguiente etapa se aplicó la escala a 98 pacientes de la consulta externa del INPRF con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide para conocer su comportamiento y continuar con su validación. Análisis estadístico. Se capturó y analizó la información en base al programa estadístico SPSS. Este análisis se realizó al nivel de cada apartado individual de la escala de clasificación de la influencia del medicamento (rating of medication influence R.O.M.I.) Se consideró a las variables en la escala como potenciales indicadores causales para el concepto de adherencia terapéutica.

Resultado y discusión. Las principales razones reportadas por el paciente para adherirse al tratamiento (grados de influencia moderado-importante) fueron: en primer lugar (100%) la percepción de beneficio diario, en segundo lugar (92.9%) la prevención de recaídas, en tercer lugar (85%) una relación médico paciente positiva y en cuarto lugar (83.7%) las creencias familiares positivas con respecto al tratamiento. En orden de importancia las razones o dificultades que tendría un paciente para considerar la adherencia mínima al tratamiento serían las siguientes: recursos económicos destinados al tratamiento (68.4% influencia moderada-importante), malestar ocasionado por efectos adversos (51%), negación de la enfermedad (49%), problemas relacionados con acceso

al tratamiento (45.9%) y estigmatización con respecto a enfermedad y/o tratamiento (42.8%)

## **INTRODUCCIÓN**

Por cumplimiento o adherencia terapéutica entendemos el grado en el que un paciente sigue las instrucciones médicas, esto es: el grado en el cual la conducta del paciente coincide con estas recomendaciones. Otros términos que han sido utilizados son: cooperación, colaboración, alianza terapéutica o seguimiento. La ausencia de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia es una limitante importante para obtener un resultado efectivo. Este problema se ha encontrado hasta en el 50% de los pacientes después de su egreso hospitalario, llegando a alcanzar el 75% después de 2 años (1). Existen dificultades para medir la adherencia terapéutica y las actitudes relacionadas a ella, entre las aproximaciones que se han utilizado se incluye la evaluación cuantitativa y de factores de riesgo convencionales. Muchos factores de riesgo se encuentran asociados a percepciones y actitudes más subjetivas y menos tangibles como: ausencia de introspección, negación de la enfermedad, estigmatización, conjunto de creencias familiares acerca de la medicación, percepción de beneficio personal derivado de la toma del medicamento, calidad de la relación médico paciente y presentación de efectos secundarios. A pesar de contar con distintos métodos no existe un método definitivo para estimar el cumplimiento.

Entre los apartados que han de ayudar al clínico a investigar este tema se encuentran los siguientes: 1) interrogatorio de médico, 2) interrogatorio al

paciente sobre su propio cumplimiento, 3) interrogatorio a terceros (familiares, amistades, cuidador), 4) control directo de medicamentos, 5) determinaciones bioquímicas del fármaco o de sustancias añadidas y 6) control del efecto farmacológico y posibles efectos secundarios.

Es frecuente que los pacientes suspendan la medicación ante la remisión o control de los síntomas al creer que la desaparición implica la curación. Con relación al manejo de dosis podemos encontrar tanto a pacientes que la disminuyen (principal proporción de casos), como pacientes que tienden a incrementarla. Esta falta de cooperación puede deberse a la enfermedad misma, el deterioro cognitivo o a la ausencia de conciencia con respecto a su enfermedad. Es muy importante tener presente la complejidad del tratamiento prescrito, por lo que el paciente debe ser capaz de incorporar su tratamiento en el contexto de la vida diaria. Un paciente difícilmente seguirá una indicación si no cree que esté relacionada con el origen de su enfermedad.

## **MARCO TEÓRICO**

I.a) Evolución del concepto de adherencia, apego y rechazo al tratamiento. Factores relacionados.

Fawcett<sup>1</sup> hace referencia al concepto de adherencia terapéutica como a la extensión o grado en el que un paciente cumple conductualmente con el régimen de tratamiento; esto es que tan fielmente el paciente toma sus medicamentos tal y como le son prescritos.

Garavan y cols.<sup>2</sup> definen como pobre introspección un constructo de tipo multidimensional caracterizado por la ausencia de conciencia con respecto a las deficiencias derivadas de un trastorno y por lo tanto de la carencia de la habilidad de re etiquetar los síntomas psicóticos como consecuencia de esta enfermedad, además de la identificación de una necesidad de un tratamiento; encontrándose una fuerte correlación entre estas dos últimas acciones. En 1994 Lysaker<sup>3</sup> propone que un pobre nivel de introspección en general es un predictor de una pobre adherencia a programas de tratamiento farmacológico y psicosocial, el cual pudiera estar relacionado al conjunto de déficit en el ámbito cognitivo (pérdida de la espontaneidad, pensamiento estereotipado y dificultades para abstracción), lo cual conlleva una dificultad en general para participar en el tratamiento, no solamente como una disminución en la motivación sino como una desorganización severa a nivel cognitivo que implica la pérdida de flexibilidad necesaria para mantener su participación.

Por otro lado Lader<sup>1</sup> propone que los siguiente factores se encuentran relacionados con la adherencia al tratamiento con psicofármacos:

- 1) Características demográficas del paciente. edad, sexo e incluso condición sociocultural.
- 2) Contenido de la enfermedad: síntomas predominantes (positivos, negativos, cognitivos o afectivos).
- 3) Actitud y comportamiento del médico: en el contexto de facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica.
- 4) Condiciones del sitio de establecimiento del tratamiento: servicio ambulatorio que incluye supervisión de casos comunitarios, clínicas de antipsicóticos de depósito, servicios tradicionales.
- 5) Características del medicamento y régimen

terapéutico: de tipo simplificado, vía y horario de administración, perfil de acción predominante y de efectos colaterales

En la investigación con respecto al cumplimiento terapéutico hay pocos autores que se preocupen por la experiencia del paciente con relación al tratamiento; se consideran 3 componentes principales desde el punto de vista de esta teoría que considera la percepción subjetiva del paciente con respecto a la experiencia del medicamento: 1) ¿Cómo define el paciente su enfermedad? 2) ¿Cuál es la causa atribuible a ésta? 3) ¿Cuál sería el curso esperado de ella?<sup>4</sup>

Tomando el modelo actual en salud, la adherencia al tratamiento es considerada como la decisión tomada por el paciente a la cual es capaz de llegar después de percibir los efectos benéficos y colaterales de un medicamento determinado.<sup>5</sup>

El reconocimiento de los factores de riesgo para presentar una pobre adherencia al tratamiento es uno de los pasos iniciales para diseñar intervenciones efectivas<sup>6</sup>

Fenton y cols.<sup>7</sup> creen que en el establecimiento del tratamiento, el factor más importante que habrá de determinar la efectividad de éste es la decisión del paciente de aceptar o rechazar el régimen prescrito.

Además de los factores intrínsecos a la esquizofrenia, los siguientes factores afectan la adherencia al tratamiento: aquéllos intrínsecos al medicamento, el apoyo social disponible, la comorbilidad con abuso de sustancias y la calidad de la alianza terapéutica. Lo importante de todos éstos es que pueden

considerarse puntos potenciales de intervención para mejorar el cumplimiento con el tratamiento.

En 1999, Kampman y Lehtinen<sup>8</sup> realizaron una revisión bibliográfica de adherencia terapéutica en psicosis abarcando los años de 1974 a 1997 y evaluaron el significado de sus diferentes componentes. Encontraron que los factores más relacionados a este concepto son: efectos colaterales, actitud con respecto a los medicamentos, tipo de ideación delirante presente, abuso de sustancias, nivel de introspección y soporte brindado por el ambiente familiar. No se pudo probar la influencia del deterioro cognitivo.

Otros autores proponen una aproximación alternativa para explorar la adherencia terapéutica; examinando aquellos factores que influyen en las creencias que se pueden llegar a tener con respecto a la salud. El modelo de Becker y Maimon<sup>9</sup> asume que son cuatro las creencias que principales contribuyen en la posibilidad de que un individuo se adhiera a su tratamiento: la percepción del beneficio a recibir, la percepción de barreras para lograr la adherencia, la percepción de susceptibilidad a padecer la enfermedad, la percepción de las consecuencias negativas derivadas de no seguir el tratamiento. Por lo tanto es más probable que ocurra una buena adherencia si la percepción de la amenaza de enfermedad es mayor y si la percepción de beneficios del tratamiento excede la percepción de los obstáculos.

