



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**ESTUDIO OBSERVACIONAL, LONGITUDINAL, COMPARATIVO DE PACIENTES
TRATADOS EN CLÍNICA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

XOCHITL MARTINEZ BUSTAMANTE

Dr. Horacio Reza Garduño-Treviño
Asesor teórico

Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo
Asesor metodológico

Junio 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

RESÚMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	6
ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	6
APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.....	17
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	22
CLÍNICA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”.....	25
JUSTIFICACIÓN.....	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
OBJETIVOS GENERALES.....	40
OBJETIVOS PARTICULARES.....	40
HIPÓTESIS :.....	41
MATERIAL Y MÉTODOS.....	42
PROCEDIMIENTO.....	48
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	48
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	49
RESULTADOS.....	50
<i>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.....</i>	50
<i>DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.....</i>	51
<i>ASISTENCIA A CONSULTA.....</i>	52
NEUROLÉPTICOS DE DEPÓSITO.....	53
<i>CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO.....</i>	55
<i>CLINIMETRIA.....</i>	56

<i>Inventario de Actitudes a la Medicación (DAI)</i>	57
<i>PANSS (Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia)</i>	59
<i>VARIABLE DE ADHERENCIA</i>	62
<i>HOSPITALIZACIONES PREVIAS Y REHOSPITALIZACIONES.</i>	64
DISCUSIÓN	65
CONCLUSIONES.	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.	78

RESÚMEN.

La esquizofrenia y los diferentes padecimientos psiquiátricos, por su gravedad requieren total y absoluto apego al tratamiento, sin embargo, esto representa un gran problema debido a que las tasas de adherencia terapéutica son bajas. Objetivo: Evaluar el apego al tratamiento además de otras variables sociodemográficas y clínicas en pacientes tratados en Clínica de Adherencia Terapéutica del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Material y métodos: Se utilizó una muestra de 133 pacientes (87 hombres y 46 mujeres); se utilizaron los siguientes instrumentos de clinimetría: PANSS (escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia), DAI (inventario de actitudes hacia la medicación), Variable de adherencia y Cuestionario de causas de abandono de tratamiento. Además de datos sociodemográficos y cifras estadísticas respecto a asistencia y re-hospitalizaciones. Resultados. En este estudio se encontró una predominancia en cuanto al diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, la mayoría de los pacientes (56.4%) residen en el DF, fueron dados de baja del servicio de CAT 27 pacientes (20.3%), el principal motivo de baja fue negligencia por parte de familiar responsable (12.8%). El neuroléptico de depósito más utilizado fue Decanoato de Haloperidol de 50mg (19.5%). El 75.2% de los pacientes tuvieron entre un 90 y 100% de asistencia a la consulta. Se encontraron reducciones en escala de PANSS > a 20 pts con cambios significativos $p < 0.001$. También hubo cambios significativos de mejoría en la escala DAI y en la variable de adherencia. Conclusiones. De acuerdo a los resultados de nuestro estudio se puede concluir que el programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica incrementa el apego al tratamiento, mejora la actitud hacia la medicación y disminuye la sintomatología positiva y negativa en pacientes con trastorno del tipo esquizofrénico.

INTRODUCCIÓN.

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero quizás la definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico; siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones. La adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. (2,7)

Los trastornos psicóticos por su gravedad requieren total y absoluto apego al tratamiento, sin embargo, esto representa un gran problema debido a que las tasas de adherencia terapéutica son bajas. Los especialistas y familiares de pacientes con esquizofrenia coinciden en destacar los sentimientos de frustración e impotencia que surgen cuando se intenta ayudar a alguien que cree fervientemente que no necesita ayuda. Perseverar en ayudar al paciente o familiar es fundamental ya que, según las investigaciones, cuanto antes se recibe medicación (tratamiento farmacológico) mejor es el pronóstico y menor la frecuencia de hospitalizaciones y la duración de las mismas. El presente estudio tiene como finalidad describir la evolución, el apego al tratamiento, actitud hacia la medicación y las características sociodemográficas de los pacientes tratados en Clínica de Adherencia Terapéutica lo que puede proveer de datos importantes a tomarse en cuenta para futuras investigaciones así como para mejorar las estrategias de intervención en el tratamiento integral del paciente psiquiátrico.

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.

ADHERENCIA TERAPEUTICA.

La adherencia terapéutica en pacientes portadores de enfermedad mental, es un problema de importante repercusión social. Su interés se justifica por las consecuencias negativas que el incumplimiento terapéutico está ocasionando no sólo en los propios afectados, con el consiguiente agravamiento de sus enfermedades –en la práctica diaria entre un 30 y un 50% de los pacientes diagnosticados como enfermos crónicos no siguen las recomendaciones dictadas por los profesionales sanitarios– (Haynes, 2001; O.M.S., 2003), sino también, para sus familias, los médicos que les atienden y, en general, para el propio sistema de cuidado de salud (carga financiera, inadecuado uso de los sistemas sanitarios, etc.) (8)(7)

Su importancia, desde un punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene dada por aspectos fundamentales: su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de los procesos patológicos. Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%. (8)(7)

Diversos estudios indican que existe un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud (Berkman, 1986; Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005a) y parece que no hay duda en admitir que el apoyo social y la salud están relacionados, en el sentido que una mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos individuos que carecen de apoyo o perciben que éste no es suficiente. (2) (3)

En ocasiones, la severidad del padecimiento interfiere con el funcionamiento (Individual, familiar, laboral o comunitario) y es lo que ocasiona que la persona requiera atención especializada (Buckley, 1994). En estos casos, las opciones de servicio suelen buscarse en función del acceso del individuo o la familia a servicios de salud públicos o privados determinados por su capacidad económica o por una cobertura de servicios de salud prevista como prestación laboral del usuario mismo o de algún familiar inmediato. (19)

En general se busca que un tratamiento restaure la funcionalidad del individuo y, en su caso, de quienes le rodean. Este restablecimiento suele depender de series complejas de factores en constante interacción que van desde antecedentes interpersonales, hereditarios o clínicos del individuo y su familia, hasta la aplicación sistemática de procedimientos terapéuticos bien diseñados o seleccionados. Estos procedimientos suelen, a su vez, incluir intervenciones que van desde el uso prescrito de medicamentos hasta la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas de muy diversa índole. (4)

Generalmente la planeación e instrumentación de intervenciones terapéuticas se basa en el supuesto de que un tratamiento surte efecto sólo cuando se le instrumenta con atingencia y continuidad sin interrumpirse hasta que los indicadores de restablecimiento y funcionalidad del paciente ameriten darle de alta. (4). Así, el abandono de un tratamiento supone, en principio, no sólo un desperdicio de recursos sino un riesgo adicional de recaídas que pueden llevar a disfuncionalidades progresivamente más incapacitantes.

En México, un porcentaje de la población no está cubierta por los servicios de salud y aquellos que lo están, no necesariamente se benefician de ellos. La explicación de esto es compleja, pero en México, y tal como ocurre en el resto del mundo, los pacientes no siempre cumplen o se apegan a su programa terapéutico. (19) (30) .Y precisamente una de las modalidades de esta carencia de adherencia terapéutica es el abandono o deserción de un tratamiento. Esta falta de cumplimiento o adherencia al tratamiento es un problema serio para cualquier componente del sector salud. Si se analizan los recursos utilizados, desde los materiales hasta los salarios del personal esto se hace evidente. Un paciente psiquiátrico a quien se atiende en una institución es recibido por una recepcionista quien toma sus datos; una secretaria que abre un expediente; una enfermera que lo recibe y lo lleva a la evaluación correspondiente que puede incluir estudios de laboratorio y gabinete y, finalmente personal médico y de psicología que instrumenta las intervenciones apropiadas al tratamiento, todo a costa de importantes recursos salariales a los que se suman los de infraestructura, equipo, mantenimiento, etc. (19)

Una vez prescrito un tratamiento se informa o instruye al paciente o su familia sobre el régimen, y la responsabilidad de llevarlo a cabo en realidad recae casi exclusivamente en éstos. Con frecuencia esto puede ocurrir sin preguntarse si el paciente tiene una información y conciencia clara de su padecimiento y las destrezas mínimas para instrumentarlo. La información incluye aquellas relativas a las implicaciones y consecuencias, ya sea de continuar el tratamiento o de abandonarlo. La literatura de investigación contiene algunos ejemplos de la forma en que el abandono de un tratamiento o su conducción parcial repercute en perjuicio del restablecimiento del paciente. (19)

En general se asume que una tasa de abandono mayor a 30% es alta aunque algunos estudios informan tasas de deserción consistentemente superiores, especialmente en pacientes con problemas de adicción (Ross, Cutler & Sklar, 1997; Siqueland, Crits-Christoph, Frank, Daley, Weiss, Chittams, Blaine & Luborsky, 1998), aunque también se han documentado programas terapéuticos con una muy alta retención de pacientes aún en esta área (Wiseman, Henderson & Briggs, 1997).

Algunas revisiones de la literatura especializada (Grilo, Money, Barlow, et al. 1998) señalan algunos predictores del abandono del tratamiento relativamente bien documentados tales como bajo ingreso familiar, actitudes negativas del paciente hacia el tratamiento, atribución de crisis de angustia a estresores externos, y edad avanzada. La misma fuente enlista con menor valor predictivo: baja escolaridad del paciente, tratamientos previos de corta duración, hipersensibilidad a la angustia, baja evitación agorafóbica y búsqueda de apoyo social como estilo predominante de afrontamiento. (9)(11) (1)

Respecto a la adherencia terapéutica de pacientes psiquiátricos también conviene examinar la influencia de los medicamentos. Recientemente se ha incrementado la efectividad de estos tratamientos de modo muy notable. Se ha evidenciado, por otra parte, que para muchos cuadros clínicos dichos fármacos no logran los resultados esperados, lo cual puede convertirse en motivo de abandono del tratamiento (Zimbroff, Kane & Tamminga, 1998). (5)(19)

Es frecuente que estos fármacos produzcan efectos secundarios, que pueden ser sumamente molestos (Hoencamp, Haffmans & Duivenvoorden, 1998). En ocasiones los medicamentos sólo modifican algunos síntomas del padecimiento a condición de mantenerse casi permanentemente con dosis de sostén. Hay casos en que el paciente debe permanecer en un seguimiento sujeto a controles periódicos que pueden resultar molestos y precipitar el abandono del tratamiento ante la creencia de que la mejoría alcanzada se mantendrá con o sin fármacos. (5) (6) (19)

Un modelo de investigación que ha ayudado a la comprensión de los padecimientos mentales es el modelo médico-psiquiátrico el cual ha logrado evolucionar de la uni-causalidad a la multi-causalidad aceptando la intervención de factores biológicos, psicológicos y sociales. Con alguna frecuencia se emplea el modelo para la explicación de prácticamente todos los cuadros clínicos a pesar de que se corre el riesgo de considerar a los factores psicosociales como si fueran de la misma naturaleza que los biológicos. Así, por ejemplo, se puede privilegiar el efecto de medicamentos al suponer que éste se extenderá a los aspectos de interacción interpersonal del paciente. (32)

Si bien puede haber algún efecto en este sentido vía la inducción química de cambios en reactividad emocional, no es esperable que reestructure la adaptabilidad derivada de habilidades interactivas, por lo cual se requieren también intervenciones de habilitación (Bedell, Lennox, Smith & Rabinowicz, 1998).

Se han documentado algunas asociaciones entre la permanencia en tratamiento y factores de muy diversa naturaleza tal como el tipo de terapia utilizada en pacientes psiquiátricos. En principio, si los orígenes etiológicos de cualquier padecimiento psicológico suelen incluir la interacción de componentes fisicoquímicos, de habilidades de afrontamiento de las demandas del ambiente (incluyendo el interpersonal) y de competencia social, no es esperable que la conducta de adherirse a un régimen terapéutico ocurra en función de variables predominantemente biológicas (Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998).

