



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente

“Asociación de la conciencia de enfermedad y la adherencia farmacológica al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Dra. Patricia Alejandra Ponce de León Mireles

Asesor teórico: Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez

Asesor metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

México, D.F Junio 2015



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

ANTECEDENTES	4
EPIDEMIOLOGIA	5
ADHERENCIA	11
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN LA ESQUIZOFRENIA	14
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	16
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	19
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	20
HIPÓTESIS	21
MATERIAL Y MÉTODOS	21
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	22
ESCALAS DE MEDICIÓN	24
PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	28
ORGANIZACIÓN	29
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS	43
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES	51

AGRADECIMIENTOS

1. A mis tutores Dr. Saracco gracias por sus enseñanzas, el trato tan humano que tiene a los pacientes no se puede igualar, y no podrían complementarse mejor con sus conocimientos, gracias por su apoyo y comprensión, siendo no solo un maestro sino un amigo en este tiempo.
2. Dra Fresan hizo que la estadística dejara de ser algo que me aterrara, gracias por la precisión y paciencia para la enseñanza y el impulso para poder continuar y crear nuevos proyectos, por creer en mí todo este tiempo.
3. Gracias Marilu por tu apoyo en cada momento de este proyecto y en el camino de esta residencia, sin duda alguna nada de esto sería posible sin ti, por tranquilizarme, acompañarme, aguantando mis malos momentos y haciendo mejores los buenos, por hacerme creer que podría lograr cualquier sueño y que nada es demasiado para cumplir y hacerme sentir que todo estaría bien cuando las situaciones se tornaban adversas.
4. Gracias a mis hermanas Diana y Lourdes, por estar siempre cuando las he necesitado, por que desde que inicie este camino, me han alentado y confortado en los tiempos difíciles.
5. Gracias mamá, porque tal vez al inicio no entendías el motivo de querer estudiar psiquiatría y tratabas de dirigirme hacia otras ramas, pero has sabido respetar mis decisiones y apoyarme, por la preocupación con la que me llamas, y me escuchas, sabiendo que estarás conmigo en cualquier momento.
6. Gracias papá, porque has tratado de estar ahí apesar de las circunstancias que has tenido, y me has apoyado y alentado a seguir.
7. Gracias Eliza porque en estos años de residencia has sido mi mejor amiga, ayudándome, escuchándome, sabiendo que podría contar contigo, cambiando guardias, estudiando, divirtiendonos, enojándonos de los problemas con los que teníamos que lidiar, espero que esta amistad no termine en este recorrido, sino que se fortalezca día con día.

Patricia A. Ponce de Leon Mireles

ANTECEDENTES

La esquizofrenia es una enfermedad mental de precoz aparición en la vida, de comienzo agudo o insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-conativa que produce deterioro de la personalidad y funcionalidad del individuo. Se considera que afecta entre el 0,5 y el 1,5 % de la población mundial, a 7 por cada 1000 adultos,¹ prevalencia según la OMS 2011 presenta cifras internacionales como que entre el 10 y el 15 % de los pacientes con esquizofrenia mueren por suicidio, el 50 % de ellos intentan al menos una vez en la vida suicidarse, además es una de las principales causas de discapacidad 2.6 % a nivel mundial.²

Esta patología representa una carga económica importante para el sector salud, debido a la concurrencia de factores como edad temprana de aparición, carácter crónico, largos periodos de hospitalización, tratamiento ambulatorio indefinido, necesidad de apoyo y constante supervisión, incumplimiento terapéutico, alta tasa de suicidio, pérdida de autonomía, desempleo, y discapacidad.³

La OMS refiere un gasto en países desarrollados por la atención de salud mental del 3-4 % del PIB. La organización para la cooperación y el desarrollo económico de la unión europea reporta 25% de los gastos de discapacidad son por enfermedades mentales.⁴ La esquizofrenia es uno de los padecimientos más costosos para los servicios de salud y la sociedad en general. Entre más temprana es la edad de inicio el tratamiento se torna más complicado y el pronóstico se empobrece, el costo anual total de la esquizofrenia para Latinoamérica y el Caribe es de 1.81 en millones de dólares por millón de persona, los costos de los medicamentos solo representan el 1.1% y el 9% del costo directo de la enfermedad. En una aproximación de la demanda de atención y monto destinado por institución de salud, se concluyó que el costo anual promedio de la atención médica de la esquizofrenia es de \$1230.00 excluyendo estudios de laboratorio y medicación. La secretaría de salud reporta el costo de consulta psiquiátrica o psicoterapia en \$18.00 y el costo anual estimado para el tratamiento en una institución pública entre \$761.00 a \$27,576 dependiendo el psicofármaco indicado, en institución privada consulta \$800.00 y el costo anual estimado de \$21,384 a \$75,516 conforme el fármaco prescrito.³ Una gran proporción de los pacientes abandona el tratamiento, la falta de adherencia al tratamiento aumenta el riesgo de no obtener control de los síntomas, mayor recaídas, aumenta las consultas médicas, hospitalizaciones, ingresos situación que aumenta los costos asociados a esta enfermedad.⁵

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de esquizofrenia aumenta cuando la existencia de consanguinidad es más estrecha; cuando la similitud genética es del 50% la incidencia oscila entre 8% y 14%; pero cuando la similitud es mayor, la incidencia se eleva hasta alcanzar entre 39% y 47%.⁶ La heredabilidad de la enfermedad es aproximadamente del 80%.⁷ En nuestro país la esquizofrenia se ubica en el tercer lugar dentro de los trastornos mentales; en segunda posición se encuentra la ansiedad y en primer lugar la depresión. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica, en México tenemos una prevalencia del 1% de esquizofrenia⁸ que corresponden a más de un millón de enfermos con éste trastorno mental. La edad más frecuente en que se presenta es entre los 15 y 25 años en hombres y de los 25 y 35 años en mujeres.⁹

Sintomatología

Los tipos de síntomas han sido considerados como característicos del trastorno, tal es el caso de los síntomas negativos, trastornos formales del pensamiento íntomas catatónicos y determinados tipos de delirios y alucinaciones. Actualmente, los síntomas a los que se les atribuye mayor valor diagnóstico (en el DSM-5 y la CIE-10) son los síntomas de primer rango o de Schneider: voces dialogantes o comentadoras y vivencias de influencia a nivel del pensamiento, sentimientos, voluntad y corporalidad. Sin embargo, aunque determinados síntomas son más prevalentes en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos, esta prevalencia diferencial no es lo suficientemente grande para que los síntomas sean considerados como específicos de la esquizofrenia, y esto es especialmente válido para los síntomas de primer rango el patrón clínico más característico de la esquizofrenia es la cronicidad de una combinación de síntomas negativos, desorganizados y psicóticos; sin embargo, el establecimiento temporal de la cronicidad es una tarea sin resolver, así como la delimitación de otros trastornos psicóticos también potencialmente crónicos tales como el trastorno esquizo-afectivo, el trastorno delirante y determinadas psicosis atípicas.¹⁰

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia DSM IV¹¹

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión total.

Otro patrón o no especificado.

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total

- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

1. Lenguaje desorganizado
2. Comportamiento desorganizado
3. Afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
4. Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas

(adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.

5. Ecolalia o ecopraxia.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos.
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos.
- .x0 Continuo.
- .x4 Episodio único en remisión parcial.
- .x5 Episodio único en remisión total.
- .x8 Otro patrón o no especificado.
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos.
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos.
- .x0 Continuo.
- .x4 Episodio único en remisión parcial.
- .x5 Episodio único en remisión total.
- .x8 Otro patrón o no especificado.
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos.

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos.

.x0 Continuo.

.x4 Episodio único en remisión parcial.

.x5 Episodio único en remisión total.

.x8 Otro patrón o no especificado.

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Criterios Diagnósticos para Esquizofrenia DMS 5 ¹²

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de otra enfermedad médica.

F. Si hay relación con un trastorno del espectro autista, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Adherencia

La falta de adherencia farmacológica ha sido reconocida como un problema mundial, el incumplimiento terapéutico puede deberse a la psicosis misma, a la pobre conciencia de enfermedad, a los efectos adversos de los medicamentos o a la falta de información sobre la necesidad del tratamiento de mantenimiento. Se estima que casi un 50% de pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento durante el primer año y el 74% a los 18 meses¹³ y el 75% de pacientes, presentarán una recaída de la enfermedad entre los 6 y 24 meses tras abandonar los medicamentos antipsicóticos. De hecho el abandono de la medicación aumenta siete veces el riesgo de recaída. Las recaídas sucesivas suelen ser cada vez más graves y precisan más tiempo para su mejoría, estudios han reportado que los pacientes con adherencia terapéutica tuvieron recaídas de 20% contra 42% de pacientes con mala adherencia terapéutica, con períodos de hospitalización de 4 días contra 16 días. También se observa que el abandono de la medicación se acompaña de recaídas con más riesgo de suicidio y conductas agresivas que empeoran el pronóstico de la enfermedad.¹⁴

Las consecuencias de la no adherencia farmacológica incluyen consecuencias en el paciente, en la sociedad y en los sistemas de salud. El individuo pierde su capacidad de adaptación social, familiar, académica o laboral, asimismo implica un sufrimiento personal y familiar muy importante.

Término "adherencia".

La Real Academia de la Lengua Española define el término adherencia como la: “Acción y efecto de cumplir”, “ejecutar o llevar a efecto”.

Anteriormente se utilizaba el término “cumplimiento”, porque implicaba que los pacientes eran receptores pasivos de lo que el medio indica, y que estos se encontraban en una posición de sumisión con respecto al medio. Este término igualaba la falta de cumplimiento con un mal comportamiento por parte del enfermo.¹⁵

La OMS definió el término adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.¹⁶

Esta definición se basa en la propuesta por Haynes en 1976¹⁷ para el término cumplimiento, con la diferencia principal, en que la adherencia requiere el consentimiento del paciente, con las recomendaciones recibidas, ello expresa una colaboración activa entre el médico y el paciente en la toma de decisiones que afectan a la propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los médicos y el paciente.

La colaboración activa del paciente lo pone en una asignación equilibrada de responsabilidades, y el poder manejar cualquier síntoma como una negociación, esto con lleva a que los médicos ofrecen respeto, información y alternativas.

Karoly en 1993,¹⁸ considera que se trata de una definición técnica, ya que:

- a) Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.
- b) Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.

c) Es reduccionista, sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos como por ejemplo, las motivaciones del paciente.