Además, se favorece el cumplimiento con la existencia de un locus de control externo, en este caso representado por el medicamento.

## **I.b) Intentos que se han hecho para evaluar el apego al tratamiento farmacológico**

En el año de 1988 Bartkó<sup>10</sup> realizó una comparación entre dos grupos de pacientes con una adherencia terapéutica conocida, encontrando: una mayor proporción de ideación delirante de tipo megalomaniaca y ausencia de sentimiento de enfermedad e introspección en el grupo con menor adherencia al tratamiento; el cual también presentó un mayor índice de psicopatología general y de desajuste social. El grupo con mayor apego presentó una mayor puntuación en el auto reporte de depresión.

Kampman<sup>11</sup> realizó una comparación entre los reportes de adherencia terapéutica por parte de los pacientes y los de sus médicos tratantes, encontrando datos concordantes en la mayor proporción de los casos, exceptuando las siguientes condiciones: presencia de episodio de manía, actitud negativa hacia el tratamiento y el uso de dosis elevadas de antipsicótico; casos en los que se presentó discordancia significativa.

En 1994 Weiden<sup>12</sup> desarrolló una escala clinimétrica para evaluar los factores relacionados con actitudes y el comportamiento que influyen en la adherencia al tratamiento con antipsicóticos, siendo un instrumento confiable y válido (en su idioma inglés) que puede ser utilizado para evaluar las razones del paciente para adherirse o no a un tratamiento.

Difícilmente se han examinado las razones del paciente (experiencia subjetiva) para cumplir o no un tratamiento; en un estudio de Löffler y Killian<sup>13</sup> en Alemania se llevó a cabo la aplicación de la escala R.O.M.I. (rating of

medication influences) encontrando el siguiente resultado principal: la percepción del beneficio en relación al medicamento fue la razón principal para presentar el cumplimiento. El reporte del paciente de pobre adherencia al tratamiento fue explicado principalmente por los efectos colaterales del medicamento. No hubo diferencias significativas entre antipsicóticos típicos y atípicos; concluyendo que debe enfatizarse la psicoeducación como estrategia para mejorar la adherencia terapéutica.

La experiencia subjetiva del paciente con esquizofrenia que se encuentra bajo tratamiento farmacológico al igual que el grado de satisfacción con su tratamiento desafortunadamente son áreas poco estudiadas. Ambas guardan una relación muy estrecha con el cumplimiento del tratamiento.<sup>14</sup>

### **I.c) Epidemiología de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico**

De acuerdo a una revisión sistemática acerca de la adherencia al tratamiento llevada a cabo por Nose y cols.<sup>15</sup> se estima una tasa aproximada de no-cumplimiento de 25.8%; esto es 1 de cada 4 pacientes. Por lo tanto surge una pregunta: ¿cuáles son las características de los pacientes con esquizofrenia que presentan una adherencia óptima al tratamiento y las de aquellos que no la presentan? , con el propósito de evaluar los factores predictivos de adherencia al tratamiento e identificar los puntos potenciales de intervenciones efectivas.

Varios factores han sido asociados a la falta de adherencia terapéutica en esquizofrenia, entre ellos: la edad (segunda década de la vida), lo cual pudiera explicarse acorde a la resistencia de aceptar padecer un trastorno psiquiátrico mayor y por lo tanto de requerir medicamentos de por vida; otras una corta

duración y un curso episódico de la enfermedad, una experiencia de respuesta disfórica temprana a los medicamentos; una actitud suspicaz; una menor frecuencia de efectos colaterales y una atribución incorrecta con respecto a sintomatología positiva (con relación a introspección). En este grupo de pacientes es necesario que experimenten los beneficios de tomar el medicamento a corto o mediano plazo antes de decidir su toma a largo plazo, tal y como lo proponen Agarwal y Sharma<sup>16</sup> en 1991.

Los pacientes jóvenes son más sensibles a los problemas de adherencia al tratamiento. El reto principal en la fase inicial de la enfermedad no sólo es hacer ver al paciente que presenta este padecimiento, sino también es convencerlo de que el tratamiento de mantenimiento es necesario para presentar un mejor pronóstico a largo plazo.<sup>17</sup>

En 1994 un estudio llevado a cabo por Sellwood y Tarrier<sup>18</sup> con el propósito de encontrar aquellos factores demográficos asociados con pobre adherencia terapéutica se obtuvo como resultado que el grupo étnico de hombres afroamericanos presenta estancias intrahospitalarias más cortas y un mayor número de admisiones, como resultado de un mayor porcentaje de rechazo al tratamiento.

Razali<sup>19</sup> concluyó en un ensayo clínico llevado a cabo en un país en vías de desarrollo (Malasia) que la adherencia terapéutica se encuentra relacionada en forma significativa con respecto a la utilidad que el paciente percibe de tomar su medicamento, en el grupo de pacientes con las siguientes características: una duración del tratamiento menor a 5 años, establecimiento de toma de dosis: 1 a 2 ocasiones por día, además de contar con la supervisión del

medicamento en casa. También resalta la importancia del apoyo familiar y el entendimiento del contexto cultural del paciente en este rubro.

Según lo reportado por Tattan<sup>20</sup> en el 2001 otra de las características de los pacientes que presentan pobre adherencia al tratamiento es tener un nivel significativamente mayor de sintomatología negativa principalmente: abulia, apatía y alogia (estudiando una población tratada con antipsicótico de depósito). Explicación dada por una menor motivación para acudir a las clínicas en forma regular, menor capacidad de entender su enfermedad y presentar mayor grado de dificultades de interacción social y de comunicación para poder llegar a establecer un acuerdo terapéutico.

Los pacientes con menor adherencia al tratamiento tenían un curso de la enfermedad más severo y mayor número de hospitalizaciones en un periodo de tiempo más corto.

En otro estudio de pacientes bajo tratamiento con antipsicótico de depósito se encontró que los pacientes que presentaban menor adherencia al tratamiento tenían mayor severidad de sintomatología negativa de la esquizofrenia, principalmente: abulia, apatía y alogia.<sup>21</sup> Además se ha descrito mayor prevalencia de trastornos relacionados al consumo de sustancias en este grupo de pacientes, entre ellos principalmente el abuso y dependencia a alcohol.<sup>22</sup>

De acuerdo a evaluaciones psicológicas en pacientes psicóticos o con trastornos del estado de ánimo se encontraron calificaciones más altas en las escalas de: búsqueda de sensaciones novedosas, desinhibición y

susceptibilidad al "aburrimiento" en aquellos pacientes con una probabilidad mayor de presentar pobre adherencia al tratamiento.<sup>23</sup>

De acuerdo a Fuciec<sup>24</sup> dentro de los factores que se pueden asociar al abandono del tratamiento en un servicio ambulatorio (tratamiento médico, social, familiar, rehabilitación) por parte de pacientes con trastornos psicóticos son: pobre cumplimiento del tratamiento, nula conciencia de enfermedad, comorbilidad con abuso de sustancias, aislamiento social y sexo masculino.

## **II. Impacto de las recaídas y falta de adherencia al tratamiento**

La tasa de recaída en esquizofrenia es 3 veces mayor de lo que debería suceder, al considerar el arsenal de medicamentos disponibles actualmente; siendo lo anterior no solo responsable de una cantidad inmensurable de sufrimiento humano (tanto de los pacientes como de sus familiares), sino también de incurrir en un gasto monetario importante a la sociedad. Ya que muchos de los pacientes no son tratados en forma profiláctica o durante el tiempo que es necesario, por razones que a continuación describiremos; en general la poca adherencia terapéutica es reforzada de manera constante por los familiares y por los mismos médicos tratantes; al subestimar el riesgo de recaída y sobrestimar el riesgo de aparición de efectos colaterales.<sup>25</sup>

En 1997 Viguera y Baldessarini<sup>26</sup> realizaron un estudio con el propósito de cuantificar el riesgo de recaída en los pacientes con esquizofrenia después de la suspensión del tratamiento de mantenimiento con antipsicótico, encontrando que el riesgo de recaída fue mayor y se presentó más temprano en aquellos

pacientes en los que se realizó la suspensión abrupta de medicamentos vía oral, llevando un riesgo de recaída aproximado del 50% dentro de las primeras 30 semanas. Otros factores no relacionados con el fármaco que incrementan la vulnerabilidad para una recaída incluyen: sexo masculino, edad joven, inicio temprano, asociación con enfermedad médica, evidencia metabólica o endocrinológica de incremento de la respuesta al estrés y activación psicótica inducida por estimulantes.