Así, el análisis de los componentes que influyen sobre dicha adherencia se convierte en un objeto de estudio legítimo y necesario. En efecto, en la medida en que la falta de adherencia terapéutica es un problema serio que enfrenta el subsector de la salud mental, se hace necesario iniciar exploraciones más sistemáticas de los motivos que parecen predecir el abandono de un tratamiento por parte de los pacientes.

Desde hace 50 años se han desarrollado gran cantidad de modalidades psicoterapéuticas para pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (psicoterapia, tratamiento, terapia o intervención psicosocial). Su aparición en revistas científicas se inició en la década de 1950. Se incrementó a tal grado que a partir de la década de 1980 se han publicado diversas revisiones acerca del tratamiento, así como meta-análisis respecto a su efectividad.

Entre las revisiones más destacadas se pueden mencionar las realizadas en Estados Unidos por Herz y Liberman en 1994 , Schwartz, Cecil e Iqbal en 1993 , Bellack y Mueser en 1996 , Penn y Mueser en 1996 , McEvoy en 1999 y Lehman en 2000 , así como la de la Revista *The Harvard Mental Health Letter* en 2001 . En Europa destacan las de Rossler y Haug , y la de Munk-Jorgensen , ambas en 2000. Respecto a los meta-análisis, se pueden mencionar el de Smith realizado en 1980 y el del proyecto para asegurar la calidad del tratamiento y manejo de la esquizofrenia, de 1984. El de Benton y Schroeder en 1990, que revisaron 27 estudios, el de Mari y Steiner en 1994, que revisaron más 300 artículos, el de Mojtabai, Nicholson y Carpenter en 1999, que incluyó un total de 141 investigaciones, y el de Huxley, Rendall y Sederer en 2000, quienes hicieron una revisión de los últimos 20 años de terapias grupales, individuales y familiares, hasta incluir un total de 70 estudios.

Un alto porcentaje de las investigaciones revisadas en los meta-análisis incluía estudios controlados, conformados por grupos experimentales de pacientes en los cuales se aplicaban medicamentos antipsicóticos como antecedente de las intervenciones psicosociales.

En la mayoría de los casos, lo anterior dio como resultado la modalidad usual de tratamiento, la combinación de los medicamentos antipsicóticos con alguna forma de tratamiento psicosocial, que es la que actualmente se recomienda. Los grupos controles recibían, por su parte, únicamente los medicamentos antipsicóticos.

Las conclusiones más importantes de estos meta-análisis se pueden resumir en que los tratamientos psicosociales son bastante efectivos cuando se combinan con los antipsicóticos y que sus efectos se deben considerar no solamente como aditivos, sino también porque un tratamiento incrementa los efectos del otro en cuanto a controlar los síntomas, prevenir recaídas y realizar un manejo más conveniente de la enfermedad, además de contribuir a mejorar los aspectos psicosociales. Cabe decir que el tratamiento psicosocial no puede sustituir al tratamiento farmacológico, pues éste se puede utilizar como antecedente de la intervención psicosocial, de modo que ambos se apliquen de manera complementaria para llegar a surtir un efecto sinérgico. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ Un antecedente importante realizado mucho antes que los meta-análisis es el estudio realizado por Luborsky en 1976, quien revisó 26 investigaciones que evaluaban la combinación de tratamientos farmacológicos con una psicoterapia psicosocial.

El autor encontró que, en 69% de estos estudios, el tratamiento había sido más efectivo al combinarse lo farmacológico con lo psicosocial, en comparación con el uso de estos dos tratamientos de manera independiente.

Respecto al componente psicoterapéutico, los tratamientos psicosociales han ido modificando y re significando sus objetivos desde sus inicios, en que pretendían tener un “rol curativo” de la enfermedad, en contraste con la época actual, en que más bien persiguen metas más específicas.

Estas consisten en buscar la resolución de problemas psicosociales, con metas claras y alcanzables, remediar déficits cognoscitivos, evitar recaídas, proveer el entrenamiento en habilidades sociales y mejorar el desempeño de roles y, en consecuencia, el funcionamiento psicosocial.

La no adherencia al tratamiento farmacológico con el uso de medicamentos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia se ha reportado cifras que van desde un 33% a 50% en un año, y 74% en dos años. En este sentido, varios autores indican que una tercera parte de los pacientes cumple con el uso de los antipsicóticos de manera total y otra tercera parte lo hace de manera parcial.

Esto quiere decir que tales pacientes pueden reducir en cualquier momento las dosis prescritas o que toman los medicamentos de manera intermitente; es decir, los toman un tiempo, luego los dejan durante un periodo, después vuelven a usarlos y luego a dejarlos, y así sucesivamente. La tercera parte restante no sigue la prescripción y, en consecuencia, nunca toma los medicamentos.

Diversos factores intervienen en el cumplimiento o incumplimiento con el tratamiento. Hay cinco causas potenciales para el incumplimiento y entre ellas se refieren las siguientes: 1. factores relacionados con las actitudes del paciente hacia el tratamiento y la enfermedad, o con sus creencias culturales; 2. factores relativos a la enfermedad, como el déficit cognoscitivo y los síntomas positivos y negativos; 3. factores ambientales, es decir los que rodean al paciente, como la familia, la pareja, el grupo social; 4. factores relacionados con el medicamento, como el hecho de tener que tomarlos o los inconvenientes de los efectos secundarios, y 5. factores relativos al equipo de tratamiento, como tener una actitud negativa hacia el personal a cargo del tratamiento.

En este sentido resulta imperativo para los profesionales de la salud conocer las estrategias existentes para abordar el problema del incumplimiento y las evidencias existentes sobre las mismas. Es de suma importancia recalcar que los abordajes e investigaciones para mejorar la adherencia, deben de expresar sus resultados en términos de mejora de dicha adherencia, pero también con evaluación de la modificación de resultados en relación con el control del proceso implicado.

Existen varias características que deberían estar presentes en toda intervención terapéutica:

- **No culpabilizar:** Es fundamental tener presente ante cualquier circunstancia relacionada con el incumplimiento la no culpabilización del paciente; el paciente es uno más de los factores implicados en la etiopatogenia del mismo y no puede descargarse sobre él la responsabilidad del problema.

- **Individualización de la intervención:** Dado el origen multifactorial del incumplimiento y que en general las actuaciones van dirigidas a personas concretas, es necesario establecer estrategias de intervención individualizadas en función de los factores implicados en la falta de adherencia en cada caso en particular tomando en cuenta las características individuales del incumplidor . No existe una receta única para abordar el problema.

- **Fortalecimiento de la relación:** Establecer 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, exista menor tasa de abandono. Además, los pacientes que reconocen abiertamente al profesional tener problemas para seguir el tratamiento prescrito, responden mejor a las intervenciones que se pongan en marcha.

- **Integración en la práctica diaria:** Toda intervención que sea integrada en la práctica clínica diaria tendrá a su favor el poder hacerla extensible a un grupo mayor de población, muchos autores consideran que de este modo podría **realizarse una actuación preventiva sobre el incumplimiento**. En este sentido sería ideal en Atención Primaria, implementar dichas actuaciones.

- **Participación de distintos profesionales:** La prevención, la detección y el abordaje del incumplimiento terapéutico no son competencia exclusiva de los médicos, también tiene que ser abordado por los distintos profesionales (enfermería, psicología, trabajo social, en general todos aquellos que intervienen en el proceso) para que las intervenciones se realicen con éxito.

APOYO SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Diversos estudios indican que existe un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud (Berkman, 1986; Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005a) y parece que no hay duda en admitir que el apoyo social y la salud están relacionados, en el sentido que una mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos individuos que carecen de apoyo o perciben que éste no es suficiente.

Así, un apoyo social deficiente o inadecuado se asocia a un mayor riesgo de enfermedad (Prince, 1997), patología cardiovascular (Tsouna- Hadjis, Vemmos, Zakapoulos y Stamatelopoulos, 2000), trastornos mentales (Lahuerta, Borrell, Rodríguez-Sanz, Pérez y Nebot, 2004), peor salud psicológica (Barrón y Sánchez, 2001; Martínez, García y Maya, 2001), peor salud subjetiva (Okamoto y Tanaka, 2004) y menor bienestar o calidad de vida (Bukov, Maas y Lampert, 2002; López-García, Banegas, Graciano, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005).

Esta relación se ha constatado, más concretamente, en el caso de las personas con enfermedades crónicas (Barra, 2004; Hernández, Pozo, Alonso y Pérez, 2005). Estos pacientes necesitan sentirse apoyados por las personas que les rodean (sus familiares, compañeros de trabajo, amigos, vecinos, etc.), los denominados sistemas de apoyo naturales (o informales), así como también por las instituciones sanitarias y sus profesionales (médicos, personal de enfermería, etc.), designados como sistemas de apoyo organizados (o formales) (Pineda, Ortega y Garberí, 2001).

Además, el apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia terapéutica a las prescripciones de salud, especialmente en el caso de los pacientes crónicos. Por lo que un apoyo social insuficiente podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas (Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, 2001; Wang, Bohn, Knight, Glynn, Mogun y Avorn, 2002).

De este modo, diversas investigaciones (DiMatteo, 2004; Molassiotis, Nahas-López, Chung, Lam, Li y Lau, 2002; Pozo et al., 2007; Voils, Steffens, Flint y Bosworth, 2005) han verificado el importante rol que juega el apoyo social en la adherencia a las recomendaciones de salud en diversas enfermedades crónicas como diabetes (Pendley, 2002), asma (Kyngas, 1999), hipertensión (Fishman, 1995), trastornos renales (Boyer, Friend, Chlouverakis y Kaloyanides, 1990), epilepsia (Kyngas, 2000), VIH (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000), o trastornos cardiovasculares (Lefevre, 2003).

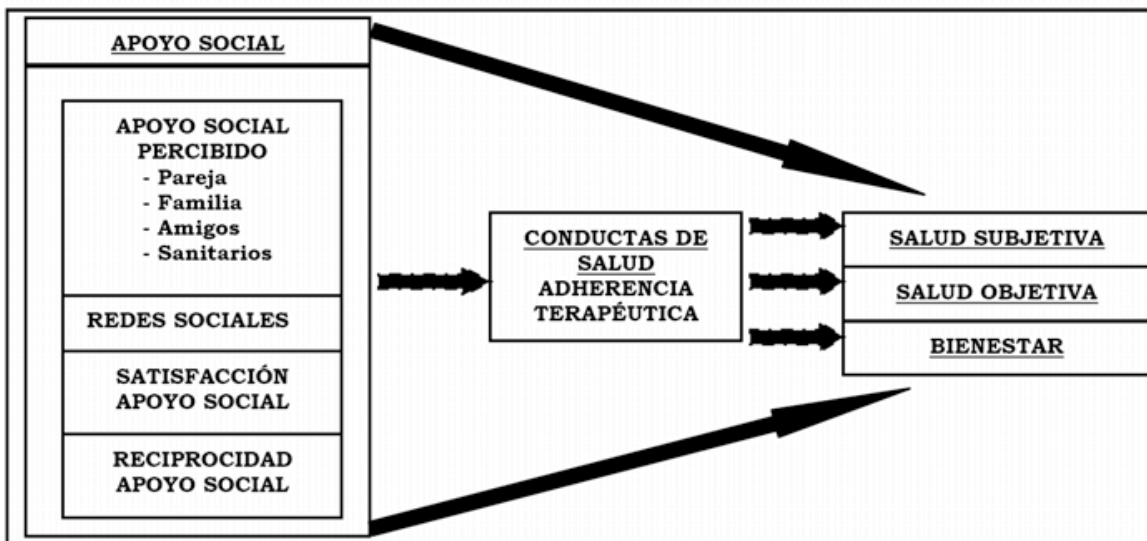
A nivel estructural, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia y de integración dentro de una estructura social (Glynn,1981; Newbrouh y Chavis, 1986). Este nivel de análisis lo constituyen las redes sociales (conjunto de contactos que el sujeto establece con otras personas), obteniendo de ellas sentimientos de vinculación y unión con los demás. Sin embargo, es necesario diferenciar entre red social y la noción de apoyo social, referida esta última a las funciones de las interacciones dentro de la red y el modo en que son percibidas por el sujeto.