En 1993 Wright¹⁹ definió a la adherencia como “la aceptación y el compromiso del paciente para adoptar comportamientos saludables”, esto implica también que comportamiento dañino, como abuso o consumo excesivo de la medicación prescrita sin intención letal, podría considerarse una falta de adherencia.

La adherencia se puede determinar mediante medidas objetivas, como la observación directa de la medicación consumida o medidas indirectas, como la medición de niveles del medicamento en suero o sangre, marcadores biológicos o monitorización electrónica. Por otra parte, existen medidas subjetivas como la opinión médica o el testimonio del propio paciente. No existe un procedimiento consensuado para la medida de la adherencia en práctica clínica. Sin embargo, se ha demostrado que el uso combinado de medidas subjetivas y medidas indirectas, es un método altamente sensible para estimar el cumplimiento.²⁰

Respecto a la adherencia en trastornos psicóticos como esquizofrenia, se ha demostrado que los antipsicóticos reducen la gravedad de los síntomas del 70 al 85% de los casos en primer episodio, con la cronicidad el 60% requiere hospitalización en algún momento de su vida.²¹ La falta de adherencia farmacológica terapéutica, en situaciones controladas es del 11 al 33%, pero en medio no controlado aumenta de 37 a 57%.²²

Se ha demostrado que factores de adherencia también pueden ser únicos a las características de la esquizofrenia, factores como el deterioro cognitivo o la falta de conciencia de enfermedad, Llorca en el 2008²³ reportó que el mejor predictor de una buena adherencia era una mejora significativa en los síntomas positivos, hostilidad y síntomas depresivos, independientemente del tratamiento.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA FARMACOLOGICA EN LA ESQUIZOFRENIA

Los primeros estudios sobre cumplimiento farmacológicoterapéutico se empezaron a desarrollar 30 años después de la introducción de los neurolépticos. La Conferencia celebrada en Brujas (Bélgica), en 1989, fue la primera convención internacional convocada con el fin de diseñar unas directrices para la prevención de recaídas. En ella ya se señaló el factor de la adherencia como un elemento clave del tratamiento psiquiátrico.²⁴

La gravedad de los síntomas mostró una relación direccional con una peor adherencia.²⁵ Se ha reportado los pacientes que se adhieren muestran más síntomas negativos que los no se adhieren al tratamiento, con $p= 0.044$.

Fenton, en 1997²⁶ identificó diversos correlatos empíricos del incumplimiento farmacológico en la esquizofrenia:

A. Factores relacionados con el paciente:

- Gravedad de los síntomas.
- Pobre Insight.
- Abuso de alcohol o drogas.

B. Factores relacionados con la medicación:

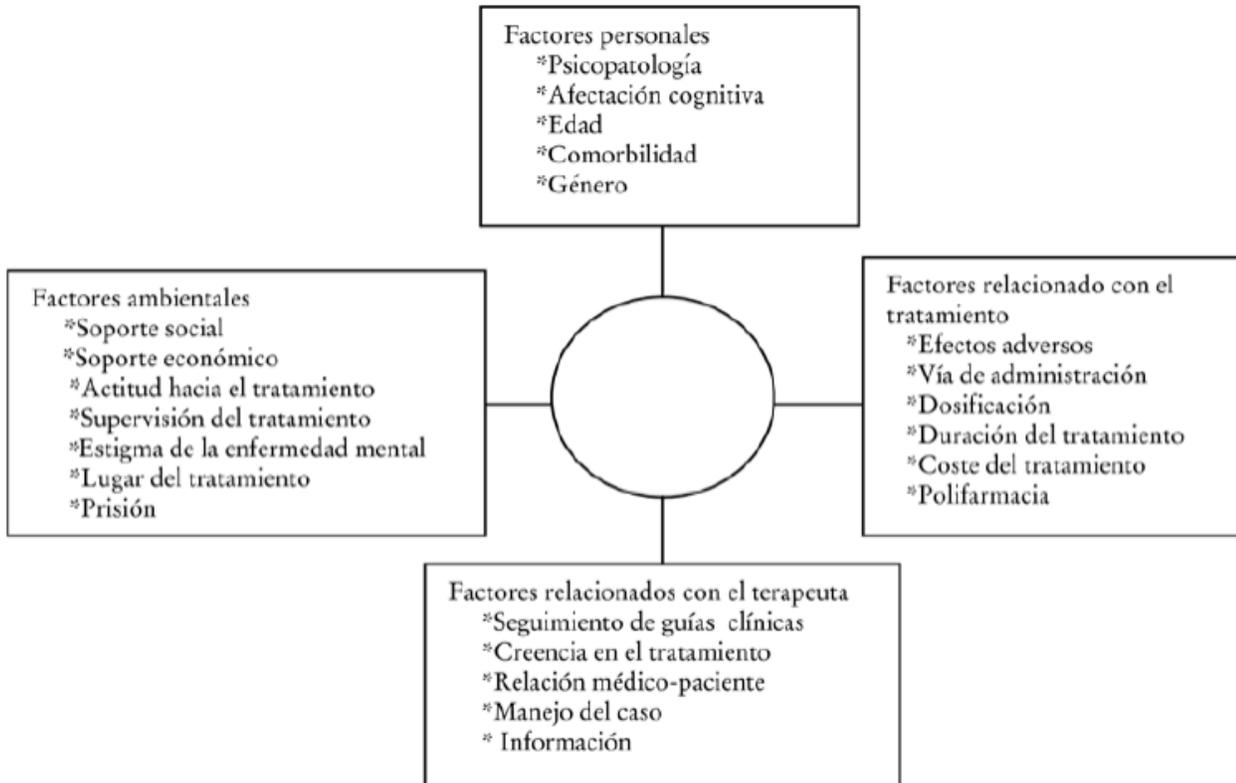
- Efectos secundarios.
- Dosis subterapéuticas o excesivamente altas.

C. Factores relacionados con el entorno:

- Soporte o supervisión inadecuada.
- Barreras prácticas, como falta de dinero o transporte.

D. Factores relacionados con el clínico:

- Alianza terapéutica pobre.



Se concluyen que el no-cumplimiento es un problema clínico multideterminado, Fleischhacker engloba los factores ambientales, personales, relacionados con el terapeuta y con el tratamiento por lo tanto, debe realizarse una evaluación y una intervención individualizada del mismo. Se ha reportado un mejor cumplimiento cuando se tiene una adecuada relación médico paciente, en un estudio realizado Hummer en el 2003, sólo el 26% de los pacientes esquizofrénicos con buena alianza con su terapeuta eran no-cumplidores, siendo esto menor a lo reportado en la literatura previamente.²⁷

Factores relacionados con el paciente

Sociodemográficos, abuso de sustancias, creencias de la medicación, pobre adherencia, obesidad y factores religiosos. Se ha encontrado una relación positiva con edad mayor y negativa con bajo nivel de educación y Hudson en el 2004 que los afroamericanos tenían menos adherencia comparados con los anglosajones.²⁸

Conciencia de enfermedad

Muchos de los pacientes con esquizofrenia tiene poca o nula conciencia de su enfermedad, eso hace que no identifiquen sus síntomas y las consecuencias de su enfermedad. Se ha demostrado que es uno de los factores más importantes en la no adherencia²⁹, ya que muchos pacientes se reusan a aceptar su enfermedad, creen que pueden controlar sus síntomas o buscan alternativas para resolver los síntomas pero sin medicación farmacológica. Prevalece en los pacientes la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad menos grave que otros padecimientos como la diabetes o la epilepsia.³⁰

Jaspers distinguía el reconocimiento de una enfermedad del insight, consideraba el simple reconocimiento de la enfermedad como el sentimiento de estar enfermo y haber cambiado. Pero pensaba que el insight era más difícil de conseguir y comprendía una “estimación objetivamente correcta de la gravedad de la enfermedad y de un juicio objetivamente correcto del tipo particular de enfermedad”. Actualmente el insight se define de una forma menos estricta y se considera que es un constructo multidimensional porque una persona con esquizofrenia puede tener insight en unos aspectos y no en otros.

El insight hace referencia a los síntomas particulares de un trastorno. Un síntoma puede ser negado al mismo tiempo que la persona reconoce otros. El reconocimiento de los síntomas y su atribución a la enfermedad deben distinguirse (los síntomas pueden atribuirse a falta de sueño, una enfermedad física, etc.). Un completo insight se refiere no sólo al trastorno en el presente, sino también al trastorno en el pasado y a la posible evolución futura.

Un error frecuente es considerar el insight como simplemente el acuerdo de una persona con el juicio del profesional sobre su condición. Sin embargo, el insight no es el reconocimiento de una verdad objetiva, sino la capacidad de relacionarse con la visión de otras personas sobre su estado y mantener con ellas un diálogo significativo. Existe una evidencia consistente donde está asociado en pobre insight con el bajo cumplimiento de la medicación. La falta de conciencia de enfermedad puede conducir al pobre cumplimiento debido a que estas personas no son conscientes de su propio estado y de que éste podría, además, ser correctamente tratado. Por lo tanto interrumpen el tratamiento. Es probable que no haya una única causa para los déficits de conciencia o adherencia, ya que el insight y el cumplimiento son constructos multidimensionales. Sin embargo, es posible señalar algunas variables, que en algunos casos pueden interactuar de un modo complejo.³¹

Déficits neurocognitivos:

El pobre insight en la esquizofrenia es comparado con frecuencia al tipo de falta de conciencia de enfermedad observado en personas con daño cerebral; un fenómeno observado por primera vez por Babinski en 1914 y denominado anosognosia. La anosognosia está asociada principalmente a daño en el hemisferio derecho. Sin embargo, los estudios sobre la función del hemisferio derecho, en la esquizofrenia no han correlacionado con el insight. Por el contrario, el hemisferio izquierdo aparece más afectado en los estudios sobre esquizofrenia. De otro lado, hay cierta evidencia de que el pobre insight está relacionado con el déficit del lóbulo frontal y la función ejecutiva, fundamentalmente en relación a los síntomas negativos.

Falta de insight como mecanismo de afrontamiento psicológico:

En algunos casos, en interacción con los posibles déficits neuropsicológicos, la falta de conciencia sobre la propia enfermedad, representa un intento de evitar la aceptación de experimentar una enfermedad mental y sus consecuencias. Hay dos líneas de evidencia apoyando esta perspectiva. En primer lugar, se han identificado diferentes estilos de recuperación de la psicosis, que parten de la observación de que las personas con enfermedad de más duración intentan integrarla en sus vidas y son generalmente conscientes de su trastorno en el pasado y en el presente. Por el contrario, los casos más recientes se resisten a discutir y a pensar acerca de sus experiencias psicóticas, y también son menos conscientes de algunos aspectos de su enfermedad.