En el mismo año, Schooler y Keith<sup>27</sup> elaboraron un estudio para valorar el impacto de la disminución de la dosificación de los antipsicóticos y la terapia familiar en la probabilidad de recaída y rehospitalización durante la etapa de mantenimiento, en el cual el uso de dosis menores de mantenimiento y tratamiento dirigido de intervención temprana (inmediatamente después de la aparición de síntomas) incrementaron el riesgo de recaídas y de rehospitalización.

Robinson y Woerner<sup>28</sup> efectuaron un estudio en pacientes con primer episodio psicótico y evaluaron medidas de psicopatología, cognición y funcionamiento social con respecto a un algoritmo estandarizado de tratamiento, demostrando que existe un riesgo alto de recaída en general dentro de los primeros 5 años de recuperación de este primer episodio, riesgo que es susceptible de ser disminuido mediante la terapia de mantenimiento.

Blow y Ullman.<sup>29</sup> proponen en su estudio multicéntrico que debido a los altos costos encontrados que implica el cuidado a largo plazo de la salud mental para los pacientes seriamente y persistentemente enfermos, es necesario hacer una evaluación de la efectividad de los distintos modelos de atención

para este grupo de pacientes, destacando la importancia de aquellos programas de tipo especializado enfocados a mejorar el manejo de casos en la comunidad, con la oportunidad de una supervisión más estrecha de la administración del tratamiento, reduciendo la posibilidad de una recaída y los días de estancia hospitalaria cuando ésta se ha presentado

Los pacientes que interrumpen su tratamiento en forma periódica, en un periodo de al menos 30 días de duración, presentan un incremento significativo del riesgo para cometer suicidio; esto de acuerdo a un estudio prospectivo de Herings y cols.<sup>30</sup> que se llevó a cabo en un grupo de pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina).

### **II c) Intentos por mejorar la adherencia terapéutica**

Algunos autores hablan de enfocar la atención hacia los especialistas en salud mental para mejorar la adherencia al tratamiento, invitándolos a dejar de ver al paciente con esquizofrenia como un receptáculo pasivo en el tratamiento al hacer un esfuerzo por movilizar la colaboración del paciente en la conducción del tratamiento. La tarea actual consiste en educar a los pacientes, familiares y cuidadores para inculcar el valor del tratamiento de mantenimiento y de tipo psicosocial en la prevención de recaídas y la promoción de una "mejor calidad de vida."<sup>31</sup> En una investigación llevada por Corder y cols.<sup>32</sup> para conocer la opinión de un grupo de adultos con enfermedad crónica severa (tipo médico o psiquiátrico) acerca de como perciben la necesidad de tratamiento a largo plazo; concluyeron que es deber del practicante reconocer que la resistencia es una parte importante de la negociación en este grupo de pacientes, por lo

cual se debe trabajar en forma conjunta para poder aspirar a un tratamiento efectivo.

La mayoría de los autores coinciden de acuerdo a las revisiones recientes de la literatura, en recomendar intervenciones de tipo psicosocial como las estrategias de primera elección para aquellos pacientes con parcial adherencia al tratamiento; en el caso de pacientes con evidencia franca de pobre adherencia se recomiendan intervenciones farmacológicas. En gran parte es difícil distinguir entre ambas poblaciones por lo que se recomienda una combinación de ambas estrategias.<sup>33</sup>

Uno de los objetivos de estos programas es que el paciente aprenda a monitorizar su tratamiento diario y pueda reportar a su médico cualquier indicio relacionado con efectos colaterales o con una posible recaída.<sup>34</sup> De acuerdo a O'Donnel y cols.<sup>35</sup> las actitudes hacia el tratamiento en forma inicial son predictivas de la adherencia que mantendrá el paciente un año después.

Hace 2 años Parashos<sup>36</sup> llevó a cabo un examen de las razones dadas por los pacientes y sus familiares para no presentar adherencia al tratamiento, encontrando que el 60% adjudicó carecer de conocimiento de la enfermedad, específicamente del curso y manejo, 20% se relacionó con la falta de introspección, 10% con la presión social y por último 10% por la incidencia de efectos colaterales. Por otro lado la mejor razón para presentar adecuada adherencia al tratamiento es el sentimiento de confianza hacia el médico, esto es: la percepción del médico como una persona auténticamente interesada en ellos y que puede ser capaz de comprenderlos.

En el 2001, Donohoe y cols.<sup>37</sup> trataron de identificar predictores de adherencia clínicamente útiles, con los siguientes resultados: las principales diferencias entre regular y parcial adherencia se encuentran en variables de tipo cognitivo como actitud respecto al medicamento e introspección; mientras que las principales características entre adherencia parcial y pobre se encontraron en los niveles de memoria y de sintomatología, esto es; cuando el paciente se encuentra “mal”, los niveles mayores de síntomas positivos y el deterioro en la memoria son los determinantes para la adherencia y cuando el paciente se encuentra estable la actitud hacia el medicamento y el nivel de introspección son los que influyen.

La emoción expresada en la familia puede ser también un factor importante para el entendimiento de las facultades del paciente para adherirse o no a su tratamiento; encontrándose en un estudio llevado a cabo por Sellwood y cols.<sup>38</sup> que entre menor emoción expresada se presenta en la familia de pacientes de edad mayor, presentan mejor adherencia al tratamiento. Lo cual no se aplica de acuerdo a los resultados obtenidos a los pacientes más jóvenes.

En los últimos 40 años los antipsicóticos de depósito se han constituido en un importante elemento para mejorar la adherencia al tratamiento, facilitando el uso de intervenciones de rehabilitación que reducen las tasas de recaídas y de hospitalizaciones.<sup>39</sup> Pero contrario a lo que se podría creer una minoritaria, pero sustancial parte de los psiquiatras considera que los antipsicóticos de depósito son una práctica estigmatizante (48%) que causan una mayor incidencia de efectos colaterales (38%) y que son menos aceptados tanto por el paciente (69%) como por la familia (66%). Lo cual denota una importante

carga de prejuicios por parte de los especialistas de salud mental hacia este grupo de medicamentos.<sup>40</sup> Godemann<sup>41</sup> investigó el valor del tratamiento intermitente como opción terapéutica para pacientes esquizofrénicos con actitudes críticas hacia el medicamento, esto con el objetivo de disminuir el abandono al tratamiento, sin encontrar éxito en forma aparente ya que esta estrategia ha fallado en demostrar incrementar el porcentaje de cumplimiento.

De acuerdo a una revisión de la literatura llevada a cabo por Dolder y Lacro<sup>42</sup>, dentro de las maniobras utilizadas para mejorar cumplimiento las más importantes son aquéllas que combinan técnicas educativas, conductuales y afectivas; con los siguientes resultados: disminución en recaídas, hospitalización y niveles de psicopatología, además de incremento en el funcionamiento psicosocial, introspección y en la necesidad de tratamiento.

Dentro de las opciones farmacológicas, en un modelo propuesto por Mortimer y Williams<sup>43</sup> encontraron que la quetiapina y la ziprasidona presentaron tasas altas de adherencia al tratamiento y bajo índice de recaídas. En contraparte la olanzapina y risperidona presentaron las tasas más bajas de adherencia y altos índices de recaídas; la explicación propuesta sugiere que el perfil de distintos efectos colaterales de los antipsicóticos atípicos lleva a diferentes actitudes con respecto al cumplimiento terapéutico; considero que este estudio es importante porque es de los pocos que se dedican a estudiar la posibilidad de distintos perfiles de adherencia al tratamiento de acuerdo al fármaco seleccionado por el médico tratante.