Las redes sociales constituyen el marco estructural necesario para que lleguen a activarse procesos de apoyo; por lo que ambos, redes sociales y apoyo social están relacionados con el bienestar, la salud y la adherencia terapéutica. Según Vaux (1988) la red social del individuo mantiene una relación directa con el nivel de bienestar y salud de éste. Del mismo modo, las redes sociales influyen en la adherencia de forma que las personas con redes más extensas cumplirán en mayor grado con sus tratamientos (DiMatteo, Giordani, Leeper y Croghan, 2002).

Por otro lado, la literatura sugiere que los pacientes crónicos que no están satisfechos con el apoyo social que reciben, pueden, consecuentemente, ver alterada su salud (Doeglas, Suurmeijer, Briançon, Moum, Krol, Bjelle, et al., 1996; Krause, Liang y Yatomi, 1989) y la adherencia a sus tratamientos (Da Costa, Clarke, Dobkin, Senecal, Fortin, Danoff et al., 1999). También se encontró que la satisfacción con el apoyo social era más relevante a la hora de explicar la salud y el bienestar de los enfermos crónicos que el propio apoyo social recibido.

Cuando se habla de apoyo social se fija la acción en quien la recibe, pero visto globalmente, se trata de un intercambio en que se provee y se recibe apoyo. Kim, Hye-Kyung y cols. (2000) se plantean que cuando el intercambio de apoyos es recíproco se generan efectos psicológicos positivos en las personas participantes, lo cual no sucede si el intercambio no es equilibrado. Cuando se da más de lo que se recibe se experimentan sentimientos de sobrecarga y frustración. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento. De este modo, el balance entre la ayuda dada y la recibida puede ser de gran importancia para la salud y el bienestar de los pacientes (Buunk, Doojse, Jans, Hopstaken, 1993; Lu, 1997).

RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE APOYO SOCIAL Y LA SALUD, EL BIENESTAR Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA. (Cuadro 1).



INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES SOBRE LA SALUD Y LA CONDUCTA DE ADHERENCIA
M.J. Martos, C. Pozo y E. Alonso

Existen varios modelos de investigación del apoyo social en donde se ha encontrado que el tamaño de la red social mantiene una relación directa con el nivel de bienestar y salud de los pacientes crónicos (Vaux, 1988). El apoyo social de los pacientes incide en su nivel de bienestar (Bukov, Maas y Lampert, 2002; López- García, Banegas, Graciano, Herruzo y Rodríguez-Artalejo, 2005) y la salud de los mismos (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Pozo et al., 2007; Pozo, Hernández, Alonso, Cid, Martos y Pérez, 2005a). La pareja y la familia son las dos fuentes con mayor impacto sobre la salud y el bienestar de los pacientes, así como sobre la adherencia terapéutica de los mismos (Shumaker y Hill, 1991; Pozo et al., 2007). La satisfacción con el apoyo social (Doeglas, Suurmeijer, Briançon, Moum, Krol, Bjelle, et al., 1996) y la reciprocidad con el mismo influyen sobre el bienestar y la salud de los pacientes (Buunk, Doojse, Jans y Hopstaken, 1993; Lu, 1997). Las redes sociales influyen en la adherencia a las recomendaciones terapéuticas; así, pacientes con una red social amplia se adhieren mejor a sus tratamientos (DiMatteo et al., 2002). El apoyo social incide en el cumplimiento de las prescripciones médicas, en el sentido de que cumplirán más los pacientes que tengan un buen nivel de apoyo social (DiMatteo, 2004; Pozo et al., 2007; Voils et al., 2005). La satisfacción con el apoyo social (Da Costa, Clarke, Dobkin, Senecal, Fortin, Danoff et al., 1999) y la reciprocidad con éste intervienen en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas por parte de los enfermos crónicos. (ver Cuadro 1.)

Respecto a la adherencia terapéutica. La adherencia de los pacientes crónicos influye positivamente en su salud y bienestar, es decir, los pacientes que más se adhieren a su medicación serán los que tengan una mejor salud y un mayor bienestar.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Son múltiples las investigaciones publicadas en las últimas décadas sobre la eficacia de distintas intervenciones para abordar el incumplimiento terapéutico, se han agrupado en *seis grandes grupos*: (5) (7)

1. Intervenciones simplificadoras del tratamiento:

Existe una relación directa entre la complejidad del tratamiento prescrito (en términos de dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) y el incumplimiento, pudiéndose englobar en esta complejidad la interferencia con las actividades de la vida diaria del paciente. Entonces es obvio, que toda estrategia encaminada a simplificar el tratamiento debería tener como resultado la mejora en la adherencia terapéutica. (5) (7)

Son distintas las investigaciones en este sentido, destacando por su número los estudios que comparan pautas de tratamiento con distinto número de tomas diarias o incluso la toma diaria con la semanal o la reducción del tiempo de duración del tratamiento. Basado en esto uno de los criterios actuales en CAT es la inclusión al tratamiento de antipsicóticos de depósito.

Se puede afirmar que simplificar el tratamiento es una estrategia eficaz ya que la mayoría de los estudios que existen encuentran mejoras significativas en la tasa de adherencia y en el control del proceso en el grupo de pacientes donde se realizó intervención de simplificar / facilitar la pauta terapéutica. (5) (7)

2. Intervenciones informativas / educativas: La transmisión de información tendría su papel sobre el cumplimiento a través del proceso de aprendizaje orientado para que el individuo adopte voluntariamente la conducta más beneficiosa ofreciéndole los medios adecuados , apoyándose en que los pacientes desean recibir información y principalmente desean recibirla de los profesionales que les atienden habitualmente . En este sentido, las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo la mejora del cumplimiento a través del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, las posibles complicaciones, el tratamiento prescrito, etc. Aunque son estrategias no eficaces para la mejora de la adherencia terapéutica y del control del proceso, SI se aprecian mejoras en el conocimiento de la enfermedad. No obstante, si pueden extraerse conclusiones positivas de las mismas; la transmisión de información parece necesaria, aunque no suficiente, para modificar el comportamiento en la adherencia y por lo tanto se debe continuar informando al paciente y esta se debería realizar, preferiblemente, en términos de los beneficios del seguimiento del tratamiento. (5) (7)

3. Intervenciones de apoyo familiar/social: Diversos estudios han verificado que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento , lo que puede interpretarse, de forma inversa, como que las personas que cuentan con el apoyo familiar tendrían mayores facilidades para seguir correctamente el tratamiento pautado. En base a estos datos, las intervenciones incluidas en este grupo tendrían como objetivo la mejora en la adherencia a través de la implicación en el proceso de la familia o el entorno social.

Son varios los estudios publicados que utilizan este tipo de estrategias y podrían agruparse en dos grandes grupos. Unos dirigidos a pacientes que padecen patología mental crónica y

que en general utilizan técnicas de terapia familiar que en general obtienen resultados positivos tanto en términos de mejora del cumplimiento como de control del proceso y el otro dirigido a los familiares y/o personas que están en convivencia con los pacientes. (5) (7)

4. Intervenciones con dinámica de grupos:

Las técnicas grupales suponen una estrategia eficaz para alcanzar objetivos de motivación y seguimiento de recomendaciones; en este sentido las intervenciones incluidas en este grupo buscan la mejora de la adherencia a través del aumento de los conocimientos y de la confianza del paciente. (5) (7)

5. Intervenciones de refuerzo conductual:

Cuando el paciente cree que el tratamiento indicado incidirá positivamente en la evolución de su proceso y cuando se considera responsable del mismo, tiende a seguir dicho tratamiento con mayor adherencia que en los casos contrarios ; por este motivo, parece lógico pensar que las intervenciones que van encaminadas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo de su proceso a través de técnicas de responsabilidad, autocontrol y refuerzo conductual pueden conducir a la mejora de la adherencia terapéutica. Son abundantes las investigaciones publicadas en este sentido y diversas las estrategias empleadas; llamadas telefónicas recordatorias y de seguimiento, autocontrol del proceso por parte del paciente, recompensa tangible por la consecución de objetivos, seguimiento exhaustivo, etc. (5) (7)

6. Combinación de intervenciones: Como ya se ha comentado con anterioridad, el origen del incumplimiento es un proceso complejo de origen multifactorial , por lo que parece lógico pensar que la combinación de varias intervenciones puede obtener resultados más positivos que las intervenciones aisladas.

CLÍNICA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”.

Las estadísticas institucionales reportan que un 30% de usuarios recaen debido en parte a la falta de recursos y por ausencia de conciencia de enfermedad mental , a pesar de la importancia del tema en México no existían antecedentes de este tipo de abordaje en los pacientes portadores de enfermedad mental; con el fin de dar una solución las autoridades del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez pusieron en marcha el proyecto denominado Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) ; inaugurada en el mes de diciembre 2008; con el objetivo de favorecer la adherencia al tratamiento, disminuir las recaídas y los costos de la enfermedad. En donde se llevan a cabo intervenciones encaminadas a mejorar el apego al tratamiento. (Ver Cuadro 2). (5) (7)

Cuadro 2.

INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN CAT

- **Promover la relación médico-paciente.**
- **Simplificar el tratamiento lo más posible.**
- **Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.**
- **Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico.**
- **Dar información escrita.**
- **Involucrar a la familia.**
- **Utilizar métodos de recordatorio.**
- **Reforzar periódicamente.**
- **Fijar metas periódicas.**
- **Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.**
- **Incentivar al paciente.**
- **Llamar al paciente si no acude a la cita prevista.**

La Clínica de Adherencia Terapéutica se encuentra ubicada en el edificio de Hospitalización continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en el tercer piso. El horario de labores es de lunes a viernes de las 7 a las 15:00hrs. Los pacientes son derivados a la Clínica desde los servicios de Hospitalización Continua, consulta externa y en algunas ocasiones del servicio de Urgencias. Los pacientes referidos son aquellos que de acuerdo a las evaluaciones de los médicos tratantes, no son cumplidores en el tratamiento y por lo tanto carecen de una adecuada adherencia al mismo, se encuentran en su mayoría medicados con antipsicóticos de depósito y radican en el DF.

Los pacientes se canalizan por medio de una solicitud requisitada por el médico tratante que lo envía, anotando el nombre del paciente, edad, número de expediente, motivo de envío, diagnóstico, tratamiento y periodicidad de aplicación del medicamento de depósito (en caso de estar medicado con este tipo de antipsicótico). Datos con los cuales se programa una cita.

Durante la valoración inicial se le explica al paciente y su familiar los objetivos del servicio, el plan de trabajo y de estar de acuerdo se procede a la firma de un consentimiento informado. Una vez integrados al programa a los pacientes subsecuentes se les hace nota de evolución en cada consulta psiquiátrica y psicológica de forma estricta cada vez que se acude a la clínica.

El tratamiento de cada uno de los pacientes, es consignado y debidamente requisitado en el Expediente clínico, en la hoja de indicaciones de cada paciente, que es archivada en la CAT y en la libreta de registro de entrada y salida de medicamentos de depósito. Dichos registros se encuentran en la CAT con el fin de llevar un control adecuado de los medicamentos de su dosificación y la periodicidad de aplicación de los mismos.

El médico psiquiatra incluyendo a los residentes lleva a cabo las valoraciones médicas de forma eficaz, constante y con la frecuencia necesaria de acuerdo a las características y necesidades de cada paciente; lo anterior orientado a favorecer el cumplimiento y la adherencia; y por supuesto es el encargado de indicar el tratamiento médico, haciendo un

registro de cada indicación para la aplicación del medicamento de depósito. El servicio de enfermería lleva el control del medicamento, registra a los pacientes, toma signos vitales, aplica el tratamiento indicado por el médico tratante.