La falta de conciencia de los síntomas negativos podría ser debida principalmente a déficits cognitivos, mientras que la falta de conciencia de los síntomas positivos podría reflejar un mecanismo psicológico de defensa.³¹

Abuso de sustancias

Hay una relación negativa entre la no adherencia y el consumo de sustancias, en el 2006 se reportó que los pacientes con no adherencia eran los que tenían abuso de sustancias o lo habían tenido en el pasado, comparado con el 50% de los que consumían poco o ocasional abuso de alcohol o drogas.³²

Creencias acerca de los medicamentos

Se encontró que un efecto positivo era darle una razón diariamente a los pacientes del porqué tomar los fármacos.³⁰ Al igual se ha encontrado una pobre adherencia en aquellos que creen que los fármacos no funcionan. La evidencia sugiere que los pacientes que creen y confían en la eficacia de los medicamentos tienen una influencia positiva a la adherencia.

Obesidad

La ganancia de peso con los fármacos antipsicóticos, es importante factor de adherencia, se ha encontrado como factor para dejar los medicamentos tanto en hombres como mujeres.³³

Factor religioso o espiritual

Se ha encontrado la creencia de que la enfermedad es percibida como envío de Dios o castigo de dios o el demonio. Los pacientes que se adhieren al tratamiento farmacológico se encontró que practican alguna religión en relación a los pacientes que no tiene adherencia al la medición, Borrás en 2007 observó que 57% de los pacientes tenían una representación de su enfermedad directamente influenciado por sus creencias espirituales (de manera positiva en el 31% y negativamente en el 26%). Las representaciones religiosas de la enfermedad eran mayores en los pacientes no adherentes. 31% de los pacientes no adherentes y el 27% de los pacientes parcialmente adherentes subrayaron una incompatibilidad o contradicción entre su religión y tomar la medicación, frente al 8% de los pacientes adherentes. La religión y la espiritualidad contribuyen a dar forma a las representaciones de la enfermedad y las actitudes hacia el tratamiento médico en pacientes con esquizofrenia.³⁴

Régimen de los antipsicóticos

En un estudio en Alemania con 500 pacientes con esquizofrenia se encontró que al cambiar un antipsicótico típico por un atípico tenían una tasa mayor de adherencia, que aquellos a los que no se realizó el cambio de antipsicótico $p < 0.001$,³⁵ al igual que mejoró la probabilidad de admisiones hospitalarias voluntarias y abuso de sustancias, el cual mantenían con antipsicótico típico. Se han encontrado tasas de adherencia más altas con clozapina, esto podría explicarse por los requerimientos de monitorización cercana al usar este fármaco.³⁶

Relación médico-paciente

En el 41% los pacientes consideran que una relación positiva con sus médicos es importante para una adherencia farmacológica.³⁷ Nelson en 2003 afirmó que el mejor predictor del cumplimiento en pacientes con esquizofrenia era “la percepción que el paciente tenía de que el médico tenía interés en él o ella como persona”. Por su parte Marder, en 2003³⁸, concluyó que los pacientes con esquizofrenia ingresados que consentían la medicación antipsicótica, eran los que puntuaban más alto en el grado de satisfacción con el personal sanitario y con el médico. Percibían que su psiquiatra les entendía y les ofrecía buenas razones para la toma de la medicación, a la vez que les informaba de los posibles efectos secundarios.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia INPRFM?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio busca determinar de una forma objetiva y medible la asociación existente entre la conciencia de enfermedad (insight) y la adherencia farmacológica en los pacientes con esquizofrenia que acuden a la clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

La no adherencia farmacológica en los pacientes con esquizofrenia contribuye al empeoramiento de la enfermedad a partir de una mayor tasa de recaídas y hospitalizaciones. Esto conlleva a que los pacientes muestren dificultades en la convivencia social, limitando a su vez su capacidad para realizar una actividad productiva y lograr una autonomía. De forma adicional, la falta de adherencia impacta en los costos del tratamiento a nivel institucional y personal.

Aún cuando se conoce que existen diversos factores asociados a la falta de adherencia farmacológica en los pacientes con esquizofrenia, es importante el poder evaluar algunas de las variables que repercuten de forma directa en este fenómeno, tal y como es la conciencia de enfermedad. El contar con datos objetivos sobre esta probable asociación en los pacientes de la clínica de esquizofrenia del INPRF permitirá en un futuro el poder implementar medidas preventivas y mayor psicoeducación, que permitan incrementar la adherencia farmacológica y por ende, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la asociación entre la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia INPRFM.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar la tasa de adherencia farmacológica mediante de escala de adherencia a la medicación Morisky en una muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la clínica de esquizofrenia del INPRF. Obtener la consistencia interna de la escala de adherencia a la medicación Morisky, y de la escala de conciencia de enfermedad Markova y Berrios.
- 2.- Comparar las características demográficas entre los pacientes con esquizofrenia que muestren una adecuada adherencia farmacológica y aquellos con baja adherencia farmacológica.
- 3.- Comparar las características clínicas del padecimiento entre los pacientes con esquizofrenia que muestren una adecuada adherencia farmacológica y aquellos con baja adherencia farmacológica.
- 4.- Determinar cuáles son los principales factores demográficos, clínicos y de conciencia de enfermedad predictores de una baja adherencia farmacológica.

Hipótesis

Hipótesis General

Los pacientes con esquizofrenia con baja adherencia farmacológica presentarán una menor conciencia de enfermedad en contraste con los pacientes con una adecuada adherencia farmacológica.

Hipótesis Específicas

H1. La tasa de adherencia farmacológica de los pacientes con esquizofrenia atendidos en la Clínica de Esquizofrenia del INPRF será similar a la reportada en la literatura internacional (hasta de un 40%).

H2. Los pacientes con baja adherencia farmacológica terapéutica serán en su mayoría hombres, con una menor edad cronológica y menor escolaridad que aquellos pacientes con una adecuada adherencia farmacológica.

H3. Los pacientes con baja adherencia farmacológica reportarán una menor edad de inicio del padecimiento, un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor gravedad de síntomas psicóticos al momento de la evaluación que los pacientes con adecuada adherencia farmacológica.

H4. La conciencia de enfermedad, una edad temprana del inicio del padecimiento y el género serán los principales predictores de una baja adherencia farmacológica.

Material y métodos

Tipo de estudio

El presente se trata de un estudio transversal comparativo de casos conformado por dos grupos de análisis; el primero, por aquellos pacientes con baja adherencia farmacológica (<7 puntos acuerdo a la escala de adherencia medicación Morisky 8 items) y el segundo grupo de análisis, por aquellos pacientes con adecuada adherencia farmacológica. (>8 respuestas positivas de acuerdo a la escala de adherencia a la medicación Morisky).

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue de 100 pacientes. El cálculo está basado en el número mínimo necesario para observar un porcentaje aproximado del estimado de pacientes con adecuada adherencia terapéutica (40%) con un intervalo de confianza para el tamaño de la muestra del 95% y una desviación estimada del 10% del porcentaje absoluto límites de confianza.

Se incluyeron pacientes que estaban siendo tratados en la Clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años.

Reunieron criterios diagnósticos para Esquizofrenia según el DSM-IVTR.

Que se encontraron bajo tratamiento con antipsicóticos desde hace por lo menos 6 meses.

Los pacientes aceptaron voluntariamente su participación en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Cumplir criterios para algún otro diagnóstico en EJE I según el DSM IV-TR excepto dependencia a nicotina.

Enfermedad médica o neurológica en condición inestable, entendiéndose por condición inestable cualquier estado clínico que requiera una intervención inmediata ya sea clínica o farmacológica.

Criterios de eliminación

Que a lo largo del estudio algún paciente fallezca.

Que previamente haber aceptado participar en el estudio, algún paciente decida retirar su consentimiento para seguir participando.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		
Edad	Dimensional (años)	Formato de datos clínico demográficos
Estado civil	Categoría	
Ocupación	Categoría	
Genero	Categoría	
Nivel socioeconómico	Ordinal	
Escolaridad	Dimensional (años)	
VARIABLES CLÍNICAS		
Edad de inicio	Dimensional (años)	Formato de datos clínico demográficos
Duración de la psicosis no tratada	Dimensional (semanas)	
Tiempo de evolución	Dimensional (semanas)	
Hospitalizaciones	Dimensional (número)	
Duración de Hospitalizaciones	Dimensional (semanas)	
Gravedad sintomática	Dimensionales	Escala PANSS de 5 factores
Síntomas positivos		
Síntomas Negativos		
Síntomas Cognitivos		
Síntomas Excitabilidad		
Síntomas Depresión/ansiedad		
Conciencia de enfermedad	Dimensional	Escala Markova y Berrios
Adherencia Terapéutica	Categoría <8 Baja adherencia ≥ 8 Adecuada Adherencia	Escala de Adherencia a la medicación Morisky Reporte por los médicos tratantes.

Escalas de Medición

Formato de Datos Clínico-Demográficos

El formato de datos clínico-demográficos diseñado previamente se compone de 2 áreas conformadas por diversos reactivos, en donde se registra y concentra la información necesaria de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato, es necesario realizar un interrogatorio dirigido tanto al paciente como al familiar (es) que tenga un contacto estrecho, y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio.

La sección de "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio, el género, su estado civil, la escolaridad del paciente completada en años, su nivel socioeconómico (basado en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) y su ocupación en la actualidad. En esta sección se encuentra un reactivo correspondiente al "Familiar de Referencia", en donde se registran los datos completos de por lo menos uno de los familiares, con el objetivo de poder localizar al paciente en caso de ser necesario.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" se compone con algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica basada en los criterios del DSM IV y por una serie de preguntas previamente elaboradas con la finalidad de recabar información de las principales características clínicas del padecimiento como son: la edad de inicio del padecimiento, la edad del paciente en su primera hospitalización psiquiátrica (en caso de haber sido hospitalizado durante el curso del padecimiento), el número total de hospitalizaciones, el período de tiempo total de las hospitalizaciones (registrado en semanas), y la duración de la psicosis no tratada (DPNT), está última definida como el intervalo de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento especializado. Esta información se obtendrá mediante una evaluación retrospectiva teniendo como fuentes de información al paciente y sus familiares.

Escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS)

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale), desarrollada por Kay es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. La escala PANSS está compuesta por 30 ítems agrupados actualmente en 5 factores: Síntomas positivos (P1, P3, P5, P6, N7, G1, G9, G12), Síntomas negativos (N1, N2, N3, N4, N6, G7, G16), Síntomas

cognitivos (P2, N5, G5, G11, G13, G15, G10), Síntomas de excitabilidad (P4, P7, G8, G14) y Síntomas de depresión/ansiedad (G2, G3, G4, G6). Cada ítem se puntúa de 1 a 7, donde 1 es la ausencia del síntoma y 7 el grado extremo del mismo. La PANSS de 5 factores ha sido validada en México³⁹ mostrando valores superiores a 0.80 en las 5 dimensiones y una adecuada validez concurrente. De la misma forma, el modelo de 5 factores en pacientes mexicanos apoya la existencia multidimensional de los síntomas de la esquizofrenia al explicar el 53.4% de la varianza.⁴⁰

Adaptación al castellano de la Escala de Insight de Markova y Berrios

Originalmente escala creada en 1992 por Markova y Berrios⁴¹, ya que el concepto de la conciencia de enfermedad o insight es algo complejo, y una estructura multidimensional, con determinantes neurobiológicos, psicológicos y socioculturales. Es una escala de autoaplicación de 32 ítems y una entrevista semiestructurada con la finalidad de capturar y evaluar el déficit de *insight* en la psicosis. Los ítems fueron elegidos según un método de validez aparente, esto es, dividiendo el concepto de *insight* en componentes que representarían aspectos relevantes en el autoconocimiento de la enfermedad del paciente, se incluyeron cuestiones pertenecientes a las siguientes áreas: hospitalización, enfermedad mental en general, percepción de estar enfermo, cambio percibido en uno mismo, control sobre la situación, percepción del ambiente y querer entender la propia situación.⁴² La entrevista semiestructurada ayudaba a profundizar. Posteriormente Bulbena y colaboradores⁴³ en 1994 realizaron una adaptación de esta primera escala en una versión reducida de 22 ítems en población española, la muestra fue de 42 mujeres con una edad media de 61 años, con diagnóstico de esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo. Los resultados mostraron unos índices adecuados de fiabilidad test-retest y de consistencia interna comparables con la versión inglesa original.

En 2002 Markova I, dió nuevos parámetros para la escala en pacientes con esquizofrenia, comparó otras escalas de insight, y valoró las asociaciones entre insight y gravedad de los síntomas, y escala de funcionalidad global, en 64 pacientes, así de 32 ítems anteriores se redujo a 30, mediante alpha de Cronbach una consistencia interna de 0.875, con coeficiente de correlación intra clases de 0.79, con una varianza de 48.27⁴⁴. En 2010⁴⁵ se validó esta última versión de la escala de *Insight* de Markova y Berrios en población portuguesa. La muestra estuvo constituida por 83 pacientes con una edad media de 42 años y con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno psicótico no especificado, se encontró una buena consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad test-retest. Además, han señalado que es una escala de fácil comprensión para los pacientes y de fácil aplicación. En el 2012 fue adaptada al castellano⁴⁶ en 170 pacientes psicóticos, se obtuvo un Coeficiente alfa de

Cronbach de 0.824. Esta escala es un instrumento de autoaplicación de 30 ítems con opciones de respuesta Si/No. La corrección de la prueba es de tipo dicotómico, dando 1 punto a las respuestas que indiquen insight y 0 puntos a las que indiquen no insight. A respuestas positivas en los ítems 1, 3-6, 8-11, 13-19, 21-22, 24-27 y 30, y negativas en los ítems 2, 7, 12, 20, 23, y 28-29 se les asigna un valor de 1. Puntuaciones de 30 indican insight, mientras que 0 indican no insight. Asimismo, se verificó que no existe ningún ítem que al ser eliminado incrementa notablemente la consistencia de fiabilidad interna de la escala. Únicamente el ítem 29 al ser eliminado incrementaría la consistencia interna baja a 0.838. No se observaron ítems redundantes. El valor del coeficiente de correlación intraclase de acuerdo absoluto fue de 0.855 ($p < 0.0005$) con un intervalo de confianza del 95% de 0.586 a 0.956, indicando que la escala tiene buena fiabilidad temporal. Para la validez externa de tipo convergente, se realizó un análisis de correlación entre la escala de Insight de Markova y Berrios, el ítem PANSS-G12 y la puntuación total de la versión reducida de la escala SUMD, que incluye la conciencia de trastorno mental, la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental.

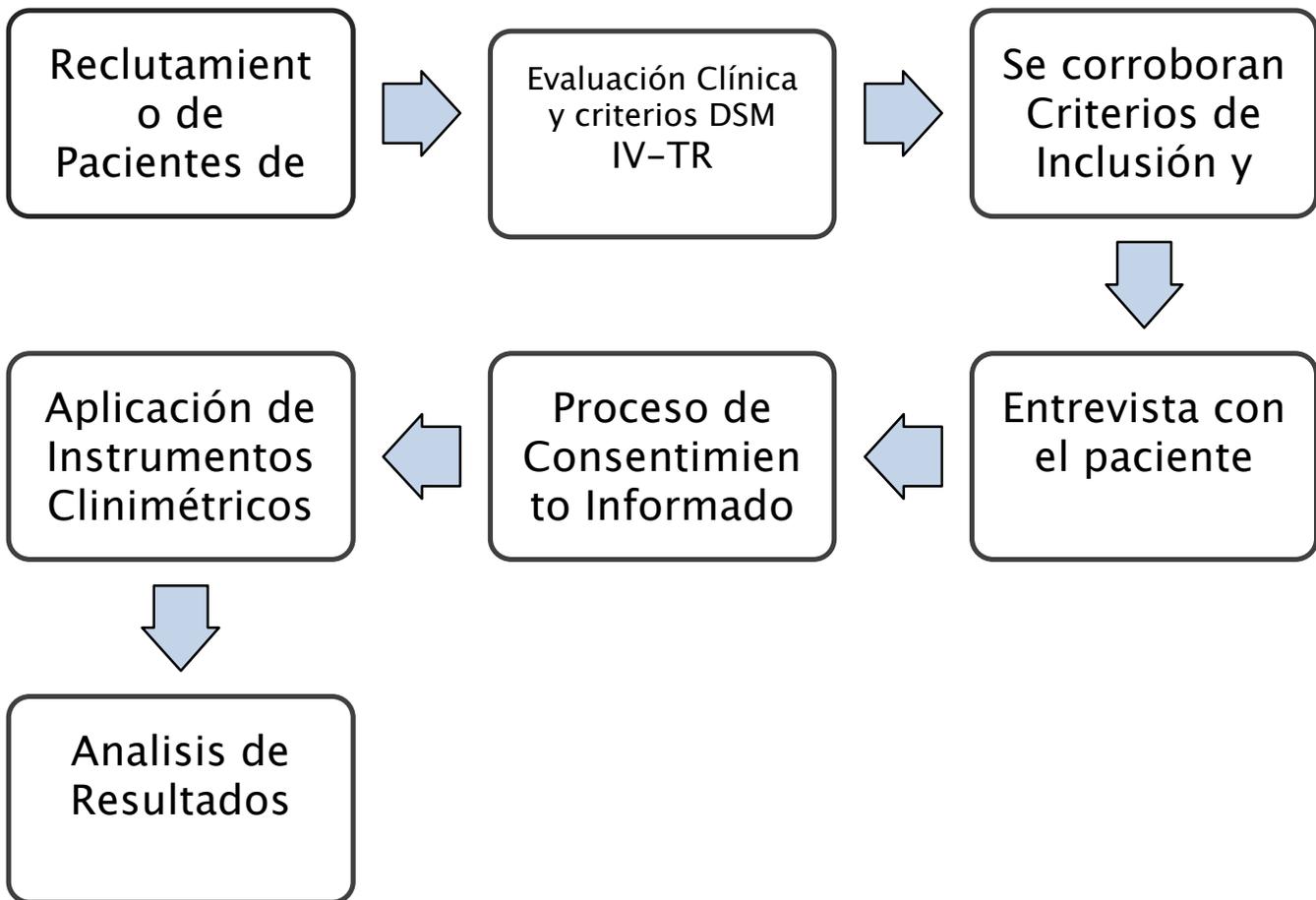
Escala de adherencia a la Medicación Morisky-8

La prueba de Morisky se usa comúnmente como instrumento de medida de adherencia. Este instrumento rápido y simple consta de 4 preguntas de tipo verdadero/falso sobre el patrón de uso de medicamentos en el pasado por lo que puede utilizarse en una anamnesis farmacológica. Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine. El cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas, y si contesta “SI” en al menos una de las preguntas se clasifica como no-adherente. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. La validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, éste se utiliza desde entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la

identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, ¿las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia para recordar la toma el medicamento. Con una consistencia interna 0.83. Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consistía en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento, en el 2005⁴⁷, se evaluó a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, usando el PANSS para evaluar la gravedad de los síntomas. Se valoró el efecto de los medicamentos, actitudes a la medicación, y adherencia farmacológica con la escala de Morisky-Green con una buena validez predictiva, y con un alfa de cronbach de 0.61. Se ha usado para evaluar la adherencia farmacológica en pacientes con esquizofrenia, en el 2012⁴⁸ en Palestina, evaluando a 131 pacientes con esquizofrenia, ($P=0.028$). Una versión actualizada de esta escala fue desarrollada en 2008⁴⁹, llamándose Morisky Medication Adherence Scale 8 items, que consiste en una medida de 8 ítems con una fiabilidad de 0,83 y buena validez concurrente y predictiva en pacientes con hipertensión, esta medida se ha encontrado que se correlaciona positivamente con la prescripción farmacéutica llena. Las correlaciones ítem-total fueron $> 0,30$ para cada uno de los 8 elementos que componen el escala de adherencia a la medicación. La consistencia interna con alfa de Cronbach fue de 0,83, se correlacionó significativamente con el previamente validado autoinformadas 4 ítems con una correlación de Pearson, 0,64, $p < 0,05$). El análisis factorial confirmatorio, indicó que la escala de 8 ítems fue unidimensional, que es una escala likert basada en el trabajo en el Hospital Martin Luther Kings a la mitad de los noventa⁵¹. Esta escala ha sido validada a nivel mundial en enfermedades crónico degenerativas, en el 2010⁵² en Malasia se validó y tradujo en pacientes Diabéticos tipo 2, con una consistencia interna alfa de cronbach 0.675. La correlación positiva de .792 $p < 0.01$, con un valor predictivo negativo de 77.61, 45.37, 46.84, 76.56 respectivamente. En el 2012⁵³ se validó en Pakistan en pacientes hipertensos, con una sensibilidad y especificidad adecuada, con valores predictivos positivos y negativos 46.15%, 60.0%, 45.0% and 61.11%, respectivamente, alfa de cronbach de 0.75 ($p < 0.001$). Se ha usado en pacientes esquizofrénicos en Egipto en el 2013⁵⁴ donde evaluaron a 92 pacientes, de acuerdo a la escala de adherencia a la medicación Morisky (MMAS) 8= buena adherencia, < 6 baja adherencia, obteniéndose datos de no adherencia similares en estudios en Nigeria y Pakistan.