Raja<sup>44</sup> propone también al especialista tener particular interés en el perfil de efectos colaterales de los medicamentos; entre ellos existe una gran prevalencia de disfunciones sexuales, principalmente deseo sexual disminuido; efecto que podría contribuir en forma decisiva para el abandono total del tratamiento.

El tratamiento con tabletas de olanzapina de disolución rápida vía oral podría ser una estrategia, actualmente en estudio, para mejorar la adherencia al tratamiento, propuesto principalmente a ser utilizado en pacientes con exacerbación abrupta.<sup>45</sup> Otra opción en desarrollo es el uso de implantes quirúrgicos con sistemas para la liberación de antipsicóticos a largo plazo (de depósito), también en fase actual de experimentación, con base a preparación de decanoato de haloperidol.<sup>46</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

Caraveo y cols.<sup>47</sup> (1996) encontraron que de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) los trastornos esquizofrénicos están presentes en el 1-2% de la población mexicana. Existen grandes motivos que explican el renovado interés actual sobre los factores que predicen y determinan la adherencia terapéutica: la importancia de las estrategias de prevención y profilaxis en el campo sanitario, además de que un incorrecto seguimiento de las indicaciones médicas o una falta de cooperación pueden condicionar mayor incidencia de complicaciones, descompensaciones, que pueden requerir un ingreso hospitalario; con las pérdidas considerables que esto conlleva tanto de tiempo y dinero. El costo de un internamiento en el

Instituto Nacional de Psiquiatría de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia que ha presentado una recaída oscila entre los 7,193 y 35,686 pesos (dependiendo del nivel socioeconómico asignado), costo que también incluye los días laborales perdidos tanto del paciente (en caso de que éste trabaje) y del cuidador (cuando es un familiar el que cumple con esta función). La experiencia subjetiva del paciente con esquizofrenia que se encuentra bajo tratamiento farmacológico al igual que el grado de satisfacción con su tratamiento desafortunadamente son áreas poco estudiadas. Ambas guardan una relación muy estrecha con el cumplimiento del tratamiento. Al identificar las razones que tiene un paciente para adherirse o no a un tratamiento podemos también identificar sitios potenciales para implementar estrategias o intervenciones para aspirar un tratamiento más efectivo. En forma simultánea se trabajará en otro aspecto de importancia necesaria que es la calidad de la relación terapéutica.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es necesario evaluar la experiencia subjetiva de los pacientes con esquizofrenia con respecto al cumplimiento para entender la conducta relacionada a la adherencia terapéutica y desarrollar estrategias preventivas.

¿Cuáles son las principales razones desde el punto de vista de la experiencia subjetiva para adherirse o no al tratamiento en la población de pacientes con esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente?

## **OBJETIVO**

Determinar las creencias desde el punto de vista de la experiencia subjetiva del paciente con esquizofrenia para decidir colaborar o no en su tratamiento.

### **Objetivos específicos.**

-Identificar las principales razones que tiene un paciente con diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia para cumplir su tratamiento, esto es el grado de influencia de cada uno de los apartados de la subescala.

-Identificar las principales razones para no adherirse a su tratamiento. Evaluar el grado de influencia de cada uno de los apartados de esta subescala.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis de trabajo.**

La principal razón para adherirse o no al tratamiento con antipsicótico en la población de pacientes con esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente es la percepción de beneficio diario derivado.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo de estudio. Transversal y descriptivo.

Universo: Pacientes con diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia.

Población: Pacientes de la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Número de sujetos estudiados: 98 pacientes.

Tiempo estimado de captación de pacientes: rotación de 4°. Año en la clínica de esquizofrenia del INPRF del 1°. de marzo del 2003 al 31 de agosto del 2003.

### **OBTENCIÓN DE LOS SUJETOS.**

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes de la clínica de esquizofrenia del INPRF.
- Diagnósticos: Esquizofrenia Paranoide Crónica, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno psicótico secundario (a causa médica o a abuso de sustancias) de acuerdo a criterios diagnósticos del DSMIV.
- Pacientes bajo tratamiento con antipsicótico (medicamento principal) en el último mes.
- Pacientes clínicamente estables. Con incremento menor al 20% de la sintomatología positiva en los últimos 3 meses de acuerdo a la apreciación clínica.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes médicamente enfermos de gravedad.
- Pacientes con déficit cognitivo severo que imposibilite la aplicación de la escala.
- Pacientes que no acepten (vía comunicación verbal) participar en la aplicación del instrumento principal.

## **INSTRUMENTOS**

Una revisión de la literatura llevada a cabo por Weiden y cols. (1) como parte del programa de Esquizofrenia (Centro Hospitalario San Lucas/ Roosevelt en Nueva York) acerca del incumplimiento en psiquiatría reveló siete dominios relacionados y que se aplican al tratamiento de mantenimiento de las enfermedades crónicas. Cada dominio fue revisado en un formato de discusión de grupo, además de ser evaluado a través de una entrevista desarrollada en forma específica, siendo aplicada a pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia. En base a estos se elaboró la escala de clasificación de la influencia del medicamento en pacientes con esquizofrenia (R.O.M.I.)

Estos dominios se agrupan en tres apartados principales: 1) Razones reportadas por el paciente para presentar adherencia terapéutica; 2) Razones reportada por el paciente para presentar incumplimiento; y 3) Otros juicios o razones para adherencia o incumplimiento.

### **Dominios del cumplimiento relevantes a la esquizofrenia:**

A)Presentación de la enfermedad. B)Sistema de oferta del tratamiento. C)Régimen terapéutico. D)Interacción médico-paciente. E)Características del paciente. F)Factores psicosociales. G)Factores psicológicos.

El objetivo principal de esta escala ha sido el de desarrollar una medición clinimétrica de factores del comportamiento y actitudes que determinen la adherencia al tratamiento con antipsicóticos. Para cada uno de los apartados se le preguntó al paciente que calificara el grado de influencia de la siguiente manera: "ningún grado de influencia", "influencia moderada", influencia importante" y "no valorable". La sección de razones subjetivas para presentar adherencia mínima al tratamiento es introducida mediante la siguiente pregunta: "Aunque siempre tome su medicamento. Podría ser que algunas veces se resista a tomarlo, o ha deseado abandonar la ingesta probablemente. ¿Cuál sería la principal razón para resistirse (rehusarse) o sentir la necesidad de no tomar su medicamento este mes?". Después tendrían que responder una serie de 13 reactivos para los cuales tendrían que proporcionar una calificación de grado de influencia para rehusarse a tomar el tratamiento.

### **Características de la Escala de Evaluación de la Influencia del Medicamento:**

Confiabilidad inter evaluador. Un equipo de 5 investigadores llevó a cabo sesiones para confirmar este tipo de confiabilidad: uno de ellos entrevistó al paciente, el resto completó la valoración de la escala. La confiabilidad inter

evaluador fue calculada con un coeficiente kappa para cada apareamiento posible de los resultados de los 5 evaluadores.

Se probó la validez de la escala con otras medidas subjetivas: el inventario de actitudes con respecto al medicamento (DAI Hogan) y la escala de disforia por neurolépticos (ND Van Putten y May. Las correlaciones empíricas entre estas tres escalas sustentan la afirmación de que son tres instrumentos se pueden considerar como mediciones razonables de actitudes globales con respecto al medicamento.

Se encontró un grado de confiabilidad adecuado en el apartado de razones del paciente para adherencia e incumplimiento. Todos los apartados en los cuales se obtuvieron puntuaciones inadecuadas fueron excluidos de la versión actual de la escala.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se capturó la información en el programa estadístico SPSS. El análisis estadístico se realizó en el nivel de cada apartado individual de la escala de clasificación de la influencia del medicamento (rating of medication influence R.O.M.I.) Se consideraron las variables en la escala como potenciales indicadores causales para el concepto de adherencia terapéutica.

Se aplicó la escala a 98 pacientes de la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplieran con los criterios de inclusión en el protocolo de estudio.

## PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 1. Situación de vida**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Con supervisión	32	32.7
Sin supervisión	66	67.3
Total	98	100

**Tabla 2. Régimen de medicación. Antipsicóticos (AP)**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
AP típicos	39	39.8
AP atípicos	38	38.8
AP de acción prolongada	17	17.3
AP típicos y atípicos	4	4.1
Total.	98	100

**Tabla 3. Actitud general del paciente hacia el tratamiento.**

<b>Tipo de adherencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Voluntaria	87	89.7
Involuntaria	7	7.2
Irregular	3	3.1
	97	100

**Tabla 4. Actitud de la familia y el cuidador hacia el tratamiento farmacológico.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Apoyo	96	98
Rechazo	2	2
	98	100

**Tabla 5. Razones para adherencia al tratamiento. Expresado en porcentajes.**

	Grado de influencia			
	NA	Ninguno	Moderado	Importante
Beneficio diario observado			28.6	71.4
Relación médico-paciente		14.3	71.4	14.3
Relación terapeuta-paciente	83.7	1.0	11.2	4.1
Creencias familiares positivas	1.0	15.3	54.1	29.6
Prevención de recaídas		7.1	29.6	63.3
Coacción para tratamiento	9.2	67.3	14.3	9.2
Temor a rehospitalización	48	31.6	11.2	9.2

\*NA= no aplica para el apartado en cuestión

**Tabla 6. Razones para adherencia mínima.**

	Grado de influencia			
	NA	Ninguno	Moderado	Importante
No observa beneficio diario	7.1	71.4	19.4	2.0
Relación médico-paciente	9.2	81.6	9.2	
Relación terapeuta paciente	83.7	12.2	4.1	
Oposición médica a tratamiento	33.7	60.2	5.1	1.0
Oposición familiar al tratamiento	22.4	65.3	11.2	1.0
Problemas en acceso a tratamiento	2.0	52.0	43.9	2.0
Estigma de tratamiento	5.1	52.0	36.7	6.1
Recursos económicos		31.6	59.2	9.2
Abuso de sustancias	61.2	24.5	11.2	3.1
Negación de enfermedad	5.1	45.9	38.8	10.2
Medicación innecesaria	7.1	55.1	28.6	9.2
Malestar por efectos colaterales	8.2	40.8	45.9	5.1
Deseo de ser rehospitalizado	68.4	30.6	1.0	

\*NA= no aplica para el apartado en cuestión

## **RESULTADOS.**

Entrevista semiestructurada.

Con relación a la supervisión de la ingesta del medicamento, de los pacientes entrevistados el 32.7% refirió presentar supervisión y el resto (67.3%) contestó que la ameritaban, ya que ellos se consideraban responsables de la administración de éste (tabla1).

Acerca del régimen de tratamiento prescrito se encontraron las siguientes características en orden decreciente: 39.8% fueron tratados con un antipsicótico típico, 38.8% con un antipsicótico atípico, 17.3% con un antipsicótico de larga duración y 4.1% actualmente con una combinación de antipsicóticos típico y atípico (tabla 2).

Con respecto a la actitud general del paciente hacia el tratamiento y la medicación, el 88.8% (lo cual representa la mayoría) reportó presentar adherencia voluntaria al tratamiento. El resto se dividió en aquellos pacientes que reportaron adherencia involuntaria al tratamiento (7.1%) y en los que a veces estaban convencidos de adherirse al tratamiento y otras no (actitud irregular) y se tomaban el fármaco por coacción de cualquier tipo (tabla 3).

La mayoría de los pacientes reconoció una actitud de apoyo por parte de su familia con respecto al uso de antipsicóticos (98%), solo el 2% percibió una actitud de rechazo (tabla 4).

B)Entrevista estructurada.

Parte I. Razones para adherencia al tratamiento (tabla 5)

Se calificó de acuerdo al grado de influencia de cada apartado para adherirse al tratamiento.

El 71.4% de los pacientes consideró que el beneficio observado diariamente con el medicamento contribuía de manera importante a su adherencia al tratamiento.

De acuerdo a la calidad de la relación con el médico tratante: el 71.4% refirió que ésta influye en un grado notable, el resto: 14.3% consideró que la alianza terapéutica con el médico tiene un grado de influencia moderado y el otro 14.3% reportó que no presentaba ningún grado de influencia.

Destaca además que el 82% no contaba con apoyo psicoterapéutico adicional al proporcionado por su médico tratante.

Al preguntarles que tanto influía en ellos el apoyo de algún familiar o amigo para tomar la decisión de adherirse al tratamiento el 54.1% refirió que en forma moderada y 29.6% consideró que de manera importante, el 15.3% restante no consideró este tipo de influencia.

El 63.3% y el 29.6% consideran que su adherencia al tratamiento está influida de manera moderada e importante por la prevención de recaídas.

Acerca de la influencia de la presión ejercida por los demás para adherirse al tratamiento: el 67.3% reportó que no presentaba ninguna influencia, el 14.3% la calificó con un grado moderado y el 9.2% como importante. El resto: 9.2% refirió no percibir coacción para tomar su medicamento.

En el último apartado: el 48% niega haber sido hospitalizado, del resto: 31.6% sin algún grado de influencia el hecho de temer una rehospitalización para adherirse al tratamiento, 11.2% refirió que si presentaba una influencia de tipo moderado y el otro 9.2% la consideró como una razón importante.

Parte II. Razones para presentar adherencia mínima al tratamiento (tabla 6)

El 71.4% de los pacientes reportó que el hecho de no observar un beneficio diario (derivado del medicamento) no representaba algún obstáculo como para decidir abandonar el tratamiento, en contraste el 19.4% sí lo considero como un factor de influencia moderada y el 2% restante lo calificó como importante.

Además hay que destacar que el 81.6% consideró que una alianza terapéutica de mala calidad no presentaba influencia alguna para no adherirse al tratamiento mientras que el 9.2% consideró que sí ejercía una influencia moderada.

Al preguntarles si algún profesional de salud con el cual hubieran tenido contacto se oponía al medicamento el 33.7% refirió que no, del resto: el 60.2% reportó que éste no influía en ningún grado sobre ellos, en cambio el 6.1% sí percibió un grado de influencia de tipo moderado a importante.

El 22.4% no describió oposición hacia el tratamiento por parte de algún familiar o persona significativa, para los demás esta oposición no es tan notable como para discontinuar su tratamiento (65.3%), pero al 12.2% le afecta en al menos una forma moderada.

En relación con problemas de logística ( acceso a tratamiento) el 52.0% no refirió algún grado de influencia para presentar incumplimiento, en cambio el

45.8% si lo consideran como un factor relevante que interfiere con la adherencia terapéutica.

El 5.1% refirió que en el transcurso de su padecimiento no se ha sentido avergonzado o estigmatizado con respecto a éste, el 52% refiere que esta percepción de estigmatización no ejerce algún grado de influencia para presentar resistencia a seguir las indicaciones influencia, mientras que para el 43.9% y el 2% sí lo es en una proporción moderada e importante, respectivamente.

Para el 31.6% de los pacientes la cantidad de recursos destinados a la compra del medicamento no representa un obstáculo para continuar su tratamiento, pero para el 59.2% si es un factor que influye en forma moderada y el 9.2% lo considera importante.

El 61.2% respondió que no suele suspender sus medicamentos con la intención de consumir algún otro tipo de sustancia, en cambio el 24.5% no refirió que esto influyera para abandonar el medicamento, el 11.2% consideró que el deseo o hecho de consumir una sustancia si ejercía una influencia moderada para no adherirse al tratamiento y el restante 3.1% lo llegó a calificar como un factor importante.

Para el 49% de los pacientes el no percibir la enfermedad en forma actual podría interferir con la ingesta del medicamento, mientras que para el 45.9% no influye en su decisión.

El 7.1% considera que el medicamento siempre será necesario, mientras que el 55.1% refiere que aún y cuando lo considere como algo innecesario no ejerce algún grado de influencia ello para suspenderlo, el 28.6% refiere que si

llegaran a sentirlo como algo innecesario tendría una importancia moderada al momento de decidir el abandono, para el 9.2% restante sería un factor importante.

El 7.1% considera que no presenta efectos colaterales, para el 45.9% no representan algún grado de influencia en relación a la decisión de suspender el tratamiento, pero el 41.8% considera que es un apartado que si influye en un grado moderado y el 5.1% sí lo considera como algo importante.

Con respecto al temor a presentar en un futuro efectos colaterales y la posibilidad de presentar adherencia mínima el 4.1% no respondió, 50% refiere que no ejerce algún grado de influencia, el 41.8% si lo considera pero en un grado moderado, mientras que el 4.1% lo percibe como un factor importante.