El servicio de psicología realiza las valoraciones psicológicas, terapia individual de pacientes y organiza grupos de psicoeducación para pacientes y familiares en los cuales el psiquiatra también participa activamente. Trabajo social realiza visitas domiciliarias y estudios sociales, con el fin de que la institución apoye a quien más lo necesita en este caso a través de la donación del antipsicótico de depósito; además de encargarse de recordatorios y rescates vía telefónica así como el seguimiento en caso de que el paciente no acuda a su cita.

El equipo de trabajo de la Clínica de Adherencia al inicio estaba conformado por una enfermera, una trabajadora social y un psiquiatra, así mismo se fueron planteando todos los aspectos de importancia que abordar, de tal manera que se limitó el universo de pacientes, se comenzó a trabajar en grupos, se replantearon objetivos, criterios de inclusión y el crecimiento del equipo multidisciplinario; integrándose en 2009 a dos residentes del tercer año de la especialidad de psiquiatría y una psicóloga.

El objetivo general de la Clínica de Adherencia es lograr la atención integral del paciente y su familia, mediante estrategias psiquiátricas y psicológicas específicas que tienen como fin favorecer el conocimiento de la enfermedad, así como también la importancia y los beneficios del tratamiento y su cumplimiento; logrando así el fortalecimiento de la adherencia terapéutica y mejoría de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Con el fin de trabajar de forma integral en el tratamiento del paciente psiquiátrico, en CAT se ha establecido un espacio de trabajo que favorece el aprendizaje acerca de la enfermedad mental y la aceptación de esta; promoviendo con ello, una mayor adherencia al tratamiento y en consecuencia, un menor número de recaídas y una menor dependencia hospitalaria.

En CAT se le ofrece al paciente, por una parte la consulta psiquiátrica de cuarenta y cinco minutos a una hora, encaminada a favorecer el cumplimiento y la adherencia, vigilando de forma estrecha la evolución y el tratamiento; por otra parte se trabaja a través de grupos psicoeducativos y psicoterapia individual para los casos que así lo requieran.

Dentro de los Grupos Psicoeducativos para Pacientes se trabajan los siguientes temas: enfermedad mental, repercusiones conductuales y sociales de la enfermedad en la familia, el trabajo, las relaciones interpersonales, sintomatología de la enfermedad (primordialmente en esquizofrenia), componentes afectivos de la enfermedad mental, mitos y realidades de la enfermedad mental, tratamiento farmacológico, conciencia de enfermedad y apego terapéutico.

En el Grupo Psicoeducativo para Familiares se abordan los siguientes temas: la familia como sistema, tipos de familias, organización familiar (roles, estereotipos, límites, jerarquías, características de la comunicación, ideología, mitos, ritos, emoción expresada, alianzas y coaliciones y vínculos).

La Clínica de Adherencia Terapéutica se caracteriza por el trato personalizado y constante para los pacientes que asisten a ella. La estancia en CAT se encuentra programada para un año de acuerdo a las características y evolución de los pacientes, y al egresar se les canaliza a otro servicio e incluso se pretende que lleguen a ser canalizados a otro nivel de atención como los Centros Comunitarios de Salud Mental, pensando en la cercanía domiciliaria.

Actualmente no existe la publicación de datos estadísticos o referentes a la evolución de los pacientes de la Clínica de Adherencia Terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez a casi un año de haber iniciado labores.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PANSS .

La escala de síndromes positivo y negativo (The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS) fue desarrollada por Kay y cols.¹ en 1.987. Está basada en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)², muchos de cuyos ítems incluye. Sus autores pretendieron mejorar las propiedades psicométricas de ésta y ampliar la evaluación de los síntomas negativos. Se escogieron aquellos ítems que mejor representaran la distinción positivo-negativa y se excluyeron los de dudosa filiación. (20, 21)

En 1991 Kay diseñó una entrevista estructurada para la PANSS (SCID-PANSS), que mejora los parámetros de calidad de la misma. Se encuentra adaptada y validada al español por Peralta y cols. La escala se evalúa mediante una entrevista semi-estructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres sub-escalas: la positiva (PANSS-P) de 7 ítems, la negativa (PANSS-N) también de 7 y la de psicopatología general (PANSS-PG) de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva. (20, 21)

En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador y posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad. La

parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se mostraba a la defensiva o se mostraba ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente. El tiempo explorado debe ser la semana anterior a la entrevista. Los ítems están bien contruidos, convirtiéndolo en un instrumento relativamente fácil de utilizar. Su aplicación requiere unos 30-40 minutos. (20, 21)

Su utilidad radica en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. Su mayor ventaja es el estudio de los síntomas que son clínicamente importantes de cara al tratamiento en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (20, 21)

La importancia de la distinción entre síntomas positivos y negativos, desorganización y estado de ánimo tal vez se vea limitada a los diferentes efectos del tratamiento en cada caso. También se ha utilizado como indicador pronóstico en aquellos casos en que predominan los síntomas negativos, lo que supone una peor evolución. Las puntuaciones de las 4 sub-escalas se expresan en forma de percentiles. En nuestro caso hemos utilizado los valores normativos de la validación española. También, puede emplearse para categorizar a los pacientes esquizofrénicos con predominio de síntomas positivos o negativos. Para esto existen dos métodos: (20, 21)

Sistema restrictivo:

- **Subtipo positivo:** puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la escala positiva, pero en menos de 3 ítems de la escala negativa.

- **Subtipo negativo:** puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems de la escala negativa, pero en menos de 3 ítems de la escala positiva.

- **Subtipo mixto:** puntuación ≥ 4 en 3 ó más ítems en ambas escalas.

- **Otro tipo:** el resto.

- Sistema inclusivo: emplea la puntuación de la escala compuesta.

- **Subtipo positivo:** > 0

- **Subtipo negativo:** < 0

Posiblemente, para estudios epidemiológicos sea más adecuado el sistema restrictivo que, aunque tiene menor sensibilidad, su especificidad es mayor

Aunque se han dado varias soluciones distintas al análisis factorial de los componentes de la escala, la más aceptada es la de Lindenmayer y cols., que considera que la mayoría de los síntomas se agrupan en torno a cinco síndromes: psicosis, desorganización (o cognitivo), negativo, excitación y afectivo (depresivo).

La división de los ítems de la escala, basados en el modelo positivo-negativo, ha sido duramente criticada. Ya los propios autores en 1990 propusieron un modelo piramidal de cuatro factores, pero es el de cinco el más aceptado en la actualidad. Un enfoque multidimensional de la psicopatología de la esquizofrenia parece más apropiado que la simple dicotomía positivo-negativo.. Se ha sugerido que la variable tiempo debería incluirse en la definición de subtipos de la esquizofrenia.

Fiabilidad:

Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas, presentando buena validez inter-observador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intra-clase es de alrededor de 0,80 para las tres sub-escalas. (20, 21)

En la validación española, no obstante, se encontraron algunas pequeñas discrepancias: la PANSS-P sólo mostró una modesta consistencia interna y el ítem “*desorganización conceptual*” no se correlacionó con la puntuación total de la escala (lo que sugiere que se trata de un dudoso síntoma positivo). Hallazgos similares han sido comunicados por von Knorring y cols. (20, 21)

La escala negativa posee mayor consistencia que la positiva al ser más homogénea y estar constituida por un único factor. La PANSS-P no presenta una dimensión unitaria, sino que está constituida por varios factores.

Validez:

La comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS arroja buenos índices de validez concurrente. Entre la sub-escala positiva de la PANSS y la SAPS $r = 0,77$ y entre la sub-escala negativa y la SANS $r = 0,77$. Por otra parte, al estudiar la correlación entre la sub-escala de psicopatología general y la Escala de Impresión Clínica Global el índice r era de 0,52. (20, 21)

Resulta adecuada para valorar la respuesta al tratamiento, así como la diferente respuesta al mismo de los síntomas predominantes positivos o negativos.

La adaptación española de la escala pronóstica de esquizofrenia de Strauss-Carpenter es fiable, válida y permite predecir un curso deteriorado de la enfermedad.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL DAI (INVENTARIO DE ACTITUDES A LA MEDICACION)

El DAI es un inventario breve de auto aplicación para evaluar la respuesta subjetiva negativa a los medicamentos antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia, que puede ser utilizado para identificar pacientes con alto riesgo de pobre apego al tratamiento farmacológico prescrito. La muestra para la validación de esta escala se conformó con 80 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, indiferenciada, desorganizada o catatónica, de 15 a 65 años de edad, de ambos sexos, que aceptaron de forma voluntaria e informada a participar en el proyecto, y cuyas condiciones clínicas permitieron el llenado de los cuestionarios. Una sub-muestra de 60 pacientes fue utilizada para determinar la validez convergente entre la versión en español DAI y una medida de insight al tratamiento ITAQ. Finalmente con base en una sub-muestra de 20 pacientes se calculó la confiabilidad inter-evaluador de la versión en español del DAI. (22)

El índice de confiabilidad inter-evaluadores de la versión del español del DAI fue de 0.61 ($p < .001$), y su consistencia interna de 0.57. El índice de correlación de Pearson entre el DAI y el Cuestionario de Insight al tratamiento ITAQ fue de 0.47 (0.01). Los pacientes con baja adherencia a tratamiento de acuerdo a la medición de Buchanan obtuvieron una menor puntuación en DAI en comparación con aquellos con media y alta adherencia. Los hombres y los usuarios que además recibían ansiolítico o antidepresivo en su manejo presentaron mayor puntuación DAI. Conclusiones. La versión en español del DAI demostró ser un instrumento válido y confiable para evaluar las actitudes negativas hacia la medicación antipsicótica en pacientes mexicanos con esquizofrenia, por lo que se recomienda su uso con fines clínicos y/o de investigación en nuestro país. (22)

VALIDEZ DEL TEST MORISKY-GREEN

Este método, que está validado para la población española, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine¹²⁰ para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión. Lo denominaron inicialmente “the Medication Adherent Questionnaire” (MAQ) (cuestionario de adherencia a la medicación). Desde que el test fue introducido ha sido usado en la valoración de la adherencia en diferentes patologías como la hipertensión, SIDA, esquizofrenia, cáncer, cardiopatía, osteoporosis, enfermedad tromboembólica, patología infecciosa, tabaquismo, dislipidemias, EPOC y asma.

Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento para su enfermedad, se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Se considera buen cumplidor al paciente que contesta correctamente a las cuatro preguntas, mientras que a partir de una respuesta incorrecta se califica como incumplidor. Por otra parte, presenta la ventaja de que nos puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, en función de las respuestas incorrectas. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes.

- *“¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”*
- *“¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”*
- *“Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?”*
- *“Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?”*

Se considera cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas: No/ Si/ No/ No. Existe otra variante en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea “no”, y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las cuatro preguntas de la misma forma: No/ No/ No/ No.

- *“¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?”* o *“¿es descuidado con el horario de la medicación?”*. Esta fórmula fue utilizada por Jiménez en la validación de

la versión española del test. El test de Morisky-Green, no ha sido validado para procesos agudos, siendo validado solo para patologías crónicas como el asma, hipertensión, esquizofrenia. Gil en un estudio de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento terapéutico observan que este test subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento en un 7,9%, a pesar de todo lo señalan como uno de los mejores métodos indirectos para medir el cumplimiento con fiabilidad de (0.61).

Entre las contribuciones de García Pérez, en su trabajo para valorar la eficacia diagnóstica de tres métodos indirectos de medida del cumplimiento terapéutico, encuentra que al relacionar el test de Morisky-Green-Levine con el recuento de comprimidos se pone de manifiesto que existe significación estadística entre ellos, de tal forma que los pacientes que contestaron incorrectamente el test de Morisky-Green-Levine, es decir no cumplidores del tratamiento, también resultaron no cumplidores al realizarles el recuento de comprimidos en domicilio. Por otra parte, el test presenta una alta especificidad, y debido a que ningún método por sí solo es capaz de valorar todos los aspectos del cumplimiento, se puede combinar con otros que presenten alta sensibilidad. Además, estos autores indican que el test de Morisky-Green-Levine fue el que obtuvo el más alto valor predictivo positivo, por lo cual indican que podría ser una buena alternativa para identificar grupos de riesgo de no cumplimiento en atención primaria, ya que es un cuestionario corto, de fácil aplicación, y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.