Métodos de recolección de datos

El estudio se llevó a cabo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en la clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, en el módulo B. A los pacientes fueron candidatos a participar en el estudio, se les explicó los objetivos del estudio, en qué consistió su participación, a los que aceptaron, se valoró que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio y se solicitó que firmaran el consentimiento informado para su participación. Se aplicará el PANSS de cinco factores, la escala de insight y la escala de adherencia a la medicación Morisky 8 items. Durante el estudio se reafirmará constantemente la absoluta confidencialidad de la información obtenida.



PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales. Como pruebas de hipótesis se utilizará la Chi cuadrada para la comparación de las variables continuas y la t de Student para muestras independientes para la comparación de variables dimensionales entre

los pacientes con baja adherencia terapéutica y aquellos con adecuada adherencia terapéutica. Se realizó un análisis de regresión logística con el método “hacia atrás-condicional” para determinar el riesgo conferido por las variables demográficas, clínicas y de conciencia de enfermedad en la presentación de una baja adherencia terapéutica. Se realizó una codificación “dummy” de las variables incluidas en el modelo de regresión logística. Así, las variables dimensionales fueron dicotomizadas de acuerdo a las puntuaciones medias obtenidas de la muestra total, en donde el “0” se asignará a los valores considerados de “no riesgo”, mientras que el “1” será asignado a los valores considerados como de “riesgo”. El nivel de significancia estadística se fijará con una $p \leq 0.05$.

Implicaciones Éticas

A todos los sujetos y familiares se les solicitó consentimiento informado, mismo en el que se brindó la explicación del estudio, ante dos testigos y el médico responsable. El proyecto fue aprobado por el comité científico y por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría el 20 enero 2014. El no participar en el proyecto no excluyó al paciente de recibir la atención médica necesaria y si se retiraron del mismo, no afectó esa decisión su tratamiento. Los datos generados en la investigación son utilizados únicamente con fines científicos y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedieron a participar. Se trata de una investigación con riesgo mínimo ya que se realizaron solo escalas de evaluación clínica de uso rutinario.

ORGANIZACIÓN

1. Recursos humanos y materiales

Los materiales utilizados fueron materiales de papelería y de informática, localizados y aportados por el Instituto. El personal que participó fue el médico residente titular del presente estudio y los tutores teórico y metodológico.

2. Evaluación de costos

El presupuesto al desarrollo de este protocolo se estimó en aproximadamente \$500 pesos que se atribuye a material de papelería; y la adquisición de la Escala MMAS (Morisky Medication Adherence Scale 8 items)

\$200 dolares, la cual fue costeada por el comité de investigación del Insituto Nacional de Psiquiatria Ramón de la Fuente Muñiz.

Cronograma de actividades

Actividad	R2-2	R3-1	R3-2	R4-1	R4-2
Presentación del anteproyecto al Comité de Tesis	X				
Solicitud de Autorización al Comité de Etica	X				
Realización de correcciones	X				
Recolección de los pacientes	X	X			
Aplicación de los instrumentos de evaluación basal		X	X		
Aplicación de los instrumentos de evaluación final		X	X		
Análisis de resultados		X	X		
Redacción del texto de Tesis		X	X		
Revisión por tutores y correcciones			X		
Entrega final a la UNAM y Comité de Tesis				X	

R2-2 = Segundo semestre R2;

R3-1 = Primer semestre R3;

R3-2 = Segundo semestre R3;

R4-1 = Primer semestre R4;

R4-2 = Segundo semestre R4.

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas de la muestra

Se incluyeron un total de 100 pacientes con esquizofrenia, de los cuales el 58% (n=58) eran hombres y el 42% (n=42) mujeres, con una edad promedio de 37.3 años (D.E.=10.7 años). La mayoría de los pacientes se encontraba sin pareja al momento del estudio (solteros=83, 83%; viudo=2, 2%; divorciado/separado=4, 4%) y sin una actividad económicamente remunerada (desempleado=39, 39%; hogar=22, 22%; estudiante=10, 10%). La escolaridad promedio de la muestra fue de 10.5 años (D.E.=3.1 años) equivalente al primer año de bachillerato.

La mayoría de los pacientes tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (91%) seguido por el subtipo indiferenciado (7%) y dos pacientes (2%) con esquizofrenia residual. La edad de inicio del padecimiento fue a los 24.7 años (D.E.=8.2 años) y el promedio de duración de la psicosis no tratada de los pacientes incluidos fue de 145.8 semanas (D.E.=143.2 semanas) es decir, casi 3 años con francos síntomas psicóticos sin tratamiento especializado.

El 70% (n=70) de los pacientes habían tenido al menos una hospitalización psiquiátrica a lo largo del padecimiento siendo el promedio de 1.9 hospitalizaciones (D.E.=1.9 hospitalizaciones). La edad en la que se dio la primera hospitalización fue a los 25.8 años (D.E.=7.7 años) y el promedio total de estancia intrahospitalaria fue de 8.2 semanas (D.E.=8.2 semanas).

Todos los pacientes se encontraban en tratamiento con antipsicóticos, en su mayoría antipsicóticos atípicos (n=70, 70%). En la Tabla 1 se muestran los diferentes antipsicóticos empleados por los pacientes al momento del estudio.

Tabla 1. Tratamiento con antipsicóticos al momento del estudio

Antipsicóticos	n	%
Risperidona	26	26
Clozapina	17	17
Sulpiride	15	15
Olanzapina	14	14
Haloperidol	12	12
Aripiprazol	6	6
Quetiapina	4	4
Trufluoperazina	2	2
Amisulprida	2	2
Pamiprexol	1	1
Ziprasidona	1	1

Gravedad sintomática, conciencia de enfermedad y adherencia farmacológica

La gravedad sintomática, evaluada mediante la PANSS de 5 factores sitúa a los pacientes en una fase de estabilidad clínica (Tabla 2).

Tabla 2. Gravedad sintomática de los pacientes incluidos en el estudio

	Media	D.E.
PANSS		
Positivo	19.1	5.8
Negativo	19.3	5.1
Cognitivo	15.5	4.4
Excitabilidad	6.3	2.6

Depresión/Ansiedad	7.1	2.7
Total	67.5	16.6

Por su parte, la puntuación promedio de la Escala de Insight de Markova y Berrios fue de 13.7 (D.E.=4.8) indicativo de una baja conciencia de enfermedad global de la muestra; mientras que la puntuación promedio de la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky fue de 6.3 (D.E.= 1.6 puntos), lo que refleja una adherencia farmacológica moderada/baja.

Ambas escalas mostraron una consistencia interna moderada (<0.80) mediante su evaluación con alpha de Cronbach, donde la Escala de Insight obtuvo un alpha de 0.75 y para la Escala de Adherencia fue de 0.69.

De acuerdo al punto de corte de la Escala de Adherencia de Morisky, el 71% (n=71) de la muestra reportó una baja adherencia al tratamiento antipsicótico y tan solo el 29% (n=29) obtuvo un puntaje ≥ 8 , el cual refleja una adecuada adherencia al tratamiento.

Características demográficas y clínicas entre pacientes con baja y adecuada adherencia al tratamiento

Al comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes con baja y adecuada adherencia al medicamento se observó un mayor número de hombres en el grupo de pacientes con baja adherencia así como una menor edad cronológica y menor número de hospitalizaciones psiquiátricas (Tabla 3).

Las restantes variables demográficas y clínicas fueron similares en ambos grupos observándose una tendencia a la significancia en una menor edad de inicio del padecimiento en los pacientes con baja adherencia al tratamiento.

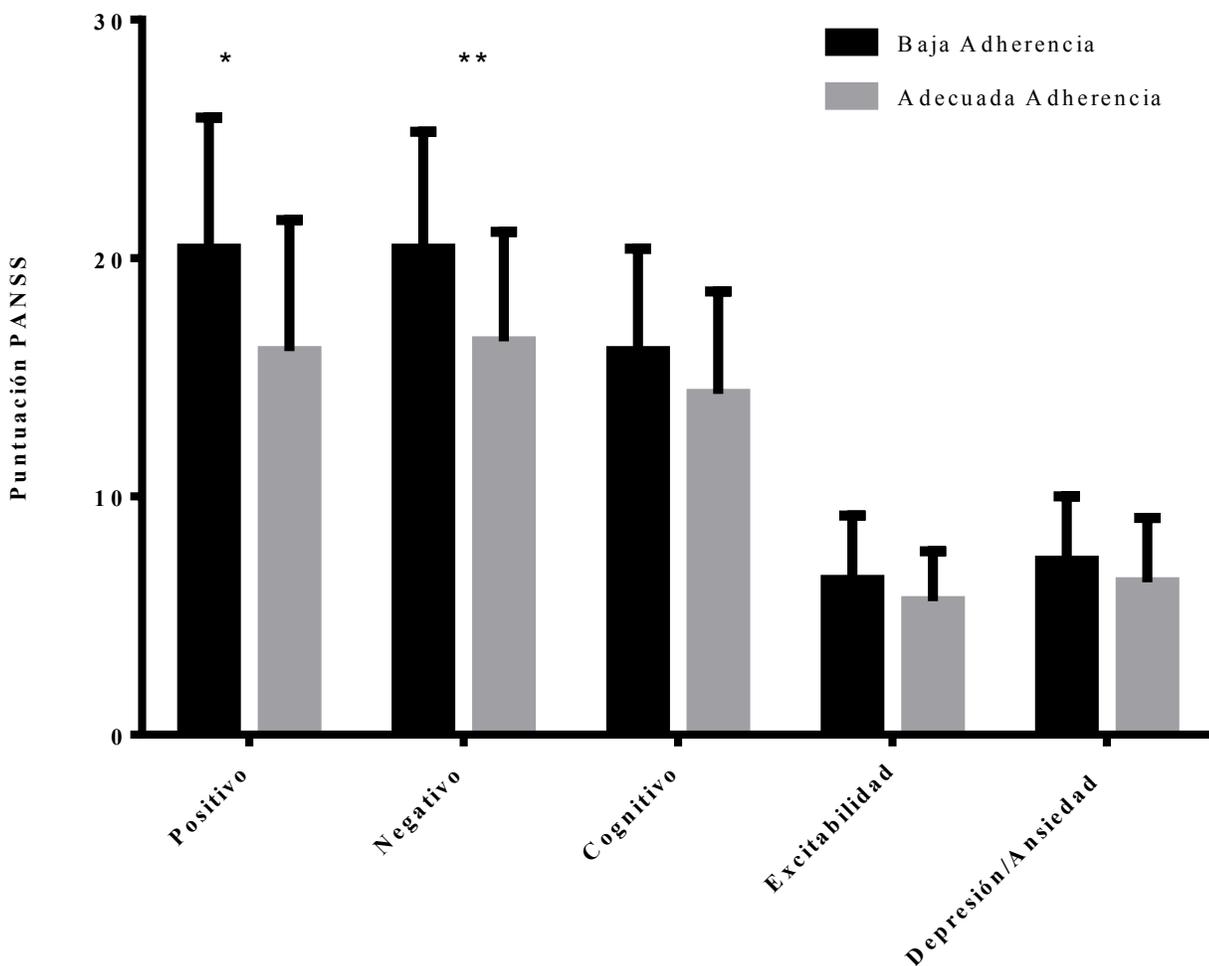
Tabla 3. Características demográficas y clínicas entre grupos