El 40.8% refiere que el malestar ocasionado por los efectos colaterales no ejerce influencia para decidir el abandono del tratamiento, mientras que el 45.9% y 5.1% si lo justifica en forma moderada e importante, respectivamente.

Para finalizar el 68.4% respondió que no desearía ser rehospitalizado, mientras que el 30.6% consideró que este deseo (de haberse presentado) tenga influencia en la decisión de abandonar el tratamiento y solamente el 1% califica que pudiera ejercer un grado de influencia moderado.

## DISCUSIÓN

El 67% de los pacientes reportaron que no ameritaban supervisión de la ingesta de sus medicamentos, por lo que podemos concluir que éstos son responsables de la administración de éste.

La mayoría de los pacientes (95.9%) son tratados actualmente con un régimen monoterapéutico en cuanto a antipsicótico (aproximadamente igual porcentaje de antipsicótico típico vs. atípico) el cual facilita la adherencia al tratamiento, pero hay que destacar que solamente el 17.3% recibe tratamiento con antipsicótico de depósito, lo cual coincide con la referencia de Patel y cols.<sup>40</sup> de que es una herramienta que se puede considerar pocas veces utilizada e inclusive estigmatizante.

El 88.8% (lo cual representa la mayoría) refirió presentar adherencia voluntaria al tratamiento en contraste con el estudio de Windgassen<sup>48</sup> llevado a cabo en un grupo de pacientes que fueron tratados por presentar una recaída en el que 50% aprobaban el tratamiento, 25% presentaban actitud ambivalente y 25% una actitud francamente de rechazo.

De nuevo, la mayoría de los pacientes (98%) comentó percibir una actitud de apoyo por parte de su familia con respecto al uso de antipsicóticos, lo cual de alguna manera concuerda con los resultados anteriores al ser similares las cifras de los pacientes que perciben apoyo de sus familiares y las de aquellos que no requieren coerción para adherirse al tratamiento.

Los apartados de la escala se vuelven puntos potenciales de intervención<sup>12,13</sup> como base para el diseño de estrategias para incrementar el apego al tratamiento, tal y como lo comentaré más adelante

El 71.4% reportó que el beneficio diario observado influía importantemente para adherirse al tratamiento, el 28.6% restante refirió también una influencia pero moderada.

También hay que considerar el papel de la psicoeducación, ya que los pacientes consideran que el factor que influye en forma más importante en la adherencia al tratamiento es la prevención de recaídas: el 63.3% y 29.6% reportaron una influencia moderada e importante respectivamente. Lo anterior concuerda con los resultados encontrados por Loffler<sup>13</sup>, el cual describe como principales razones para adherirse al tratamiento la percepción de beneficio diario y la prevención de recaídas. Todo esto sirve para resaltar la importancia de la relación tan estrecha que existe entre la conciencia de enfermedad, la introspección y la adherencia terapéutica.

De acuerdo a la calidad de la relación con el médico tratante: el 71.4% refirió que ésta influye en un grado notable, por lo que es importante trabajar para construir una adecuada alianza terapéutica en la medida de que facilitará una mejor adherencia terapéutica, sobretodo si tomamos en cuenta que el 82% no cuenta con apoyo psicoterapéutico adicional al proporcionado por el médico tratante.

El apoyo que el paciente percibe por parte de su entorno inmediato también es importante ya que funciona como un reforzador de influencia moderada y/o importante (83.7%) para apearse a las indicaciones prescritas, tal como lo

refieren Sellwood y cols.<sup>38</sup>, entre mayor sea el nivel de emoción expresada en forma de apoyo dentro de un grupo familiar, menor será la probabilidad que un paciente joven presente dificultades en el apego al tratamiento.

En relación con la influencia de la presión ejercida por los demás para adherirse al tratamiento la mayoría reportó que no presentaba ninguna influencia para la adherencia, pero habría que plantearse la posibilidad de estudiar su efecto contrario, particularmente en el rubro de emoción expresada en forma de crítica.

Aproximadamente la mitad de los pacientes negó haber sido hospitalizado alguna ocasión, sin embargo en el grupo en el que si se presentó esta intervención no reportaron que el temor a rehospitalizarse sea un factor importante para seguir el tratamiento.

En resumen las principales razones reportadas por el paciente para adherirse al tratamiento (grados de influencia moderado-importante) fueron: en primer lugar (100%) la percepción de beneficio diario, en segundo lugar (92.9%) la prevención de recaídas, en tercer lugar (85%) una alianza terapéutica positiva y en cuarto lugar (83.7%) las creencias familiares positivas con respecto al tratamiento.

Las principales razones encontradas por Löffler<sup>13</sup> para presentar adherencia al tratamiento fueron también la percepción de beneficio diario y la prevención de recaídas y exacerbación de los síntomas. En este estudio el 41% de los pacientes también consideró importante la influencia de una relación positiva médico paciente para adherirse al tratamiento.

Ahora hablaremos de las razones para presentar pobre adherencia al tratamiento. Las cuales rara vez concordaron en forma relativa con las causas recién mencionadas para adherirse al tratamiento.

El 71.4% de los pacientes reportó que el no observar un beneficio diario derivado del medicamento no representaba algún grado de influencia para no seguir las indicaciones en contraste con la percepción de este beneficio que si contribuye en forma importante en la decisión de adherirse a un tratamiento.

La mayoría de los pacientes consideró que una alianza terapéutica negativa no influía en la decisión de abandonar el tratamiento.

Al preguntarles si algún profesional de la salud con el cual hubieran tenido contacto se oponía al medicamento el 66.3% refirió haber tenido este tipo de experiencia, aún y cuando la mayoría comentó que no influye de forma significativa en la decisión de abandonar el tratamiento.

La mayoría de los pacientes en el transcurso de su padecimiento se han llegado a enfrentar a la oposición de algún familiar o persona significativa a seguir su tratamiento pero califican que esta influencia no es importante al momento de decidir si suspenderían su tratamiento.

Aproximadamente la mitad de los pacientes experimentan algún tipo de dificultad para obtener su medicamento.

El 94.9% ha experimentado sensación de estigmatización con respecto a su enfermedad y/o necesidad de un tratamiento, los cuales pudieran llegar a interferir eventualmente en su adherencia.

Con respecto al apartado de recursos económicos destinados a la compra del tratamiento, el 31.6% de los pacientes refirió que este apartado no contribuía

en el incumplimiento, pero el 59.2% lo consideró como un factor participante, por lo tanto es pertinente para el médico tratante considerar el costo al momento de elegir el antipsicótico, tan importante como el perfil de efectos colaterales relacionado.

Más del 50% de los pacientes refieren que no han suspendido su tratamiento en ocasión alguna con el propósito de ingerir alguna sustancia o droga. Algunos autores han sugerido el uso de algún tipo de droga por parte del paciente en un intento por contrarrestar el síndrome disfórico ocasionado por los antipsicóticos, por ejemplo Awad y cols.<sup>48</sup> encontraron una probabilidad 5 veces mayor para presentar abuso de algún tipo de sustancia cuando se presentaba este síndrome.

Además para el 40% paciente es necesario tener una conciencia de enfermedad, de lo contrario podría facilitar que se presente el incumplimiento terapéutico, por lo que aquí de nuevo destaca la importancia de la psicoeducación en el reforzamiento de la conciencia de enfermedad.

Un hallazgo relevante es que el 55 % de los pacientes no suspenderían su tratamiento aún y cuando consideraran que ya no la necesitan, por paradójico que esto pueda resultar.

En resumen, en orden de importancia las razones o dificultades que tendría un paciente para considerar la adherencia mínima al tratamiento serían las siguientes: recursos económicos destinados al tratamiento (68.4% influencia moderada-importante), malestar ocasionado por efectos adversos (51%), negación de la enfermedad (49%), problemas relacionados con acceso al tratamiento (45.9%) y estigmatización con respecto a enfermedad y/o

tratamiento (42.8%). Ahora en comparación con los resultados encontrados por Löffler aproximadamente la mitad de los pacientes reconocieron el malestar ocasionado por efectos adversos como el causante de adherencia mínima, solamente la tercera parte suspendería su tratamiento al no observar beneficio diario. La pérdida de introspección con respecto a la necesidad de tratamiento (40%) y la pobre conciencia de enfermedad (27%) fueron otras razones mencionadas frecuentemente para adherencia mínima en este mismo estudio. Aproximadamente el 10% se resistiría a la ingesta del medicamento en relación con la sensación de estigmatización con respecto a la enfermedad/tratamiento.

Dentro de las limitaciones más importantes de este estudio destaca que no se proporcionó información con respecto a la participación de los pacientes en programas de educación. Además los sujetos estudiados consistieron en pacientes que reciben actualmente tratamiento con antipsicótico, los pacientes que rechazaban o discontinuaban esta medida terapéutica fueron excluidos del estudio, lo cual dio como resultado una muestra de pacientes que sí se adherían en forma aparente al tratamiento. El sesgo de esta selección pudiera explicar porque los pacientes estaban de acuerdo más frecuentemente con las razones para adherirse al tratamiento que para presentar adherencia mínima. Valdría la pena en un futuro hacer la diferenciación entre las razones para adherirse o no al tratamiento al considerar otras variables: un paciente que participa o ha participado en un programa de rehabilitación y el que nunca ha tenido contacto con este tipo de intervención, estabilidad de este tipo de

razones para cumplir o no un tratamiento en el transcurso del tiempo, comparación entre tratamiento con antipsicóticos típicos y atípicos.

La experiencia subjetiva de los pacientes con esquizofrenia que están recibiendo tratamiento farmacológico ha sido un área de investigación poco estudiada al igual que la satisfacción del paciente con su tratamiento, siendo desafortunado en el contexto de que estos conceptos parecen estar muy relacionados con la capacidad del paciente de tomar el medicamento como es prescrito; a pesar de que los reportes de estos pacientes acerca de sus sentimientos, valores y niveles de satisfacción son con frecuencia despreciados y considerados por algunos especialistas como poco confiables.

La importancia de este apartado es sobre la base del constructo de que la evaluación de la experiencia subjetiva del paciente puede y debería ser utilizada como predictor de adherencia terapéutica.

La forma en que se realiza la interacción entre los médicos y pacientes es importante no solo en el grado de influencia con respecto al moldeamiento de las actitudes del paciente con respecto a su padecimiento y la aceptación del medicamento sino también en el entendimiento del desarrollo de la enfermedad y posibilidades de tratamiento.

Parece ser que la experiencia subjetiva de los pacientes está tomando importancia cada vez mayor y podría incorporarse a los estudios de tratamientos farmacológicos como uno de los determinantes del curso. Al representar una área de investigación muy joven, tanto médicos practicantes como investigadores establecidos podrían hacer contribuciones importantes.

- 
- 1 Fawcett Jan. Compliance: definitions and key issues. *J Clin Psychiatry* 1995;56 (suppl. 1):4-8.
- 2 Garavan J. y Browne S. Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *En Comprehensive Psychiatry*. 1998; 39. 4: 215-219.
- 3 Lysaker Paul y Bell Morris. Insight and Psychosocial Treatment compliance in schizophrenia. *En Psychiatry*, 1994, 57: 307-315.
- 4 Holzinger Anita y Löffler Walter. Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *En Journal of nervous and mental disease*, 190 (9); 597-603. 2002
- 5 Perkins Diana. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *En J Clin Psychiatry* 63:12, 1121-1128, 2002.
- 6 Lacro Jonathan y Dunn Laura. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia. *En J Clin Psychiatry* 63:10: 892-909, 2002
- 7 Fenton Wayne y Blyder Cristal. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *En Schizophrenia Bulletin*, 23(4):637-651, 1997.
- 8 Kampman y Lehtinen. Compliance in psychoses. *En Acta Psychiatr Scand* 1999: 100:167-175.
- 9 Adams J. Y Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *En Acta Psychiatr Scand* 2000: 101: 119-124
- 10 Bartkó G. Y Herczeg I. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *En Acta Psychiatr Scand* 1988:77:74-76.
- 11 Kampman Olli y Lehtinen Klaus. The reliability of compliance assessments performed by doctors and patients during neuroleptic treatment. *En Acta Psychiatr Scand* 104 (4): 299-
- 12 Weiden Peter y Rapkin Bruce. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1994, 20(2):297-310. 2001.
- 13 Löffler W. Kilian R. Schizophrenic Patients' Subjective Reasons for compliance with Neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 2003. 36: 105-112.
- 14 Hellewell JSE. Patients' subjective experiences of antipsychotics – Clinical Relevance. *CNS Drugs*. 2002. 16(7): 457-471.
- 15 Nose M. Barbui C. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med*. 2003, 33(7): 1149-1160.
- 16 Agarwal Manoj y Sharma Vimal. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia. A study to evaluate possible contributing factors. *En International journal of social Psychiatry* . 1998, 44 (2): 92-116.
- 17 Fleischacker WW. The first episode of schizophrenia: a challenge for treatment. *Eur Psychiatr*. 2002. Suppl.4. 17:371-375.
- 18 Sellwood W. Y Tarrier N. Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia. *En Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* . 1994, 29: 172-177.
- 19 Razali M. y Yahya H. Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country.. *En Acta Psychiatr Scand*. 1995, 91: 331-335.
- 20 Tattan Theresa y Creed Francis. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *En schizophrenia bulletin*. 2001, 27(1): 149-155.
- 21 Tattan Teresa y Creed Francis. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *En Schizophrenia bulletin*. 27(1): 149-155. 2001.
- 22 Meirik Kathinka. Factors that influence self-reported compliance for neuroleptics. *En Eur. J. Psychiatr*. 15(1): 5-12. 2001.
- 23 Liraud Florence y Verdoux Héléne. Association between temperamental characteristics and medication adherence in subjects presenting with psychotic or mood disorders. *En Psychiatry Research*. 102: 91-95. 2001.
- 24 Fuciec M. Mohr S. Factors and motives associated with drop-out in an ambulatory service for patients with psychotic disorders. *European Psychiatry* 2003. 18:193-195.
- 25 Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *En Acta Psychiatr Scand* 1994, 89 (suppl 382): 16-24.
- 26 Vigera Adele y Baldessarini Ross. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *En Arch General Psychiatr* 1997;54:49-50.

- <sup>27</sup> Schooler Nina y Keith Samuel. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. En *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:453-463.
- <sup>28</sup> Robinson Delbert y Woerner Margaret. Predictors of relapse following response from first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:241-247.
- <sup>29</sup> Blow Frederick y Ullman Esther. Effectiveness of specialized treatment programs for veterans with serious and persistent mental illness: a three year follow up. En *American Journal of Orthopsychiatry*, 2000 70(3). 389-400.
- <sup>30</sup> Herings RM, Erkens JA. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2003, 12(5):423-424.
- <sup>31</sup> Dencker S. y Liberman R. Form compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. En *International Clinical Psychopharmacology* (1995), 9 suppl 5, 75-78.
- <sup>32</sup> Corder PC, Vuckovic N. Negotiating medication: patient perception og long term medication use. *J Clin Pharm Ther*. 2003, 28 (5): 409-417.
- <sup>33</sup> Kane JA, Leucht S. Expert consensus guideline series – optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *J. Clin Psychiat*. 2003, suppl.12. 64:5-97.
- <sup>34</sup> Werner Kissling. Compliance, quality management and standards in the treatment of schizophrenia. En *Neuropsychobiology*, 1997; 35: 70-72.
- <sup>35</sup> O'Donnel C, Donohoe G. Compliance therapy : a randomized controlled trail in schizophrenia. *Brit Med J*. 2003. 327 (7419): 834-836.
- <sup>36</sup> Parashos Ioannis y Xiromeritis Konstantinos. The problem of noncompliance in schizophrenia: opinions of patients and their relatives. A pilot study. En *Int Jour of Psychiatry in Clinical Practice*. 2000; 4: 147-150.
- <sup>37</sup> Donohoe G, Y Owens N. Predictors of compliance with neuroleptic medication among inpatients with schizophrenia: a discriminan function análisis. En *Eur Psychiatr* 2001. 16: 293-8.
- <sup>38</sup> Sellwood W, Tarrier N. The family and complince in schizophrenia: the influenceof clinical variables, relatives´ knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine* 2003. 33: 91-96.
- <sup>39</sup> Denham J Adamson L. The contribution of fluphenzine enanthate and dacanoate in the prevention of readmission of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1972; 47:420-430.
- <sup>40</sup> Patel M.X, Nikolau V. Psychiatrist´s attitudes to maintenance medication for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* 2003. 33: 83-89.
- <sup>41</sup> Godemann F, Linden M. Is interval medication a succesful treatment regimen for schizophrenic patients with critical attitudes toward treatment? *European Psychiatry* 2003. 18:82-84.
- <sup>42</sup> Dolder C, Lacro J. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *Journal of Clinical Psychophar*. 2003. 23(4) August: 389-399.
- <sup>43</sup> Mortimer A, Williams P. Impact side effects of atypical antipsychotics on non-compliance, relapse and cost. *J Int Med Res*. 2003, 31(3): 188-196.
- <sup>44</sup> Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Eur Psychiatr*. 2003. 18(2): 70-76.
- <sup>45</sup> Kinon BJ, Hill AL. Olanzapine orally disintegrating tablets in the treatment of acutely ill non-compliant patients with schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003. 6(2) 97-102.
- <sup>46</sup> Siegel SJ, Winey KI. Surgically implantable long-term antipsychotic delivery systems for the tratment of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2002, 26(6): 817-823.
- <sup>47</sup> De la Fuente R., Medina-Mora ME, Caraveo J. *Salud Mental en México*. IMP/FCE México 1997.
- <sup>48</sup> Awad AG, Voruganti LNP. Assessment of patient´s subjective experience in acute neuroleptic treatment: implications for compliance and outcome. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 Suppl. 2:55-9
- <sup>49</sup> Windgassen K. Treatment with neuroleptics: the patient´s perspective. *Acta psychiatr Scand* 1992; 86: 405-10.



---

## **ANEXOS**

## Evaluación de la influencia del tratamiento médico.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Evaluador: \_\_\_\_\_ Expediente No. \_\_\_\_\_

### A) ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

Para entrevistar a pacientes desconocidos resulta útil preguntar sobre sus antecedentes personales. El conocimiento de las condiciones generales e individuales (específicas) dará información más precisa acerca de los factores que influyen directamente la adherencia.

#### Mensaje sugerido:

"Estoy tratando de conocer la actitud que las personas tienen hacia el tratamiento médico con antipsicóticos. Intentaré entender lo que hace que las personas tomen o no sus medicamentos, pero antes le pediré su opinión personal. Necesito conocer un poco más sobre sus antecedentes".

Debe preguntar acerca de las siguientes áreas generales que pueden tener impacto en la adherencia. Los temas incluyen:

1. Situación de vida (por ejemplo con o sin supervisión, solo o con familia o casa de medio camino, hospital) \_\_\_\_\_
2. Fecha de inicio o ajuste del tratamiento farmacológico. \_\_\_\_\_
3. Régimen de medicación (antipsicótico específico, oral o intramuscular; otro fármaco no antipsicótico, dosis, frecuencia, duración del tratamiento) \_\_\_\_\_
4. Actitud general del paciente hacia el tratamiento y la medicación (positivo vs. Negativo, adherencia voluntaria vs. Adherencia forzada) \_\_\_\_\_
5. Actitud general de la familia y el cuidador hacia el tratamiento y la medicación. \_\_\_\_\_

### B) ENTREVISTA ESTRUCTURADA

"Ahora quisiera preguntarle por qué toma usted su medicina. No existen respuestas correctas o incorrectas, es únicamente lo que piensa acerca de ella. Estoy interesado en su opinión, no en lo que su médico o su familia pudieran pensar".

Comience la entrevista con una pregunta abierta, como: ¿Cuál es la razón principal para tomar su medicina?

"Ahora leeré a usted algunas razones que otras personas tienen para tomar su medicina. Por favor dígame si alguna de estas ha influido para la toma de su medicina en el último mes".

Si el paciente no tiene adherencia al menos por una semana en el último mes o si en este momento está sin medicación, inicie en la segunda parte, de lo contrario inicie en la primera parte.

Responda las siguientes 20 preguntas de acuerdo a la siguiente escala (grados de influencia):

Sin respuesta

1. Ninguna
2. Moderado
3. Importante
9. No valorable.

#### Parte 1: RAZONES PARA LA ADHERENCIA

Esta dispuesto a tomar su medicina debido a...

1. El beneficio diario observado ¿Cree que la medicina le ayuda a sentirse mejor?	NA	1	2	3	9
2. La relación positiva con el médico que la prescribe ¿Influye la relación con su médico?	NA	1	2	3	9
3. La relación positiva con el terapeuta ¿Influye la relación con su terapeuta?	NA	1	2	3	9
4. Las creencias positivas de la familia ¿Alguien de su familia o de sus amigos cree que debe tomar su medicina?	NA	1	2	3	9
5. La prevención de recaídas ¿Cree que tomando su medicina se previene la enfermedad o el retorno de los síntomas?	NA	1	2	3	9
6. Coacción para tomar su medicamento. ¿Es obligado o forzado a tomar su medicina?	NA	1	2	3	9
7. El temor a la re-hospitalización ¿Teme ser re-hospitalizado?	NA	1	2	3	9

#### PARTE 2: RAZONES PARA LA ADHERENCIA MÍNIMA

"Aunque siempre tome su medicamento. Podría ser que algunas veces se resista a tomarlo, o deseado abandonar la ingesta, probablemente. ¿Cuál sería la razón principal para resistirse (rehusarse) o sentir la necesidad de tomar su medicina en este mes?"

"Ahora leeré a usted algunas de las razones que otras personas tienen para tomar su medicina. Por favor dígame si alguna de ellas ha tenido influencia en la ingesta de su medicina durante el último mes".

Resiste (rehusa) tomar su medicina porque...

8. No observa beneficio diario... ¿Cree que la medicina no le ayuda a sentirse mejor?	NA	1	2	3	9
9. La relación negativa con su médico. ¿Influye la mala relación con su médico?	NA	1	2	3	9
10. La relación negativa con el terapeuta ¿Influye la mala relación con su terapeuta?	NA	1	2	3	9
11. Que los profesionales se oponen a la medicación ¿Alguna persona relacionada con su atención se opone al uso de la medicina?	NA	1	2	3	9
12. La oposición familiar o de algún amigo a la medicación ¿Alguien importante para usted está en contra de la ingesta de su medicina?	NA	1	2	3	9
13. Problemas en el acceso al tratamiento ¿Tiene problemas para obtener su designación o dificultades para llegar a las fuentes necesarias?	NA	1	2	3	9
14. La vergüenza o el estigma acerca de la medicación/enfermedad ¿Siente vergüenza de tomar medicina?	NA	1	2	3	9
15. Los recursos financieros ¿Tienen dinero suficiente para pagar su tratamiento o medicina?	NA	1	2	3	9

16. El abuso de sustancias ¿Prefiere tomar otras drogas o alcohol?	NA	1	2	3	9
17. La negación de la enfermedad ¿Cree que no tienen una enfermedad mental?	NA	1	2	3	9
18. La medicación es actualmente innecesaria ¿Cree que no necesita medicación en este momento?	NA	1	2	3	9
Actualmente ¿considera que presenta efectos colaterales? Sí _____ No _____	NA	1	2	3	9
¿Tiene miedo de presentar en el futuro efectos colaterales? Sí _____ No _____	NA	1	2	3	9
19. El malestar por efectos secundarios ¿Los efectos colaterales son muy molestos para usted?	NA	1	2	3	9
20. El deseo a ser re-hospitalizado ¿Se siente mas cómodo en el hospital?	NA	1	2	3	9

Preguntas para el médico evaluador:

1. ¿ Tiene síntomas positivos ( alucinaciones, ideas delirantes, actitud de alucinado, agitación, irritabilidad, suspicacia al momento de la entrevista? \_\_\_\_\_( si , no )  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_
2. ¿ Cuántas veces ha decidido abandonar el medicamento en el último año? \_\_\_\_\_
3. ¿ Como calificaría al paciente en cuanto a su adherencia a tratamiento ( buena , mala ) en el último año? \_\_\_\_\_