JUSTIFICACIÓN.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se creó la Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) la cual tiene por objetivos: mantener el control de síntomas a pacientes portadores de Esquizofrenia o de cualquier otro Trastorno psicótico a través de la aplicación de medicamentos de acción prolongada (antipsicóticos de depósito), ofrecer el tratamiento médico apropiado, disminuir el número de recaídas y re-hospitalizaciones y por tanto reducir los costos de la enfermedad. La CAT abrió sus puertas en el mes de diciembre del año 2008, a poco más de un año de haber iniciado actividades todavía no se realizaba ningún estudio de seguimiento de los pacientes en dicho programa . Los resultados que se obtengan podrán servir como antecedente para futuras investigaciones así como para establecer intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica incrementa el apego al tratamiento en pacientes con esquizofrenia?

¿El programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica mejora la actitud hacia la medicación en pacientes con esquizofrenia?

¿El programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica disminuye la sintomatología positiva y negativa en pacientes con esquizofrenia?

OBJETIVOS GENERALES

Determinar si el programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica incrementa el apego al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.

Determinar si el programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica mejora la actitud hacia la medicación en pacientes con esquizofrenia.

Determinar si el programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica disminuye la sintomatología positiva y negativa en pacientes con esquizofrenia

Buscar si existen cambios en cuanto al apego al tratamiento, actitudes a la medicación y evolución clínica durante la estancia en Clínica de Adherencia Terapéutica.

OBJETIVOS PARTICULARES.

Describir la edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, nivel económico de la muestra.

Describir el tipo y frecuencia de los diferentes neurolepticos de depósito utilizados en la muestra.

Describir porcentaje de asistencia a consulta en CAT y motivos de baja del servicio de la muestra.

Describir el diagnóstico psiquiátrico más frecuente en tratamiento en CAT.

Describir las causas de abandono a tratamiento previas (desde que se diagnostica la enfermedad mental) mas frecuentes de los pacientes tratados en CAT.

HIPÓTESIS :

El programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica incrementa el apego al tratamiento en pacientes con esquizofrenia

El programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica mejora la actitud hacia la medicación en pacientes con esquizofrenia

El programa de la Clínica de Adherencia Terapéutica disminuye la sintomatología positiva y negativa en pacientes con esquizofrenia

MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, longitudinal y comparativo; basado en la aplicación de instrumentos clinimétricos estandarizados así como el uso de diferentes datos estadísticos que se han recabado desde diciembre 2008 en CAT (que al momento no han sido publicados).

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Pacientes de ambos sexos con seguimiento en el programa de Clínica de Adherencia Terapéutica y que ingresaron al programa mencionado entre diciembre 2008 y agosto 2009. En edades comprendidas entre 18 y 65 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Que hayan sido incluidos dentro del programa de CAT de diciembre 2008 a agosto 2009.
- ❖ Edad comprendida 18 a 65 años
- ❖ Que hayan ameritado por lo menos un ingreso en hospital psiquiátrico.
- ❖ Que no hayan estado incluidos en otros programas de rehabilitación u hospital parcial.

- ❖ Que hayan aceptado voluntariamente el participar en este estudio en base a la firma de consentimiento informado (Ver anexo 1).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Pacientes que ingresaron a CAT después del mes de agosto 2009.
- ❖ Pacientes menores de 18 años y mayores de 65.
- ❖ Que no acepten el participar en este estudio.
- ❖ Que nunca hayan ameritado hospitalización psiquiátrica
- ❖ Que ya hayan participado en otros programas de rehabilitación u hospital parcial

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- ❖ Pacientes que durante el proceso de evaluación decidan no participar en el estudio.

VARIABLES.

❖ APEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se evaluará dicha variable con la aplicación de Inventario de Actitudes hacia la medicación (DAI) (Ver anexo 2) y la VARIABLE DE ADHERENCIA. (Test Morisky Green) (Ver anexo 3).

❖ ABANDONO DE TRATAMIENTO

Se llevará a cabo la aplicación de un Cuestionario de Causas de Abandono de Tratamiento estructurado de forma específica para evaluar dicha variable. (Ver anexo 4)

También se utilizarán los registros de la asistencia a consulta en el servicio.

❖ SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Se evaluará con la aplicación de la Escala PANSS. (Ver anexo 5)

❖ HOSPITALIZACIONES PREVIAS (número de hospitalizaciones 1 año o 6 meses previos a entrar a programa de CAT , el tiempo tomado en cuenta es de acuerdo al tiempo que han estado en la CAT)

❖ REHOSPITALIZACIONES (número de hospitalizaciones durante el tratamiento en CAT).

❖ SEXO (masculino, femenino)

❖ EDAD

❖ NIVEL SOCIOECONÓMICO (nivel asignado de acuerdo a valoración del servicio de trabajo social de CAT designado en números arábigos del 1 al 6)

❖ ESTADO CIVIL (soltero o casado)

❖ ESTADO ACTUAL (situación del paciente en CAT hasta el termino del estudio: activo o baja) Activo: continua tratamiento en CAT. Baja: no continuo tratamiento en CAT.

❖ MOTIVOS DE BAJA:

➤ Acudirán a otra institución por ser derechohabiente

➤ Re hospitalización egresando sin NLP deposito

➤ Nulo seguimiento a indicaciones de tratamiento en CAT (negligencia de familiares)

➤ Inasistencias a pesar de varios intentos de rescate

➤ Defunción

➤ Sin respuesta a tratamiento con NLP de depósito.

➤ Cambio de domicilio a otra entidad federativa

➤ Internado en anexo por consumo de alcohol

❖ LOCALIDAD (Entidad federativa perteneciente a la Republica Mexica en la cual radica el paciente)

➤ DF

➤ EDO. MEXICO

➤ QUERETARO

➤ MORELOS

➤ HIDALGO

➤ MICHOACAN

❖ NEUROLÉPTICO DE DEPÓSITO DOSIS/MG.

➤ PIPOTIAZINA 25MG

➤ PIPOTIAZINA 50MG

➤ PIPOTIAZINA 75MG

➤ PIPOTIAZINA 100MG

➤ DECANOATO DE HALOPERIDOL 50MG

➤ DECANOATO DE HALOPERIDOL 100MG

➤ DECANOATO DE HALOPERIDOL 150MG

➤ RISPERIDONA DE ACCION PROLONGADA 25MG

➤ RISPERIDONA DE ACCION PROLONGADA 37.5MG

➤ ZUCLOPENTIXOL 200MG

➤ FLUPENTIXOL 20MG

- ❖ DIAGNOSTICOS (Referidos de acuerdo a los criterios del Manual de Diagnóstico y Tratamiento DSM IV)
- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE F20.0
- ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA F20.3
- RETRASO MENTAL LEVE F70
- RETRASO MENTAL MODERADO F71
- AUTISMO F84
- TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ORGANICO F06.2
- RETRASO MENTAL GRAVE F72
- TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO F25
- TRASTORNO BIPOLAR F31
- TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE F60.3

PROCEDIMIENTO

Inicialmente el anteproyecto se presentó ante el Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, posterior a su aprobación se llevo a cabo la invitación de manera individual a los pacientes candidatos a participar en el estudio realizandose la firma de consentimiento informado . Dandose inicio a la aplicación de los diferentes instrumentos clinimétricos asi como la recopilación de datos estadísticos y sociodemográficos por medio de las valoraciones correspondientes al servicio de Trabajo Social de la CAT obteniendo tales datos de forma directa del expediente clínico. Una vez terminada la aplicación de los instrumentos clinimétricos los resultados fueron registrados en una base de datos para su posterior análisis estadístico. Haciendo las correcciones necesarias y revisión por parte de los tutores, se realizó la presentación en formato de tesis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de la muestra se usó estadística descriptiva, las cuales fueron promedio, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. Se estableció un valor alpha de .05 para considerar significativos los resultados. Chi cuadrada, analisis de magnemar (para observar cambios.) significancia menor $<.0001$, Analisis de covarianza en PANSS. El análisis se realizó en el programa SPSS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio no es invasivo, por lo que se apega a los criterios de buenas prácticas clínicas y a los estatutos de investigación mencionados en la Reunión de Alma –Ata, a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos. Se considera un estudio sin riesgo, los datos se manejaron con estricta confidencialidad.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Para la realización de este estudio se incluyeron a 133 pacientes de los cuales 87 (65.4%) eran hombres y 46 (34.6%) mujeres. La edad promedio fue de $(37.7 \pm 10.6$ años). El estado civil fue de 117 solteros (88%) y 16 casados (12%). El lugar de residencia (localidad) tuvo una distribución en el DF de 75 (56.4%), Edo México 53 (39.8%), Morelos 2 (1.5%), Querétaro 1 (0.75%), Michoacán 1 (0.75%) e Hidalgo 1 (0.75%). El nivel económico (por valoración de TS) fue Exento 11 (8.3%), nivel 1: 47 (35.3%), nivel 2: 58 (43.6%), nivel 3: 13 (9.8%), nivel 4 : 4 (3%).

Durante el tiempo en el que se realizó el estudio 27 pacientes (20.3%) fueron dados de baja por los siguientes motivos: nulo seguimiento de las indicaciones de tratamiento por parte de familiares (17 pacientes: 12.8 %) , acudir a otra institución por ser derechohabiente (2 pacientes 1.5%) , re-hospitalización egresando sin NLP deposito (4 pacientes 3%), inasistencias a pesar de varios intentos de rescate (3 pacientes, 2.3%) y por defunción (1 paciente, 0.8 %).

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Los diagnósticos psiquiátricos encontrados fueron los siguientes:

Tabla 3.

Diagnóstico.	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia Paranoide	86	63.2
Trastorno Esquizofreniforme Orgánico	14	10.5
Esquizofrenia Indiferenciada	11	8.3
Trastorno Esquizoafectivo	11	8.3
Trastorno Bipolar	4	3.0
Retraso Mental Moderado	3	2.3
Retraso Mental Leve	1	0.8
Autismo	1	0.8
Retraso Mental Grave	1	0.8
Trastorno Límite de Personalidad.	1	0.8
Total	133	99.2

Como se puede observar el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue Esquizofrenia Paranoide (86 pacientes) seguido de Trastorno Esquizofreniforme orgánico (14 pacientes), menos frecuentes Esquizofrenia Indiferenciada y Trastorno esquizoafectivo (ambos con 11 pacientes para cada diagnostico), 4 pacientes con Trastorno Bipolar, 5 pacientes con diagnóstico de Retraso Mental en sus diferentes variables; Autismo 1 , Trastorno límite de personalidad 1. (ver Tabla 3.)

ASISTENCIA A CONSULTA

Se evaluó la asistencia a la consulta de los pacientes en CAT con los siguientes resultados:

Tabla 4.