	Baja Adherencia n=71		Adecuada Adherencia n=29		Estadística
	n	%	n	%	
Género					
Hombre	46	64.8	12	41.4	$\chi^2=4.6$, 1 gl, p=0.03
Mujer	25	35.2	17	58.6	
Estado Civil					
Sin pareja	64	90.1	25	86.2	$\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.56
Con pareja	7	9.9	4	13.8	
Ocupación					
No remunerada	40	56.3	21	72.4	$\chi^2=2.2$, 1 gl, p=0.13
Remunerada	31	43.7	8	27.6	
Hospitalización previa					
No	20	28.2	10	34.5	$\chi^2=0.3$, 1 gl, p=0.53
Si	51	71.8	19	65.5	
Antipsicótico					
Típico	19	26.8	11	37.9	$\chi^2=1.2$, 1 gl, p=0.26
Atípico	52	73.2	18	62.1	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	35.8	10.1	40.9	11.3	t=-2.1, 98 gl, p=0.03
Escolaridad	10.6	3.2	10.0	2.7	t=0.9, 98 gl, p=0.36
Edad de inicio	23.8	7.2	26.9	10.2	t=-1.6, 98 gl, p=0.09
Edad 1ª hospitalización	25.9	7.3	25.7	8.9	t=0.08, 68 gl, p=0.93
Número hospitalizaciones	1.5	0.8	2.9	3.2	t=-2.8, 68 gl, p=0.005
Tiempo hospitalización (sem)	7.3	7.2	10.4	10.4	t=-1.39, 68 gl, p=0.16
Psicosis no tratada (sem)	148.7	152.2	138.7	120.3	t=-0.31, 98 gl, p=0.75

Gravedad sintomática entre pacientes con baja y adecuada adherencia al tratamiento

Se observaron diferencias en la gravedad de los síntomas positivos y negativos valorados con la PANSS entre pacientes con baja y adecuada adherencia al tratamiento, siendo estos síntomas más prominentes en los pacientes con baja adherencia (Gráfica 1). La gravedad de los síntomas cognitivos ($p=0.06$), de excitabilidad ($p=0.12$) y de depresión/ansiedad ($p=0.14$) fueron similares en ambos grupos. Adicionalmente, los pacientes con baja adherencia reportaron una mayor puntuación total de la PANSS (71.1, D.E.=15.8 puntos) en contraste con aquellos con adecuada adherencia (58.9, D.E.=15.6 ; $t=3.4$, 98 gl, $p=0.001$).

Gráfica 1. Gravedad sintomática entre grupos



* $t=3.4$, 98 gl, $p=0.001$

** $t=3.6$, 98 gl, $p<0.001$

No se encontraron diferencias en la puntuación de la Escala de Insight de Markova y Berrios entre grupos. Los pacientes con baja adherencia tuvieron un puntaje promedio de 14.0 (D.E.=4.9 puntos) y el grupo con adecuada adherencia reportaron un puntaje de 13.0 (D.E.=4.2 ; $t=0.95$, 98 gl, $p=0.34$).

Predictores de baja adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia

Para la realización del modelo de regresión logística se incluyeron un total de 8 variables predictoras : 1) género, 2) edad, 3) edad de inicio, 4) número de hospitalizaciones psiquiátricas, 5) PANSS positivo, 6) PANSS negativo, 7) PANSS cognitivo y 8) Puntuación de la Escala de Insight de Markova y Berrios. Las variables antes mencionadas fueron seleccionadas de acuerdo a las diferencias o tendencias estadísticas observadas en los análisis de comparación, mientras que la puntuación de la Escala de Insight fue incluida debido a que forma parte del objetivo central del estudio.

Las variables continuas fueron dicotomizadas en variables de riesgo/no riesgo de acuerdo a la puntuación media obtenida por la muestra. La ecuación de regresión logística fue capaz de clasificar correctamente al 77% de los casos. La ecuación resultó de forma general, más precisa al predecir a los sujetos con baja adherencia al tratamiento (85.9%) que a los pacientes con adecuada adherencia (55.2%). El modelo de regresión logística fue significativo de acuerdo al modelo estadístico de Hosmer y Lemeshow ($p=0.90$).

El procedimiento de regresión logística incluyó únicamente 3 variables predictoras para baja adherencia al tratamiento, de las cuales solo la gravedad de los síntomas positivos fue significativa, es decir, una mayor gravedad de síntomas positivos confiere un riesgo 15 veces mayor para no mostrar adherencia al tratamiento farmacológico (Tabla 4).

Tabla 4. Regresión logística para la determinación de los predictores de baja adherencia al tratamiento.

	β	D.E. de β	Razón de Momios (OR)	Intervalo de Confianza 95%	P
Género: hombre	0.90	0.49	2.48	0.94 – 6.54	0.06
+ PANSS positivo	2.75	0.88	15.75	2.79 – 88.82	0.002
+ PANSS cognitivo	1.44	0.87	0.23	0.04 – 1.29	0.09

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar de una forma objetiva y medible la asociación existente entre la conciencia de enfermedad (insight) y la adherencia farmacológica en los pacientes esquizofrénicos que acuden a la clínica de Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Las tasas de incumplimiento terapéutico en los pacientes con esquizofrenia ha sido reportado mayor al 50%¹ en nuestro estudio reportamos solo un tercio de los pacientes con buen apego terapéutico⁵⁵, Kamali⁵⁶ en el 2006 en un estudio de seguimiento a 6 meses, en pacientes con primer episodio psicótico solo una tercera parte continuó siendo adherente a su tratamiento farmacológico, lo que coincide con nuestro estudio, a pesar de ser pacientes crónicos.

Al observar las variables sociodemográficas la distribución por género en nuestro estudio fue muy similar a lo reportado en otros alrededor del mundo, en donde un poco más de las tres cuartas partes de los pacientes incluidos fueron hombres. Esto puede hacer referencia a las diferencias culturales observables en términos de búsqueda de atención, en donde los síntomas psicóticos son considerados como más llamativos en los hombres, mientras que en la mujer éstos pueden ser vistos como parte de su comportamiento o personalidad.⁵⁷ Además en las diferencias de género como se describe en la literatura la edad de inicio más tardía en las mujeres, mejor ajuste premórbido, evolución inicial más favorable en la mujer, mejor funcionamiento social en mujeres, y menor presencia de síntomas negativos, mayor respuesta y adherencia a los tratamientos farmacológicos.^{58, 59}

La mayoría de los pacientes no cuentan con pareja, como ya se ha reportado en estudio previos⁶⁰ y los cuales se ha encontrado que el contar con una pareja como un factor favorable para la adherencia farmacológica. El desempleo, contribuye a la mala adherencia a la medicación por no poder costear el tratamiento. El promedio de la duración de la psicosis no tratada en nuestro estudio fue mayor a lo reportado en la literatura,⁶¹ lo que se ha demostrado que aumenta el deterioro cognitivo, y se ha relacionado con una menor respuesta al tratamiento antipsicótico, además de ser este un factor pronóstico en el curso de la enfermedad.⁶² En nuestra muestra más de tres cuartas partes de los pacientes habían sido hospitalizados en al menos una ocasión, esto se ha asociado a mayor gravedad de los síntomas, funcionamiento cognitivo, adaptación psicosocial, empatía, y servicios de rehabilitación social con los que se cuentan.

Llama la atención que un porcentaje alto de los pacientes de nuestra muestra utilizan clozapina, lo que parece coincidir con los reportes expuestos, en los cuales refieren el monitoreo en niveles sanguíneos del medicamento como un factor para lograr una mejor adherencia al medicamento, al igual que la mayor eficacia reportada ya en algunos estudios de este fármaco para pacientes que han sido resistentes a otros antipsicóticos.

Respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico y el tipo de antipsicóticos, no se determinó en nuestro estudio alguna relación, siendo esto ya reportado previamente en el estudio CATIE por Liberman y colaboradores en el 2005¹³ donde la diferencia entre tasa de discontinuidad del fármaco y el tipo de antipsicótico no fue significativa, entre las causas mencionadas de mayor importancia fue la falta de efectividad e intolerancia al fármaco y por propia decisión del paciente. Algunos estudios que han analizado diferencias entre tipos de antipsicóticos y tasas de adherencia farmacológica, si reportan diferencias significativas, en relación a la tasa de adherencia por los síntomas extrapiramidales originados por antipsicóticos de primera generación, como el realizado por Menzin y colaboradores en el 2003⁶³ en un seguimiento a un año en pacientes con esquizofrenia en tratamiento con antipsicóticos atípicos y típicos, se observa que 33 % de los pacientes con antipsicóticos atípicos discontinúan el tratamiento y siendo la tasa de suspensión mayor con antipsicóticos típicos en un 58% de la muestra del estudio.

En nuestro estudio no se encontró asociación entre la toma de los antipsicóticos, de primera y segunda generación, con la conciencia de enfermedad. Solo 52 de los pacientes se encontraban en tratamiento con antipsicóticos de segunda generación, siendo risperidona y clozapina los más frecuentes, Aguglia⁶⁴ y colaboradores en el 2002 valoraron gravedad de los síntomas negativos y positivos, conciencia de enfermedad,

en 22 pacientes esquizofrénicos con tratamiento con antipsicótico típico (haloperidol) cuando cambiaron a antipsicóticos atípicos (11 clozapina y 3 risperidona) los síntomas negativos y positivos mejoraron y el nivel de insight incrementó posterior al cambio.