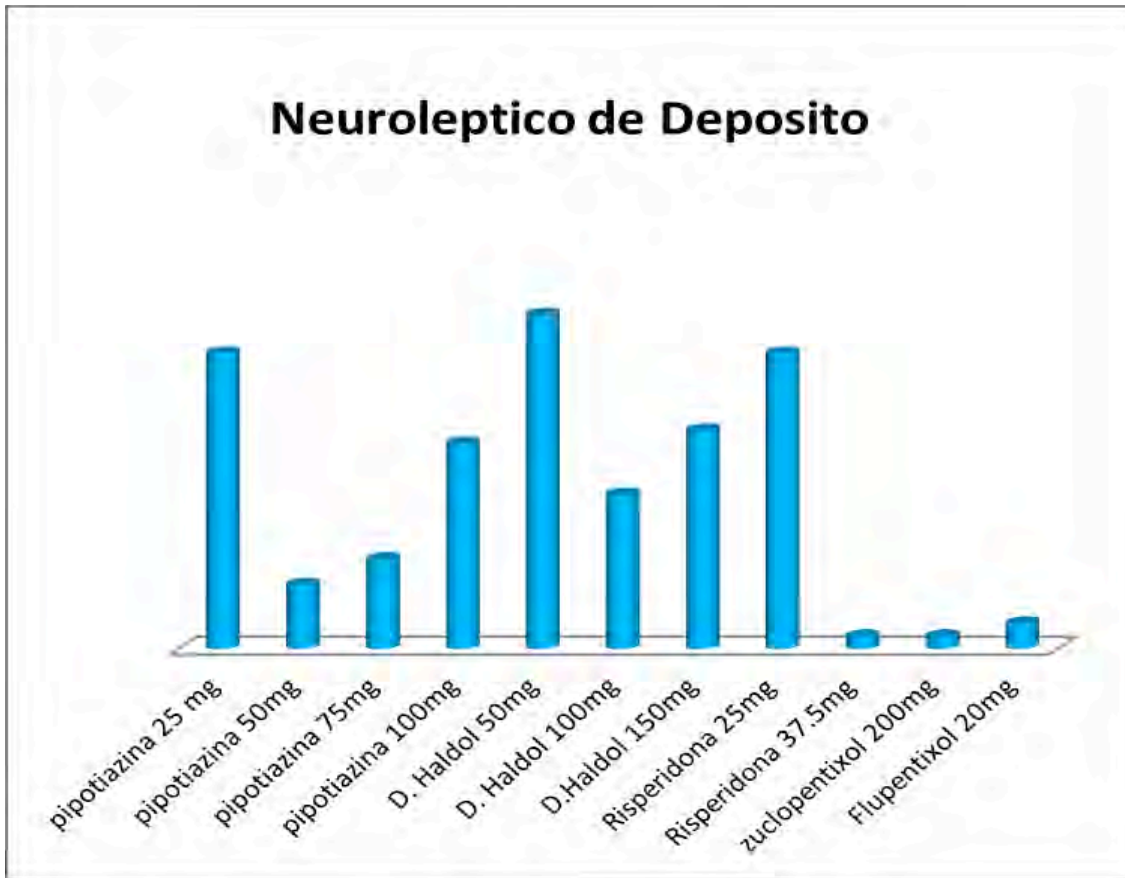
Porcentaje de asistencia	frecuencia	%
0	6	4.5
10 a 20	2	1.5
30 a 40	2	1.5
50 a 70	10	7.5
80 a 85	13	9.8
90 a 100	100	75.2
Total	133	100.0

Los pacientes con 0% de asistencias (6 pacientes) fueron aquellos que tras ser convocados y dados de alta en el servicio nunca asistieron a pesar de los múltiples intentos de rescate vía telefónica a través del servicio de Trabajo Social de la CAT. Sin embargo el 75.2% de pacientes tuvo una asistencia al servicio de un 90 a 100%, el 9.8% de los pacientes tuvieron entre un 80 y 85% de asistencia, el 7.5% de un 50 a 70% de asistencias, el 1.5% de paciente tuvieron de un 30 a 40% de asistencia, esta cifra se obtuvo para aquellos cuya asistencia fue del 10 a 20%. (Ver Tabla 4).

NEUROLÉPTICOS DE DEPÓSITO

En lo que concierne al tratamiento con neurolépticos de depósito (ver figura 1) se encontró que el 19.5% de los pacientes evaluados tuvieron como tratamiento Decanoato de haloperidol 50mg, pipotiazina 25mg y risperidona de acción prolongada de 25mg ambos con 17.3%, Decanoato de haloperidol 150mg con 12.8%, pipotiazina 100mg con 12%, Decanoato de haloperidol 100mg con 9%, pipotiazina 75mg con 5.3%, pipotiazina 50mg con 3.8%, flupentixol 20mg con 1.5% , risperidona de acción prolongada de 37.5mg y zuclopentixol 200mg ambos con 0.8%. Dichos tratamientos fueron instalados de forma individualizada de acuerdo a las características de cada paciente, todos los pacientes que participaron en este estudio ya tenían instalado algún tratamiento con este tipo de neurolépticos previo a su ingreso en el programa de CAT y en ocasiones de acuerdo a la evolución médica se modificó tratamiento en cuanto a dosis o tipo de neuroléptico de depósito.

Figura 1.



CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO.

Se aplicó al familiar responsable del paciente un Cuestionario de Causas de Abandono a Tratamiento con la finalidad de encontrar la causa más común desde que le fue diagnosticada la enfermedad mental encontrándose los siguientes resultados:

Tabla 5.

Causas de abandono de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Negación de enfermedad	77	57.9
Falta de recursos económicos	38	28.6.
Sentir mejoría	5	3.8
Consumo de sustancias psicotrópicas	4	3.0
Efectos colaterales del medicamento	2	1.5
Decisión de familiares	2	1.5
No entender las pautas de administración de medicamento	2	1.5
Confundir efectos adversos con síntomas de la enfermedad	1	.8
Pensar que el medicamento solo se toma en fase aguda	1	.8
No haber observado mejoría en corto plazo	1	.8
Total	133	100.0

Tabla N° 5. Como primera causa se encontró la negación de la enfermedad mental (57.9%), después se encontraron : falta de recursos económicos (28.6), sentir mejoría al tratamiento (3.8%), consumo de sustancias psicotrópicas (3.0), efectos colaterales del medicamento (1.5%), no entender las pautas de administración de medicamento (1.5%), por decisión de familiares (1.5%), no haber observado mejoría a corto plazo (0.8%), confundir los efectos adversos con síntomas de enfermedad (0.8%), pensar que el medicamento solo se toma en fase aguda (0.8%).

CLINIMETRIA.

Para la presentación de los resultados obtenidos de las escalas clinimétricas aplicadas (PANSS, Inventario de Actitud a la Medicación y Variable de Adherencia) se formaron dos grupos de pacientes. El primero cuya característica fue que todos los pacientes cumplieron con 12 meses de tratamiento en CAT, en este grupo se aplicaron dichos instrumentos en 3 ocasiones: al ingreso, a los 6 meses y a los 12 meses de tratamiento en CAT (N=63). Un segundo grupo cuyos participantes cumplieron con un mínimo de 6 meses en tratamiento en CAT pero sin llegar a los 12 meses, con aplicaciones al ingreso y a los 6 meses. (n=46). Con una muestra total de 109 pacientes.

El registro de los instrumentos clinimétricos a los pacientes con una sola aplicación no fue tomado en cuenta por el sistema estadístico, esta situación tuvo su origen en la baja del paciente o bien de la inasistencia a la consulta.

Inventario de Actitudes a la Medicación (DAI).

(ver Anexo 2).

La puntuación total de esta escala puede oscilar entre 10 y 20. No existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo. Se realizó el análisis de varianza (ver Tabla 6) (fig. 10 y 11), Grupo1 - evaluación 1 (ingreso) una media de 16.79, evaluación 2 (6 meses) una media de 18.67 y en la evaluación 3 (12 meses) una media de 19.30. En el segundo grupo de pacientes se obtuvo en la primera evaluación una media de 17.07 pts y en la segunda una media de 18.78 pts. . Con una $F(2,121)=92.38$ para el grupo 1 y para el grupo 1 $F= 57.96$ con significancia $p<.001$ para ambos grupos.

Tabla 6.

DAI	Media	Desviación estándar	n	Significancia
Grupo 1				
Evaluación 1	16.79	1.567	63	F(2,124)=92.38,p<.001
Evaluación 2	18.67	2.125	63	
Evaluación 3	19.30	1.213	63	
Grupo 2				
Evaluación 1	17.07	1.340	46	F=57.96,p<.001
Evaluación 2	18.78	1.209	46	

Figura 10.

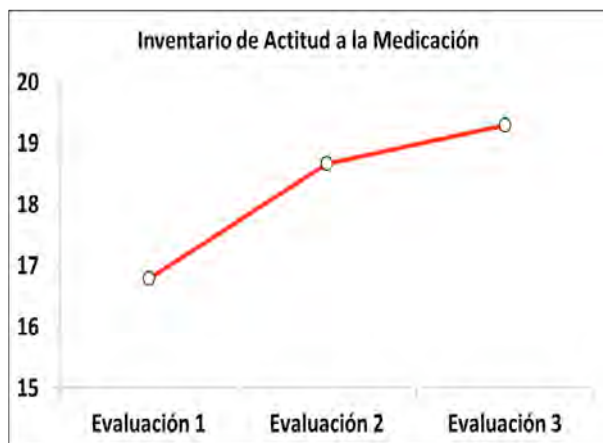


Figura 11.



PANSS (Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia)

(Ver anexo 5)

Los resultados de la aplicación de la escala de PANSS fueron los siguientes:

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos				
Grupo 1 (síntomas positivos)		Desviación típica	N	significancia
1ª aplicación	23.13	7.714	63	F=82.96, gl 2, p<.0001
2ª aplicación	18.84	7.005	63	
3ª aplicación	15.43	7.199	63	
Grupo 2				
1ª aplicación	26.30	6.521	46	F=80.41, gl 1, p<.0001
2ª aplicación	19.41	5.281	46	
Grupo 1 (síntomas negativos)				
1ª aplicación	21.98	5.868	63	F=90.07, gl 2, p<.0001
2ª aplicación	18.78	5.560	63	
3ª aplicación	14.87	5.726	63	
Grupo 2				
1ª aplicación	24.61	6.101	46	F=39.67, gl 1, p<.0001
2ª aplicación	19.74	5.775	46	
Grupo 1 (sintomatología psicopatologica general)				
1ª aplicación	51.24	15.047	63	F=89.5, gl 2, p<.0001
2ª aplicación	45.11	15.708	63	
3ª aplicación	37.14	15.708	63	
Grupo 2				
1ª aplicación	61.57	12.760	46	F=36.2, gl 1, p<.0001
2ª aplicación	52.13	15.685	46	
Grupo 1 (puntuación total)				
1ª aplicación	96.19	26.378	63	F=122.79, gl 2, p<.0001
2ª aplicación	83.05	26.322	63	
3ª aplicación	67.49	27.337	63	
Grupo 2				
1ª aplicación	112.41	22.704	46	F=65.68, gl 1, p<.0001
2ª aplicación	91.28	24.737	46	

Para el grupo 1, en los síntomas positivos se observa una disminución global media de 7.7 pts. (Evaluación 1: 23.13, evaluación 2: 18.84, evaluación 3: 15.43) $F=82.96$, gl 2, $p<.0001$; en los síntomas negativos se observa una disminución media de 7.1 pts. (Evaluación 1: 21.98, evaluación 2: 18.78, evaluación 3: 14.87) $F=90.07$, gl 2, $p<.0001$; en psicopatología general se observó una disminución global media de 14.1pts (evaluación 1: 51.24, evaluación 2: 45.11, evaluación 3: 37.14) $F=89.5$, gl 2, $p<.0001$ y para la evaluación total de la escala de PANSS en este grupo se obtuvo una disminución de 28.7pts (evaluación 1: 96.1, evaluación 2: 83.05, evaluación 3: 67.49) $F=122.79$, gl 2, $p<.0001$. (Ver Tabla 7).

Para el Grupo 2, los síntomas positivos se observa una disminución global de 6.89 pts. (Evaluación 1: 26.3 , evaluación 2: 19.41) $F=80.41$, gl 1, $p<.0001$; en los síntomas negativos se observa una disminución de 4.86 pts. (Evaluación 1 : 24.61, evaluación 2: 19.74) $F=39.67$, gl 1, $p<.0001$; en psicopatología general se observó una disminución global de 9.44pts (evaluación 1: 61.57, evaluación 2: 52.13) $F=36.2$, gl 1, $p<.0001$ y para la evaluación total de la escala de PANSS en este grupo se obtuvo una disminución de 21.13pts (evaluación 1: 112.41, evaluación 2: 91.28) $F=65.68$, gl 1, $p<.0001$. (Ver Tabla 7).

Se realizaron graficas con la finalidad de poder ejemplificar el comportamiento de las diferentes mediciones de esta escala. (ver figuras 2,3,4,5,6,7,8 y 9)

Figura 2.

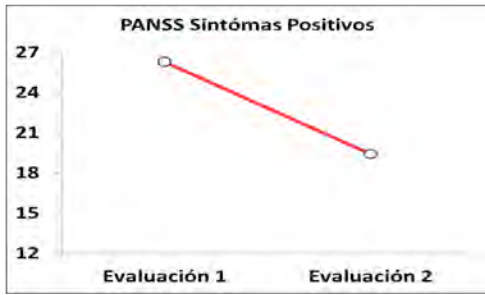


Figura 3.



Figura 4.

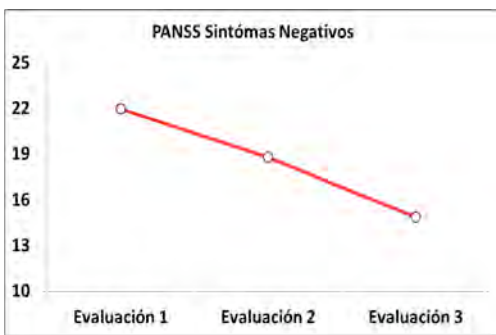


Figura 5.

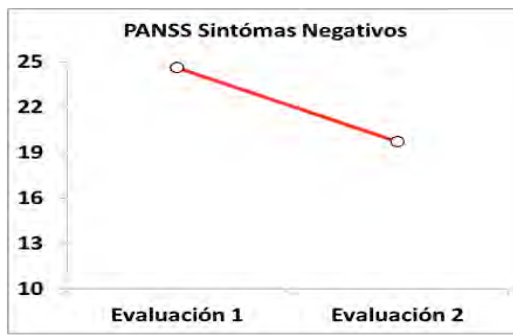


Figura 6.

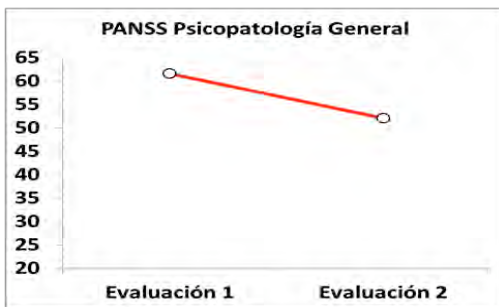


Figura 7.

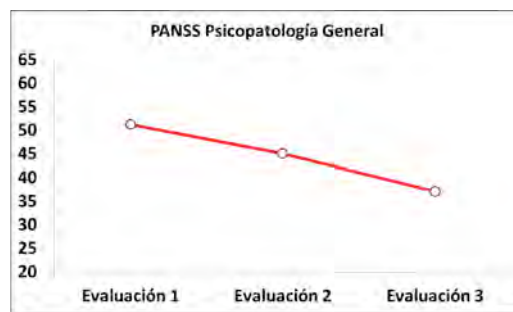


Figura 8

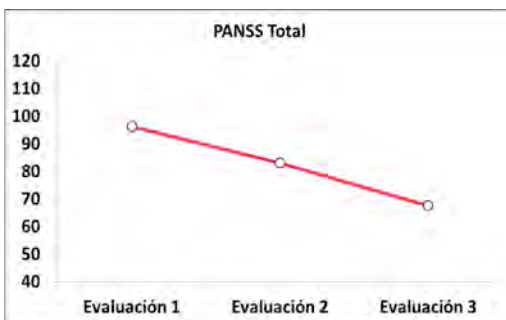
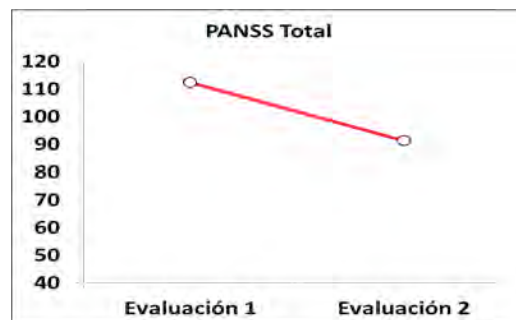


Figura 9.



VARIABLE DE ADHERENCIA

(ver anexo 3)

Para el análisis de resultados de esta variable se utilizó la Prueba de Mcnemar con el fin de observar los cambios entre las aplicaciones. Se obtuvo un Mcnemar= 86, gl= 3, $p < 0.0001$ entre la 1ª y 2ª aplicación. Para la 2ª y 3ª aplicaciones un, Mcnemar =20, gl 3, $p < 0.0001$.

Se pueden observar cambios significativos respecto a la evaluación de la adherencia en tres niveles (adherente, medio adherente y no adherente) (ver Tabla 8). De un total de 109 pacientes, de la primera a la segunda aplicación 2 pacientes iniciaron y se mantuvieron adherentes, 25 pacientes pasaron de medio adherentes a adherentes, y 24 pacientes pasaron de no adherentes a adherentes. Nueve pacientes se mantuvieron medio adherentes, 37 pacientes pasaron de no adherente a medio adherente. Doce pacientes se mantuvieron no adherentes.

Tabla 8.

		MG2			Total
		Adherente	Medio adherente	No adherente	
MG 1	Adherente	2	0	0	2
	Medio adherente	25	9	0	34
	No adherente	24	37	12	73
Total		51	46	12	109

	De mayor a menor
	Mantenimiento
	De menor a mayor

Los resultados de la aplicación 2 a la aplicación 3 (ver Tabla 9). Se encontraron de un total de 63 pacientes (pacientes que cumplieron un año en CAT); 37 pacientes se mantuvieron adherentes, 15 pasaron de medio adherente a adherente, 1 paso de no adherente a adherente. Cinco se mantuvieron en medio adherente, 4 pasaron de no adherente a medio adherente y 1 paciente se mantuvo no adherente.

Tabla 9.

		MG3			Total
		Adherente	Medio adherente	No adherente	
MG2	Adhrente	37	0	0	37
	Medio adherente	15	5	0	20
	No adherente	1	4	1	6
Total		53	10	1	63

HOSPITALIZACIONES PREVIAS Y REHOSPITALIZACIONES.

Se llevó un registro del número de hospitalizaciones previas totales en el HPFBA de cada paciente observándose como cifra máxima 27 hospitalizaciones y la media de 4.58. Además se registraron las hospitalizaciones dentro del año o seis meses previos a su ingreso a CAT (de acuerdo a la estancia en CAT por paciente) observándose como mínimo 1 hospitalización y un máximo de 15, con una media de 1.66 hospitalizaciones. Así mismo durante el periodo de evaluación se registraron a aquellos pacientes que a pesar de estar en tratamiento en CAT tuvieron re hospitalizaciones encontrándose un mínimo de cero re hospitalizaciones y un máximo de 2 con una media de 0.11. (Ver Tabla 10).

Tabla 10.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
HPt	1	27	4.58	4.292
HPA	1	15	1.66	1.456
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
RH	0	2	.11	.362

HPt: hospitalizaciones previas totales. HPA hospitalizaciones previas de un año o 6 meses previos a su ingreso a CAT. RH: re hospitalizaciones.

DISCUSIÓN

El ser portador de una enfermedad mental tiene repercusiones, de primera instancia hacia la persona que es diagnosticada y de manera conjunta al medio social; esto en parte debido al gran estigma que todavía existe hacia este tipo de patologías lo cual genera dificultad para abordar y en ocasiones hasta detectar en un medio de atención primaria este tipo de padecimientos, dándoles causas místicas, religiosas y hasta demoniacas , dependiendo en la mayoría de los casos del ambiente en el cual se desarrolle. Así mismo de acuerdo a lo encontrado en la bibliografía respecto al apoyo social, este estudio coincide con lo encontrado en otras investigaciones en donde se hace referencia en que la pareja y la familia son las dos fuentes con mayor impacto sobre la salud y el bienestar de los pacientes, así como sobre la adherencia terapéutica de los mismos (Shumaker y Hill, 1991; Pozo et al). Se encontró que la mayoría de nuestros pacientes son solteros 88% y aunque no se realizó un análisis al respecto durante las diferentes entrevistas muchos de ellos refirieron la pobre red de apoyo de parte de familiares y en general del medio social.

En la revisión bibliográfica se encontró que cuando se logra la detección de la enfermedad mental y se entra en contacto con la atención médica especializada, el paciente y el clínico se enfrentan a una serie de fenómenos tales como la falta de conciencia de enfermedad, la negativa a los tratamientos farmacológicos y todo aquello relacionado con la falta de Adherencia Terapéutica los cuales dependen de varios factores: 1. factores relacionados con las actitudes del paciente hacia el tratamiento y la enfermedad, o con sus creencias culturales; 2. factores relativos a la enfermedad, como el déficit cognoscitivo y los síntomas positivos y

negativos; 3. factores ambientales, es decir los que rodean al paciente, como la familia, la pareja, el grupo social; 4. factores relacionados con el medicamento, como el hecho de tener que tomarlos o los inconvenientes de los efectos secundarios, y 5. factores relativos al equipo de tratamiento, como tener una actitud negativa hacia el personal a cargo del tratamiento. Por lo anterior resulta necesario para el clínico conocer las estrategias para abordar esta problemática. En este estudio se encontró que la principal causa de abandono del tratamiento resulta ser la negación de la enfermedad mental, es decir, la falta de conciencia de enfermedad, seguida de la falta de recursos económicos y en tercer lugar el haber experimentado mejoría al tratamiento.

Esta información no es de recién descubrimiento, desde hace 50 años empezaron a desarrollarse modalidades psicoterapéuticas para pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (psicoterapia, tratamiento, terapia o intervención psicosocial). Se ha ido incrementando tal información que a partir de 1980 empezaron las publicaciones acerca de los tratamientos y su efectividad. En el caso particular de la Clínica de Adherencia se tienen establecidas varias estrategias una de ellas la aplicación de antipsicóticos de depósito con el fin de asegurar la administración de medicamentos y conjuntamente realizar intervenciones terapéuticas principalmente en las consultas médicas para mejorar el apego al tratamiento.

Se encontró que en cuanto a frecuencia el antipsicótico de depósito más utilizado es Decanoato de haloperidol en dosis de 50mg, el tipo manejo farmacológico está indicado de acuerdo a los criterios clínicos del médico que se encarga de la atención individualizada del paciente. Para lo cual se cuenta con un esquema de asistencia a consulta de acuerdo a las

aplicaciones del antipsicótico; es decir el paciente acude a consulta cada vez que se le aplica dicho tratamiento.

Se evaluó la asistencia a consulta en CAT obteniendo resultados muy alentadores, el 75.2% de pacientes tuvo una asistencia al servicio de un 90 a 100%, el 9.8% de los pacientes tuvieron entre un 80 y 85% de asistencia, el 7.5% de un 50 a 70% de asistencias, el 1.5% de paciente tuvieron de un 30 a 40% de asistencia esta cifra se obtuvo para aquellos cuya asistencia fue de 10 a 20%. (Ver Tabla 4). Aunque los resultados contrastan mucho con las tasas de adherencia encontradas en varias investigaciones; desde un 33% a 50% en un año, y 74% en dos años, es indudable que el conjuntar varias estrategias con la única finalidad de mejorar la adherencia terapéutica funciona para tal objetivo. Por lo cual sería ideal realizar un seguimiento de los participantes de este estudio con el fin de ver el impacto del programa de CAT a largo plazo incluso aunque en determinado momento el paciente no siga el tratamiento en CAT.

No solo se midió la asistencia, también se realizó la aplicación del Test de Adherencia y el Inventario de actitudes a la medicación en los cuales se encontró mejoría significativa en los resultados de las diferentes aplicaciones de ambos instrumentos clinimétricos. Igualmente se aplicó escala de PANSS también con resultados positivos y significativos, sin embargo como quedo sentado no a todos los pacientes se les pudo aplicar dicho instrumento al no tratarse de un padecimiento del tipo esquizofrénico por lo cual proponemos tomar en cuenta en futuras investigaciones escalas para medir psicosis en pacientes con otro diagnostico (pj, BPRS) , estando enterados que en CAT también se lleva a cabo dicha medición sin embargo no eran

los fines de este estudio la medición del mismo. Aunque no a todos los pacientes se les realizaron las 3 aplicaciones de cada escala (por el tiempo de haber ingresado a CAT) si es importante mencionar que los resultados fueron muy significativos en ambos grupos y por tanto se espera que cuando se tenga la 3ª aplicación de cada instrumento siga dicha tendencia, lo cual podrá ser motivo de otra investigación.