El insight se ha mostrado como un factor relevante para el cumplimiento. La mayoría de los estudios basados en métodos subjetivos¹ señalan a la pobre conciencia de enfermedad como factor de riesgo para el incumplimiento, Zhang y colaboradores⁶⁵ en el 2014 realizaron un estudio en China a 174 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, donde valoraron insight y síntomas psicóticos, con la escala PANSS, donde los pacientes con mayor gravedad de síntomas psicóticos, presentaban menor insight. Además, se ha hallado una asociación entre el insight, actitudes y expectativas positivas hacia la toma de antipsicóticos. Olivares y colaboradores en el 2003 valoraron la percepción de 2,472 psiquiatras en cuanto a adherencia al tratamiento en sus pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en más de 36 países. Los investigadores encontraron que el principal factor predictor de mala adherencia terapéutica, fue la falta de conciencia de enfermedad de los pacientes, siendo este el motivo de discontinuación de sus tratamientos farmacológicos, donde mencionan que del 50-80% de los pacientes con esquizofrenia no creen tener el trastorno.⁶⁶

En cuanto a los síntomas psicóticos, el contenido de los delirios puede influir en el incumplimiento, y la presencia de alucinaciones auditivas agresivas y angustiantes para el paciente interfiriendo en la capacidad de comprensión de la necesidad de los medicamentos.²⁹ En nuestro estudio, los resultados fueron similares, se aprecia una mayor presencia de síntomas psicóticos con una menor tasa de adherencia terapéutica. En un estudio prospectivo con seguimiento de 2 años, sobre pacientes con trastornos psicóticos en su primer ingreso, la mayor intensidad de los delirios y de la suspicacia en la evaluación basal, fue asociada al incumplimiento durante el seguimiento.⁶⁷ Sin embargo, algunos otros estudios no muestran datos diferentes en la escala PANSS en cuanto a sintomatología psicótica.

Los hallazgos sobre los síntomas negativos han sido controvertidos; se han mostrado tanto predictores de un buen cumplimiento como de incumplimiento.⁶⁸ La sintomatología negativa grave, afecta la capacidad del paciente para atender sus cuidados básicos y puede influir en la toma de su tratamiento. En nuestro estudio sí hay diferencias significativas entre los pacientes que presentan baja adherencia a tratamiento y un cumplimiento adecuado, en relación a los síntomas negativos (DE 3.6 98 gl $p < .001$), ello parece contradecir a otras fuentes, podría deberse a el aumento de los síntomas cognitivos que presentan los pacientes asociado a el efecto secundario de los medicamentos, como ya se ha mencionado anteriormente en otros estudios.⁶⁸

Llama la atención, que al análisis de los resultados se observe una razón de momios 15 veces mayor, que se relaciona con la presencia de sintomatología positiva y en hombres, ambos como predictores de mala adherencia terapéutica, situación que coincide con reportes previos en la literatura⁶⁹. Lo cual nos ayudará para poner más énfasis en la adherencia farmacológica en pacientes que presenten mayor puntaje en escala de PANSS para síntomas positivos. Estas medidas dirigidas, en especial a los portadores de estas características pueden evitar recaídas, reingresos hospitalarios, en nuestros pacientes, así como las posibles consecuencias debidas a la falta de apego al tratamiento farmacológico.

En los resultados de la escala Marková y Berrios, no existió diferencias significativas, en los grupos de baja adherencia y de adecuada adherencia. Esto se explica por las características de la escala, ya que esta evalúa cada ítem y factores de la enfermedad del paciente, como son la hospitalización, enfermedad mental en general, percepción de estar enfermo, cambio percibido en uno mismo, control sobre la situación, percepción del ambiente y querer entender la propia situación, es una escala de autoevaluación y por lo tanto quien evalúa es el propio paciente, aunque esta escala ha sido validada en población psiquiátrica y con diagnóstico de esquizofrenia, por Vanelli y colaboradores, mostrando una buena consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad test-retest, se observaron relaciones estadísticamente significativas entre la gravedad de la psicopatología psicótica y la falta de conciencia de enfermedad, en nuestro estudio obtenemos resultados similares, donde el grupo de menor conciencia de enfermedad presenta mayor síntomas psicóticos.

Este es el primer estudio que evalúa las propiedades psicométricas de la escala morisky-8 en población psiquiátrica mexicana, específicamente en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La escala original MMAS-8 se utilizó por Morisky y colaboradores en 2008⁴⁷ en pacientes con hipertensión arterial, donde se obtuvo una adecuada validez y sensibilidad. Otros estudios han evaluado MMAS-8 en pacientes con infecciones de miocardio⁷⁰ diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson los cuales han mostrado una buena confiabilidad. Recientemente De las Cuevas C, en el 2013⁷¹, encontraron en población psiquiátrica una adecuada validez del constructo de MMAS-8 de acuerdo a los 8 ítems.

Es de llamar la atención que la relación médico-paciente como un factor positivo para la adherencia terapéutica³⁰, la alianza terapéutica es importante para el éxito tanto en los tratamientos psicofarmacológicos como psicoterapéuticos, debe existir confianza mutua, respeto, honestidad, y sentirse cómodos con la relación por parte de ambos. Weiden²⁵ ha enfatizado la importancia de usar opciones terapéuticas de forma individualizada

en el contexto de una relación terapéutica positiva, una de ellas es no amenazar sobre el incumplimiento sino en trabajar para ayudar al paciente a comprender la importancia de la adherencia a la medicación como parte de la recuperación. Se recomienda no establecer un régimen autoritario en la toma del medicamento, creando una atmósfera en la cual el paciente pueda admitir que no está tomando su medicación como le fue prescrita⁷². Julius y colaboradores en el 2009⁷³ recomiendan en el manejo de la adherencia en el paciente psiquiátrico: focalizarse en fortalecer la alianza terapéutica, dedicar tiempo del tratamiento específicamente dirigido a la adherencia, valorar la motivación del paciente para tomar el tratamiento e identificar y valorar barreras potenciales para lograr un correcto cumplimiento.

Las creencias del paciente sobre la medicación es un factor que ha resultado importante, si las creencias que tienen son positivas en cuanto a la toma de medicamentos, mejora notablemente la adherencia³⁷. Y si la creencia es negativa afectar el cumplimiento terapéutico.

La no adherencia farmacológica es un fenómeno complejo y multifactorial, consideramos que se debe individualizar los riesgos para el incumplimiento, así como las estrategias para lograr una mejor adherencia al tratamiento. Una pobre conciencia de enfermedad y una baja adherencia al tratamiento son características comunes en pacientes con esquizofrenia, que además están relacionados con peores resultados. Existe una evidencia consistente en que el pobre insight está asociado con bajo cumplimiento de la medicación y adherencia al tratamiento.

Encontramos en nuestro estudio, datos objetivos para fortalecer la adherencia terapéutica en los pacientes de la clínica de Esquizofrenia del INPRFM. El estudio se limitó a la valoración de toma de medicamentos por clinimetría, en futuros estudios se debe considerar valorar más objetivamente dicha variable, sugerimos por medición del medicamento en sangre, o medición de prolactina. Al igual que considerarse otras escalas de medición de conciencia de enfermedad, ya que consideramos que al ser la escala Markova-Berrios autoaplicable limita los resultados de la valoración.

CONCLUSIONES

Se determinó la asociación entre la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento en la clínica de esquizofrenia INPRFM.

1. La hipótesis del estudio fue que los pacientes con esquizofrenia que presentan una menor conciencia de enfermedad tendrían una baja adherencia farmacológica. En el resultado del estudio no se relacionó significativamente la conciencia de enfermedad con la adherencia terapéutica, pero sí en relación con la gravedad de los síntomas positivos de la enfermedad y el ser varón.

2. La tasa de adherencia farmacológica mediante de escala de adherencia a la medicación Morisky 8, para la muestra fue de 29% con una buena adherencia al tratamiento.

3. Los predictores de no adherencia farmacológica fueron género masculino, una menor edad de inicio de la enfermedad, y menor conciencia de enfermedad.

4. Los síntomas psicóticos fueron el predictor más significativo para la no adherencia farmacológica.

5. La consistencia interna de las escalas a evaluar (Markova-Berrios Insight y Adherencia a la medicación morisky-8) fue moderada < 0.80 , con un α de Cronbach de 0.75 y 0.69 respectivamente.

6. Se cuenta con clínicas para implementar mayores estrategias que nos permitan mantener al paciente lo más funcional posible, y una reinserción social al poder tener un adecuado apego al tratamiento.

REFERENCIAS

1. Lacro J, Dunn L, Dolder C, Leckband S, Jeste D. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:892-909.
2. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Informe mundial sobre la discapacidad 2011.(Clasificación NLM: HV 1553)
3. Cabello H, Díaz L, Arredondo A. Costo-Efectividad de intervenciones para Esquizofrenia en México. *Salud Mental* 2011;34:95-102.
4. Organization for Economic Cooperation Development. Paris: Policy Brief 2008.
5. Svarstad B, Shireman T., Sweeney J. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatry Serv* 2001; 52:805-811.
6. Lichtermann D, Karbe E, Maier W. The genetic epidemiology of schizophrenia and of schizophrenia spectrum disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250:304-10.
7. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S, Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003.
8. Friedman H, DiMatteo M. Adherence and practitioner patient relationship. En: Friedman HS, DiMatteo MR. *Health Psychology*. New York: Prentice Hall; 1989;p. 68-100.
9. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia: Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 147: 243-8.
10. Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry*. 2006;60:114–120.

11. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatry Association. Barcelona: Masson; 2002
12. American Psychiatric Association DSM 5. American Psychiatry Association 2013.
13. Stroup S, Lieberman J, McEvoy J, Davis S, Swartz M, Keefe R, Miller A, Rosenheck R, Hsiao J. Results of phase 3 of the CATIE schizophrenia trial. *Schizophrenia Research* 107 2009;1–12.
14. Thieda, K. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services* 2003;Apr;54(4):508-16
15. Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev Psicol Salud* 1995; 7(1):35-61
16. Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003
17. Haynes R, Taylor D, Sackett D. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979;1-10.
18. Karoly P. Enlarging the scope of the compliance construct toward developmental and motivational relevance. Krasnegor NA, Epstein L, Bennett-Johnson S, Yaffe SJ, En: *Developmental aspect of health compliance*. Hillsdale: LEA; 1993; 11-27
19. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: Yubero S, Larrañaga E, eds. *SIDA: una visión, multidisciplinar*. La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2000. p. 95-103.
20. Zaldivar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. 2003.
21. Sajatovica M, Velliganb D, Weidenc P, Valensteind M, Ogedegbee G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research* 69 2000;591–599.