Quedando demostrado que la planeación e instrumentación de intervenciones terapéuticas funcionan y se basan en el supuesto de que un tratamiento surte efecto sólo cuando se le instrumenta con atingencia y continuidad sin interrumpirse hasta que los indicadores de restablecimiento y funcionalidad del paciente ameriten darle de alta. (4) En el caso de este estudio se propone la aplicación de instrumentos que pudieran medir la funcionalidad del paciente en el contexto de seguir ofreciendo una atención médica individualizada de acuerdo también a las necesidades propias de cada paciente.

CONCLUSIONES.

En este estudio se encontró que el programa de tratamiento llevado a cabo en la Clínica de Adherencia Terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez resulta una estrategia útil para mejorar el apego al tratamiento y por tanto la evolución clínica de los pacientes portadores de enfermedad mental particularmente del tipo de la psicosis, siendo el diagnóstico más frecuente Esquizofrenia Paranoide.

En cuanto a la evolución clínica se encontraron mejoras con la reducción de los síntomas, mejoría en las puntuaciones de la escala DAI y de la variable de adherencia. Se observó un adecuado apego a la consulta en la mayoría de los pacientes lo que sin lugar a duda es un dato significativo en este estudio ya que todos los pacientes que participaron contaban con el antecedente del pobre apego en este rubro. Destaca el hecho de que poco más de la mitad de los pacientes habitan en el Distrito Federal haciendo relevante que el resto a pesar de la lejanía se mantuvo activo durante los meses de tratamiento evaluados, reflejando posiblemente la necesidad de este tipo de programas en otras entidades lo que a su vez disminuiría las tasas de abandono de tratamiento.

También se observó un índice de re-hospitalizaciones muy bajo y aunque no se tiene un análisis de costos al respecto es muy probable que esto se traduzca en una disminución de los mismos para la institución.

A pesar de que éste es solo el primer seguimiento de pacientes de CAT haciendo imperativo valoraciones constantes para poder hacer una evaluación del este servicio a largo plazo, la información obtenida en este estudio resulta valiosa, ya que aunque la Adherencia Terapéutica ha sido un tema muy estudiado, desafortunadamente en la práctica clínica psiquiátrica , siguen siendo elevadas las tasas de abandono al tratamiento lo que nos debe hacer reflexionar y poner en marcha estrategias de mejora continua, lo cual repercutirá directamente en la calidad de vida de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Williams CT, Beese A. Schizophrenia Sufferers Health Beliefs and Compliance with Treatment. The International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and other Psychosis ISPS, Londres, 12-17 Octubre de 1997.

2. Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Danani R. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library 2001; Issue 1 (update software).

3. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarsatad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36(8): 1138-61.

4. Blackwell B. Drug therapy compliance. *N Engl J Med*. 1973;289: 249-52.

5. Roca-Cusachs A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. *Med Clin (Barc)*. 2001;116 Suppl 2:56-62.

6. García Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Tesis Doctoral]. Granada; 2003.

7. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva:World Health Organization; 2004.

8. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004;28:113-20.

9. Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder. Pharmaceutical Care España. 2006;8:62-8.

10. Donovan JL. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. Int J Technol Assess Health Care. 1995;11: 443-55.

11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.

Med Care. 1986;24:67-74.

12. Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico y validación del test de Morisky y Green. Aten Primaria. 1992; 10:767-70.

13. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS. 2002;16:605-13.

14. Thompson K, Kulkarni J, Segejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. Schizophr Res. 2000;42:241-7.

15. Davis NJ, Billet HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. Ann Pharmacother. 2005;39:632-6.

16. Jabary NS, Castrodeza J, Monfa JM, Sousa F, Plagaro MF, Martin A.
Validación de un nuevo test para determinar el cumplimiento
terapéutico en pacientes hipertensos: test Hermes. Hipertensión. 1999;16:298-
303.

17. Herrera Carranza J. El incumplimiento terapéutico como problema relacionado
con medicamentos diferenciado. Pharm Care
Esp. 2001;3:446-8.

18. Starsvad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication
Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence.
Patient Educ Couns. 1999;37:
113-24.

19. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos.
Rev Psiq Fac Med Barna. 2002;29:232-8.

20. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13(2): 261-76.
21. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22(4): 171-7.
22. Robles, R. Salazar, V.,F y Ramirez, F. (2003). Evaluación de la actitud al medicamento de personas con esquizofrenia : propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas españolas de Psiquiatría*, 32 (3): 138-142.
23. Gavino A. y Godo, A. Motivos de abandono en terapia de conducta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1993 Vol. 19 (66) 511–536.
- |
24. V. Novak– Grubic; R. Tavcar. Predictors of noncompliance in males with first–episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *European Psychiatry ed. Esp.* 2002 sep 9(6).

25. Medori, R. *Optimización de resultados a largo plazo en el tratamiento de la esquizofrenia*. Psychiatry source. Janssen–Cilag Satellite Symposium 2007 OCT.

26. Jónsdóttir, H.; Friis, S.; Horne, R.; Pettersen, K. I.; Reikvam, Å.; Andreassen, O. A. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jan2009, Vol. 119 Issue 1, p78–84, 7p, 4 charts; DOI: 10.1111/j.1600 0447.2008.01279.x; (AN 35622472).

27. Kingdon D. et al, 2007 Shanaya Rathod Lars Hansen, Farook Naeem, Jesse H. Wright, Combining Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Volume 21, Number 1, 2007.

28. Giner J. y F. Cañas. V Encuentro del Proyecto ADHES (Adherencia terapéutica en la esquizofrenia). *Revista ACCESO*. 2008 OCT.

29. López, J., Fernández– Montalvo. Illescas N., Landa E., N. Lorea, J. “Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica”. *Trastornos Adictivos*, nº 10 (2) 55–72. 2008.

30. De la Fuente, R. (1982). Factores socioculturales en la situación clínica. *Salud Mental*, 5(1), 1-2.

31. Pucheu, C. (1984). Consecuencias indeseables del incumplimiento terapéutico en Psiquiatría: Influencia en el pronóstico del paciente esquizofrénico. En. F. Puente (Ed.) *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México*. México, D.F., Lepetit.

32. Sackett DL, Snow JC. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1979.

33. Navarro J (coord). I. *El cumplimiento terapéutico*. Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma, 1999.

ANEXOS.

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO
2. INVENTARIO DE ACTITUD A LA MEDICACION
3. VARIABLE DE ADHERENCIA
4. CUESTIONARIO DE CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO
5. ESCALA PARA EL SINDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MEXICO, D.F. A _____ DE _____ DEL 20__

Con fundamento en los articulos 80, 81, y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Medica, el que suscribe, _____ con numero de expediente _____, autorizo a la Dra. Xochitl Martinez Bustamante, medico residente de psiquiatria del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, para la aplicación de los siguientes instrumentos clinicos : Inventario de actitudes hacia la medicacion (DAI), : PANSS (escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia), Variable De Adherencia ; las cuales seran aplicadas en tres ocasiones (en un periodo de tiempo de 6 meses entre cada aplicación) y la escala PSP (valora desempeño personal y social) en una aplicación; ademas el Cuestionario de causas de abandono de tratamiento el cual sera aplicado a mi familiar responsable _____.

Se me informa sobre el objetivo de la aplicación de los instrumentos antes descritos, para la realización del proyecto de investigación "Estudio observacional, longitudinal, comparativo de pacientes tratados en Clinica de Adhrencia Terapeutica del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez" . Siendo mi participación de carácter completamente voluntario, asi mismo doy autorización para que se utilizen datos sociodemograficos garantizandome el anonimato ya que se utilizara un numero de folio como forma de identificación. Asi mismo se me ha informado que puedo retirarme voluntariamente del estudio y que esto no repercutira en la calidad de atención medica que se me otorga asi como la atención hacia mi familiar.

Nombre completo y firma del paciente

Nombre completo y firma de familiar

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma de segundo testigo

ANEXO 2.

INVENTARIO DE ACTITUD A LA MEDICACION

Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI)

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Si desea cambiar alguna respuesta, tache con una X la respuesta errónea y marque con un círculo la respuesta correcta.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Para mi lo bueno de la medicacion supera lo malo | V | F |
| 2. Me siento raro/a, como un zombi, con la medicación | V | F |
| 3. Tomo medicación por decisión mía | V | F |
| 4. La medicación hace que me sienta más relajado/a | V | F |
| 5. La medicación hace que me sienta cansado/a y lento/a | V | F |
| 6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo/a | V | F |
| 7. Me siento más normal con la medicación | V | F |
| 8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado/a por medicaciones | V | F |
| | V | F |
| 9. Mis pensamientos son más claros con medicación | V | F |
| 10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo | V | F |

ANEXO 3.

VARIABLE DE ADHERENCIA

TEST MORISKY – GREEN.

1. ¿ SE OLVIDA ALGUNA VEZ DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS?

SI NO

2. ¿ TOMA LOS FARMACOS A LA HORA INDICADA?

SI NO

3. CUANDO SE ENCUENTRA BIEN ¿ DEJA ALGUNA VEZ DE TOMARLOS?

SI NO

4. SI ALGUNA VEZ LE SIENTAN MAL ¿ DEJA DE TOMAR LA MEDICACION?

SI NO

Respuestas

4: Adherente

3: Más o menos adherente

2 – 0: No adherente

ANEXO 4.
CUESTIONARIO DE CAUSAS DE
ABANDONO DE TRATAMIENTO

❖ CUESTIONARIO DE ABANDONO DE TRATAMIENTO

- NO CONSIDERAR NECESARIO EL TRATAMIENTO (NEGACION DE LA ENFERMEDAD)
- NO HABER OBSERVADO MEJORIA A CORTO PLAZO
- SENTIR MEJORIA
- HABER SIDO ATENDIDO EN OTRA INSTITUCION
- FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS
- EFECTOS COLATERALES DEL MEDICAMENTO
- MALA RELACION MEDICO-PACIENTE
- CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS (DROGAS)
- NO ENTENDER LAS PAUTAS DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO
- CONFUNDIR LOS SINTOMAS O EFECTOS ADVERSOS COMO SINTOMAS DE ENFERMEDAD
- PENSAR QUE EL MEDICAMENTO ES ADICTIVO
- PENSAR QUE EL MEDICAMENTO SE TOMA SOLO EN FASE AGUDA
- DIFICULTADES DE MEMORIA
- METODOS COMPLEJOS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO
- PRESIONES SOCIALES PARA EL ABANDONO
- VERGÜENZA POR EL ESTIGMA SOCIAL
- CANSANCIO O ABURRIMIENTO DESPUES DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS
- EMBARAZO
- AUMENTO DE PESO
- HABER CONFIADO EN MEDICINAS ALTERNATIVAS
- DECISION DE FAMILIARES

ANEXO 5.

PANSS (Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia)

Escala Positiva (PANSS-P)

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| 1. Delirios | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Desorganización Conceptual | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Alucinaciones | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Excitación | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Grandiosidad | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Susplicacia/perjuicio | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Hostilidad | 1 2 3 4 5 6 7 |

Escala Negativa (PANSS-N)

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| 1. Embotamiento afectivo | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Retraimiento emocional | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Contacto pobre | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Retraimiento social | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Pensamiento abstracto | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Fluidez de la conversación | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Pensamiento estereotipado | 1 2 3 4 5 6 7 |

Psicopatología General (PANSS-PG)

1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7	
5. Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7	
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7	
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7	
9. Pensamientos inusuales		1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación		1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente		1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight		1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición		1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos		1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento		1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa		1	2	3	4	5	6	7