22. Friedman H, DiMatteo M. Adherence and practitioner patient relationship. En: Friedman HS, DiMatteo MR, eds. *Health Psychology*. New York: Prentice Hall; 1989;p. 68-100.
23. Llorca P. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Res*. 2008 Nov 30;161(2):235-47
24. Kissling W. Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention. *The British Journal of Psychiatry*, Vol 161, Oct 1992;133-139.
25. Acosta F, Bosch E, Sarmiento G, Caballero-Hidalgo N, Mayans A. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res* 2009;107: 213-217.
26. Fenton W, Blyler C, Heinssen R. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*. 1997;23:637-651.
27. Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 16:10-13.
28. Valenstein M, Blow F, Copeland L, McCarthy J, Zeber J, Gillon L. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull* 30 2004; 255-275
29. Ruesch N, Corrigan P. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Reha J*. Vol 26 2002;23-32.
30. Rettenbacher M, Hofer A, Eder U. Compliance in schizophrenia: psychopathology, side effects, and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1211-1218.
31. Buckley P, Wirshing D, Bhushan P, Pierre J, Resnick S, Wirshing W. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs*. 2007;21,129-41.
32. Svanum A, Faries H, Zhu D, Ernst B, Swartz FM, Swanson J. Medication adherence and long-term functional outcomes in treatment of schizophrenia in usual care. *J, Clinic Psychiatry* 2006;67: 453-460.

33. Weiden P, Mackell, J and Mc Donnell, D. Obesity as risk factor for antipsychotic noncompliance. *Schizophr Res* 2004;66: 51-57.
34. Borrás L, Mohr S, Brandt P, Gillieron C, Eytan A, Huguelet P. Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull* 2007;33: 1238-1246.
35. Janssen B, Gaebel W, Haerterm M, Komaharadi F, Lindel B, Weinmann S. Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology* 2006;187-229-236.
36. Weinmann, S. Switching antipsychotics in inpatient schizophrenia care predictors and outcome. *J. Clinic Psychiatry* 2004;65 1099- 1105.
37. Loffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer M. Schizophrenic patients subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 2003;6 105-112.
38. Marder S. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64-16:3-9.
39. Fresán A., Apiquian R, Nicolini H, Cervantes JJ, Temperament and character in violent schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 2007;94:74–80.
40. Fresán A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C, Garcia-Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophr Res*. 2005;72:123-9.
41. Markova I, Berrios G. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992;160:850-60.
42. Markova I, Berrios G. Insight in clinical psychiatry. A new model. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:743-51.
43. Markova I, Berrios G. Delusional misidentifications: facts and fancies. *Psychopathology*. 1994;27(3-5):136-143.

44. Markova I, Roberts K, Gallagher C, Boos H, McKenna P, Berrios G. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res.* 2003;119:81-8.
45. Vanelli I, Chendo I, Levy P, Figueira M, Góis C, Santos J, Markova I, Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios, *Acta Med Port.* 2010; 23(6):1011-1016
46. Nieto L, Ruiz A, Blas- Navarro J, Pousa E, Cobo J, Cuppa S, Obiols J, Adaptacion al castellano de la escala de *Insight* de Markova y Berrios *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(5):248-56
47. Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. *Journal of Clinical Hypertension* 2008; 10(5):348-354
48. Sweileh W, Ihbesheh M, Jarar I, Sawalha A, Abu Taha A, Zyoud S, Morisky D. Antipsychotic medication adherence and satisfaction among Palestinian people with schizophrenia. *Curr Clin Pharmacol.* 2012. 7;49-55.
49. Day J, Bentall R, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, Healy D, Rae P, Power C. Attitudes Toward Antipsychotic Medication The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(7):717-724.
50. Krousel-Wood M, Islam T, Webber L, Morisky D, Muntner P. New Medication Adherence Scale Versus Pharmacy Fill Rates in Seniors With Hypertension. *Am J Manag Care* 2009;15(1):59-67.
51. Morisky D, DiMatteo M. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. *J Clin Epidemiol* 2011; 64:258-263.
52. Al-Qazaz H, Hassali M, Shafie A, Sulumain S, Sundram S, Morisky D. The eight-item Morisky Medication Adherence Scale MMAS: Translation and validation of Malaysian version, *Diab Res Clin Pract* 2010 4885.
53. Saleem F, MPhil M, Azmi M, Hassali P, Shafie A, Morisky D, Muhammad A, Al-Qazaz H, Masood I, Haq N, Aljadhey H, Farooqui M. Translation and validation study of Morisky Medication Adherence Scale (MMAS): the Urdu version for facilitating person-centered healthcare in Pakistan *The International Journal of Person Centered Medicine* 2013; 384-390.

54. Mostafa A, El-Mogy A, El-Masry R. Adherence in Egyptian patients with schizophrenia: the role of insight, Medication beliefs and spirituality *The Arab Journal of Psychiatry* 2013; 24 60 -68.
55. Oehl M, Hummer W, Fleischhacker W. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2000 (Suppl.); 407:83-86.
56. Kamali M, Kelly BD, Clarke M, Browne S, Gervin M, Kinsella A, et al. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2006 Jan;21(1):29-33.
57. Guizar D, Saracco R y Fresán A. Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud Ment* 2012, 35, 339-344.
58. Castle DJ, McGrath J y Kulkarni J. *Women and Schizophrenia*. Cambridge: University Press. 2000.
59. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1988, 145, 684-689.
60. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, Stroup S, Hsiao JK, Lieberman J. Barriers to employment for people with schizophrenia *Am J Psychiatry* 2006;163(3) 411-427.
61. Uçok A, Polat A, Genc A, Cakir S, Turan N. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2004 Mar-Apr;38(2):163-178.
62. Perkins D, Gu H, Boteva K, Liberman J. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia : A critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162(10)1785-1804.
63. Menzin J, Boulanger L, Friedman M, et al. Treatment adherence associated with conventional and atypical antipsychotics in a large state Medicaid program. *Psychiatr Serv* 2003;54:719–723.
64. Aguglia E, De Vanna M, Onor ML, Ferrara D. Insight in persons with schizophrenia: effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2002;26:1229–1233

65. Zhang J, Rosenheck R, Mohamed S, Zhou Y, Chang Q, Ning Y, Hongbo H. Association of symptom severity, insight and increased pharmacologic side effects in acutely hospitalized patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 55, Issue 8, November 2014, Pages 1914-1919.
66. Olivares J, Alptekin K, Azorin J, Cañas F, Dubois V, Emsley R, Gorwood P, Haddad P, Naber D, Papageorgiou G, Roca M, Thomas P, Martinez G, Schreiner A. Psychiatrist's awareness of adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East, and Africa. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:121-32.
67. Verdoux H, Liraud F, Assens F, Abalan F, Van Os J. Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two-year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophr. Res.* 2002;56:149–159
68. Fleischhacker W, Eerdeken M, Karcher K. Treatment of schizophrenia with long-acting risperidone: a 12-month evaluation of the first long-acting injectable atypical antipsychotic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 641250 -1257 2003.
69. Rosenheck R, Perlick D, Bingham S, Liu-Mares W, Collins J, Warren S, Leslie D, Allan E, Campbell EC, Caroff S, Corwin J, Davis L, Douyon R, Dunn L, Evans D, Frecska E, Grabowski J, Graeber D, Herz L, Kwon K, Lawson W, Mena F, Sheikh J, Smelson D, Smith-Gamble V (Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on the Cost-Effectiveness of Olanzapine): Effectiveness and cost of olanzapine and haloperidol in the treatment of schizophrenia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290:2693–2702.
70. Yan J, L.M, Yang Q., Liu B, Jin S, Zhou J, Lin C, Morisky D. Translation and validation of Chinese version of the 8-item Morisky medication adherence scale in myocardial infarction patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.(2014) 20, 311-31.
71. De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015) 4, 1-9.
72. Tacchi MJ, Scott J. *Improving Adherence in Schizophrenia and Bipolar Disorders*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2005.

73. Julius R, Novitsky M, Dubin W. Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract* 2009;15:34–44.

Carta de consentimiento informado para participantes

Asociación de la conciencia de enfermedad y la adherencia farmacológica al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia.

Código: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Programa que se realizará:

El objetivo es conocer la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y la asociación con la conciencia de enfermedad que tiene. Se llevará a cabo por medio de la aplicación de 4 cuestionarios; una de ellas para ratificar diagnóstico, otras para evaluar la severidad sintomática, el funcionamiento general, la conciencia de enfermedad y si tiene adherencia terapéutica. Nos interesa conocer el porcentaje de pacientes que se adhieren al tratamiento farmacológico y en qué grado se asocia la conciencia de enfermedad.

Plan del programa:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico psiquiatra, el cual le realizará unas series de preguntas relacionadas con su enfermedad; para evaluar la gravedad y actividad de los síntomas que pueda presentar, para evaluar la toma de sus medicamentos, y si los desea contestará una escala auto aplicable para evaluar el nivel de conciencia de su enfermedad. El estudio consiste básicamente en una serie de preguntas.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá la cooperación de usted como paciente.
- b) Las entrevistas serán sin costo económico alguno y tendrán una duración de 60 minutos en una sola entrevista o si lo prefiere dividida en dos entrevistas, posteriormente a los 3 meses se realizara otra entrevista rápidamente para valorar apego al tratamiento de aproximadamente 10 minutos.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que nos lo informe.

Ventajas:

- a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer los factores que influyen en la no adherencia terapéutica, y poder intervenir para lograr un mejor apego al tratamiento.
- b) No existen beneficio directo del estudio, pero de manera indirecta, usted ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir para mejorar el abordaje terapéutico que brindamos.
- c) Confidencialidad: Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los pacientes, ni de los sujetos, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con la Dra. Patricia Ponce de León Mireles o con el Dr. Ricardo Saracco en la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “B”, planta baja. En el consultorio 1 y/o 3, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5255.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con la Dra. Patricia Ponce de León Mireles o con el Dr. Ricardo Saracco en la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “B”, planta baja. En el consultorio 1 y/o 3, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 4160 5254 y 4160 5255.

Nombre del paciente	Firma del Paciente	Fecha
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha

