|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR****ESCUELA DE MEDICINA****DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL****Y****MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL****HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO** |  |

**TESIS DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL:**

“PREDICTORES DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN EL PRIMER EPISODIO PSICOTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO JUNIO - AGOSTO DEL 2010”

Responsable: Dra. Sujey Yasmira cuéllar

 **Asesor**:

 Dr. Rafael Jule

 **Soyapango, Noviembre del 2010.**

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO PÁGINA

 RESUMEN …………………………………………………………… 3

1. INTRODUCCION ………………………………………………………..… 4
2. OBJETIVOS ………………………………………………………… 6
3. MARCO TEORICO …………………………………………………………. 7
4. METODOLOGIA ……………………………………………………….. 17
5. RESULTADOS …………………………………………………….… 20
6. DISCUSION ………………………………………………………. 24
7. CONCLUSIONES ……………………………………………………..26
8. RECOMENDACIONES ……………………………………………………..27
9. BIBLIOGRAFIA …………………………………………………………28
10. ANEXOS ……………………………………………………………30

RESUMEN

* **Objetivo**. Determinar cuáles son los factores predictores tempranos de la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes con un primer episodio psicótico que consultan en la unidad de emergencias del Hospital nacional Psiquiátrico en el periodo de Junio a Agosto del año 2010.**Material y métodos**. Se tomaron los pacientes que consultaron con un episodio psicótico de primera vez, se evaluaron al mes de tratamiento con respecto a su adherencia a los medicamentos. Usando factores sociodemográficas y
factores relacionados con la enfermedad, incluido el apoyo social y familiar, como variables independientes y adherencia como variable dependiente.
 **Resultados**. Cuarenta y siete pacientes (79.66%) fueron adherentes (76% a 100% de las dosis tomadas) y doce (20.33%) no adherente (menos del 76% de las dosis tomadas). Los pacientes no adherentes fueron menos propensos a recibir un buen nivel de apoyo social, y más probabilidades de ser solteros y tener menor nivel de conciencia de enfermedad. **Conclusiones**. Estos resultados sugieren la importancia del apoyo social y familiar en el logro de
adherencia a los medicamentos de forma temprana en el curso del tratamiento de un primer episodio de psicosis, además de la influencia de la conciencia de enfermedad en la aceptación o rechazo de la medicación.
* Palabras clave: adherencia al tratamiento, primer episodio psicótico, apoyo familiar y social.

I. INTRODUCCIÓN

 La falta de adherencia al tratamiento es una barrera importante para el éxito en el tratamiento de distintas enfermedades en medicina general y psiquiatría; es relativamente alta en la esquizofrenia, con tasas en el primer episodio psicótico de 19%, 44% y 56% después de 3, 6 y 12 meses de tratamiento, respectivamente.
A pesar de las altas tasas de respuesta a la medicación antipsicótica en la fase temprana de la psicosis, considerable variación en el nivel de (parcial, en comparación con el total) y el tiempo de remisión están influidos significativamente por la adherencia a la medicación, además de otros factores predictivos, como la duración de la psicosis no tratada y el ajuste en la fase premórbida. La falta de adherencia ha sido asociada con un mayor riesgo y tasa de recaída, aumento del número de admisiones voluntarias e involuntarias, mayores niveles de síntomas positivos residuales, y de mala calidad de vida, de las relaciones sociales, y actividades de la vida diaria.
Resultados en la fase temprana de la enfermedad puede estar asociada con un resultado global a largo plazo en la enfermedad. Por lo tanto, potencialmente predictores maleables, como la adherencia a la medicación durante el tratamiento del primer episodio psicótico, pueden tener implicaciones importantes para el curso de la enfermedad.

El incumplimiento terapéutico puede ser debido a diversas causas: la psicosis misma, la falta de conciencia de enfermedad, los efectos adversos de los medicamentos o 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 75% el segundo año. Este dato es muy importante porque es bien sabido que aproximadamente el 75% de pacientes presentarán una recaída de la enfermedad entre los 6 y 24 meses tras abandonar la mediación antipsicótica. De hecho el abandono de la medicación multiplica por cinco el riesgo de recaída. Las recaídas sucesivas suelen ser cada vez más graves y precisan más tiempo para su mejoría. También se ha visto que el abandono de la medicación se acompaña de recaídas con más riesgo de suicidio y conductas agresivas. Además cada vez hay más acuerdo entre los médicos por lo que respecta a que las sucesivas recaídas empeoran el pronóstico de la enfermedad ya que el individuo pierde su capacidad de adaptación social, familiar, académica o laboral y asimismo implica un sufrimiento personal y familiar muy importante.

El incumplimiento terapéutico ha hecho necesario disponer de medicamentos antipsicóticos de larga duración que se inyectan y aseguran una cobertura antipsicótica durante varias semanas evitando las interrupciones del tratamiento.

Existe una asociación significativa, que se reportó recientemente entre un mejor apoyo socio-familiar y la reducción de hospitalización tres años después del tratamiento inicial de un primer episodio psicótico que puede también estar mediada por el impacto de ese apoyo en la adherencia a los medicamentos.
La adherencia a la medicación en las últimas etapas de la esquizofrenia ha sido estudiada extensamente, pero sólo unos pocos estudios han examinado factores asociados con la falta de adherencia en el momento de la primera intervención terapéutica.

La mayor preocupación familiar expresada en relación de como visitar el paciente y/o contactar con el terapeuta han sido relacionadas con una mejor adherencia al tratamiento, pero no así ha sido estudiado la participación de esta en el tratamiento o actitudes de las familias hacia la enfermedad y el paciente en relación a una mejor adherencia.

Además, las actitudes de los pacientes sobre las drogas utilizadas en el tratamiento en el momento en que se ofreció por primera vez pueden ser particularmente importantes para la posterior adhesión, incluso en el contexto de apoyo social y familiar.

Por este motivo, y cómo primer paso, se expone la realización de un estudio, que nos permita conocer la realidad de la situación, en un espacio concreto, nuestro hospital, y ante unos sujetos determinados, nuestros pacientes para evaluar prospectivamente que factores relacionados con la enfermedad y con el paciente, identificados en el inicio de tratamiento antipsicótico, pueden estar asociados con la falta de adhesión en el primer mes de tratamiento de pacientes que experimentaron un primer episodio psicótico y así tenerlos en cuenta en el primer momento que se prescriben antipsicóticos para evitar el abandono del mismo.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los factores predictores tempranos de la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes con un primer episodio psicótico que consultan en la unidad de emergencias del Hospital nacional Psiquiátrico en el periodo de Junio a Agosto del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

* Conocer el porcentaje de pacientes que no cumplieron con el tratamiento antipsicótico, durante el periodo señalado.
* Determinar la influencia que tiene el apoyo social y familiar en la adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes con un primer episodio psicótico.
* Identificar la influencia que ejerce la pobre autocritica de enfermedad por parte del paciente en el no cumplimiento del tratamiento farmacológico.
* Establecer la influencia que ejercen los efectos secundarios provocados por el fármaco en el no cumplimiento del tratamiento.
* Describir algunos factores estadísticamente significativos para el abandono o permanencia del tratamiento, durante el periodo señalado.

III. MARCO TEORICO

Podemos considerar el cumplimiento como la observación del tratamiento prescrito.

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia a un tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.

Para Haynes es el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias.[[1]](#footnote-2) La prevalencia de incumplimiento terapéutico en distintas especialidades médicas es elevada. Navarro, y col. (1999) nos indican que entre el 20% y el 60% de los fármacos recetados no son retirados de la farmacia; entre el 60% y el 75% de los antibióticos recetados para patología infecciosa no son tomados correctamente; y en patologías graves de tipo crónico cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias, etc.) el incumplimiento varía entre el 40% y el 60%.[[2]](#footnote-3)

¿Qué sabemos sobre el cumplimiento y la adherencia?

Se entiende como paciente cumplidor a aquel que deja de tomar menos del 25% de la medicación, por cumplidor parcial entendemos a aquel que deja de tomar entre el 25 al 70% del tratamiento y por no cumplidor a aquel que deja de tomar más del 70% (Gráfico I).

Para los trastornos psicóticos, las cifras de no cumplimiento o cumplimiento parcial se acercan al 75- 80%. Además, la mayoría de pacientes que requieren de rehospitalización (75%) no son cumplidores de su medicación, con las consecuencias negativas que tanto para la evolución de la enfermedad como para la propia persona esto conlleva. Hay que insistir que el cumplimiento parcial supone un aumento de las posibilidades de precipitar exacerbaciones sintomáticas, incrementos de ingresos y mayor riesgo de conductas disfuncionales, entre ellas la comisión de nuevos delito y el empeoramiento global en el pronóstico.

En general, el cumplimiento terapéutico disminuye cuando: el tratamiento se prolonga en el tiempo, es de carácter profiláctico o cuando las consecuencias de la retirada del tratamiento son a largo plazo (Fenton, y col, 1997).[[3]](#footnote-4) Los factores que afectan el cumplimiento son de diversa índole. Veamos los señalados por Haynes, y col. (1979): a) factores del paciente: edad, raza, sexo, grupo social, situación laboral, nivel de educación, factores económicos, b) factores de la enfermedad: gravedad, sintomatología, grado de incapacitación, duración de la enfermedad, antecedentes personales de la enfermedad, antecedentes familiares, hospitalización previa, c) factores del régimen terapéutico: complejidad de las pautas terapéuticas, efectos secundarios, costes, duración del tratamiento, d) factores de la estructura sanitaria: accesibilidad de los pacientes, infraestructura de recepción de visitas, tiempos de espera, concertación de visitas, frecuencia de visitas y e) factores de la comunidad: implicación de la familia, conocimientos generales de salud, conflicto entre las normas sociales y la conducta a seguir.

Según la Escuela Canadiense (citado por Navarro, y col., 1999) para que se consiga un cumplimiento adecuado deben darse una serie de prerrequisitos:

- El diagnóstico debe ser correcto

- La enfermedad no debe ser trivial

- El tratamiento debe ser eficaz

- El paciente debe estar informado

- El paciente debe aceptar el tratamiento[[4]](#footnote-5)

**¿Cumplimiento o adherencia?**

Hasta este punto hemos hablado de “cumplimiento” o “incumplimiento terapéutico”. Tenemos cifras y porcentajes de pacientes que no cumplen el consejo médico, pero debemos ir más lejos y señalar que lo que subyace al cumplimiento es la “adherencia”. Definimos la adherencia como la aceptación por parte del paciente del consejo terapéutico ofrecido. Por consiguiente, la adherencia implica la negociación del plan de tratamiento entre el profesional y el paciente, en lugar de la aplicación simple de una orden terapéutica.

Esta adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida e incluso a la participación activa en un tratamiento psicológico.

El término “adherencia” empezó a emplearse con los enfermos con HIV que no cumplían con las pautas de tratamiento antiretroviral. Con estos pacientes se observó que un plan de tratamiento negociado, más que una pauta dictada por el profesional, constituía una mayor garantía de aceptación del tratamiento (US Health & Human Services, 1999). Por consiguiente, se acuñó el término “adherencia”, como un constructo más amplio que el simple “cumplimiento”.

Sin embargo, no todos los pacientes abandonan completamente el tratamiento, puede ser que lo cumplan de forma inadecuada. Este fenómeno, se denomina "cumplimiento intermitente". Los pacientes que cumplen de forma intermitente, se permiten períodos variables, en ocasiones prolongados en los que no toman medicación, o bien lo hacen de forma parcial y selectiva. Algunos de ellos incluso aprenden a disfrazar su incumplimiento tomando dosis más altas de medicación días antes de las revisiones plasmáticas. Este tipo de pacientes son realmente incumplidores.

Hace más de veinte años, Haynes, y col. (1979) identificaron más de 200 variables relacionadas con la adherencia al tratamiento médico. De entre todas ellas, la variable que consideraron más significativa fue la relación médico-paciente. Según los autores, los factores que influían en el comportamiento del paciente fueron: a) la calidad de la comunicación médico-paciente, b) la empatía o la capacidad del médico de reconocer que su paciente sufría, c) la capacidad para motivar al paciente a cumplir las pautas terapéuticas y d) la receptividad del médico para compartir con el paciente la responsabilidad del tratamiento.

Los resultados del estudio de Haynes, y col. Continúan siendo de absoluta actualidad y las directrices que los profesionales sanitarios deben seguir para incrementar el cumplimiento deben centrarse principalmente en estos factores.

**Adherencia al tratamiento de los pacientes que padecen trastornos psicóticos**

El incumplimiento con las medicaciones psicotrópicas es la razón primaria de las recidivas, que contribuye en gran medida al “Síndrome de la puerta giratoria” de los pacientes que sufren trastornos esquizofrénicos (Delaney, 1998).[[5]](#footnote-6)

Del mismo modo que se ha observado en otras patologías médicas, las tasas de incumplimiento son elevadas en los pacientes del espectro psicótico. Gaebel y Pietzcker (1983)[[6]](#footnote-7) encuentran, en su estudio alemán con pacientes de primer brote psicótico, que las tasas de incumplimiento son del 75%. Kane (1985) estima que las tasas de cumplimiento oscilan entre el 40% y el 50% en pacientes ambulatorios.

Según un estudio realizado por Corrigan, y col. (1990)[[7]](#footnote-8), el incumplimiento alcanza el 80% de los pacientes psicóticos. Weiden, y col. (1994) refieren tasas de incumplimiento farmacológico que llegan al 50% un año después de salir de un ingreso psiquiátrico y al 75% al cabo de dos años. Hasta un 64% de los pacientes bipolares incumplen con el tratamiento farmacológico (Colom y Vieta, 2002).

La tasa de recidivas en un año, en pacientes con placebo, es del 75%, en comparación con el 15% de los pacientes tratados con neurolépticos (Trochinsky, y col., 1962; Leff y Wing, 1971; Hogarty, y col., 1974, Kissling, y col., 1991). Esto representa una eficacia de la medicación superior a cualquier otro tipo de prevención de las recaídas, pero dadas las tasas de incumplimiento comentadas más arriba, su efectividad queda drásticamente reducida. Como consecuencia del incumplimiento, la tasa de recaídas en la esquizofrenia es tres veces superior a la esperada (Kissling, 1994).

Sorprende observar que un problema tan importante para la eficacia del tratamiento de la esquizofrenia no haya recibido atención hasta hace relativamente pocos años. Los primeros estudios sobre cumplimiento terapéutico se han empezado 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 (Kissling, 1992).[[8]](#footnote-9)

En general, una pobre adherencia al tratamiento se relaciona con bajo estatus laboral, abuso de alcohol y otros tóxicos, pacientes jóvenes y varones, sin embargo otros autores afirman que existe una escasa relación entre factores sociodemográficos y tratamiento y que ésta es mucho mayor entre la falta de cumplimiento y las características del trastorno. Así los pacientes con trastorno de personalidad pueden tener más problemas para cumplir las prescripciones médicas debido a su resistencia para aceptar el diagnóstico y reconocer los síntomas. Los pacientes bipolares disminuyen el cumplimiento en las fases maníacas agudas, mientras que los depresivos tienen mayor dificultad para tomar de forma constante la medicación. Con relación a la esquizofrenia el cumplimiento disminuye ante la presencia de síntomas positivos y desorganización conductual.

**Variables que influyen en la adherencia al tratamiento**

En nuestra experiencia clínica, observamos que los pacientes refieren motivos distintos por los cuales abandonan la medicación antipsicótica. En la tabla 1 se presentan los motivos más habituales para el abandono de los tratamientos.

*Tabla 1.*

*Relación de los motivos más frecuentes para abandonar el tratamiento farmacológico*

1. Mala relación médico-paciente

2. Falta de información sobre la enfermedad o el tratamiento.

Por ejemplo:

– no entender las pautas de administración (ej.:terminar con una caja)

– confundir la indicación terapéutica (ej: pensar que es un calmante o un anticonceptivo)

– confundir los efectos secundarios por síntomas de la enfermedad

– pensar que la medicación es adictiva

– pensar que sólo debe tomarse en la fase aguda

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

4. Dificultades de memoria

5. Pautas complejas de administración

6. Presiones sociales para el abandono

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

8. Abuso de alcohol u otras drogas

9. Cansancio/aburrimiento después de tratamientos prolongados

10. Miedo a ser percibido con impregnación de fármacos (“neuroleptizado”)

11. Embarazo

12. Aumento de peso

13. Confiar en medicinas alternativas

14. Negación de la enfermedad

En una extensa revisión, Fenton, y col. (1997) identifican diversos correlatos empíricos del incumplimiento farmacológico en la esquizofrenia:

A. Factores relacionados con el paciente

- Grado de severidad de los síntomas

- Insight pobre

- 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

Los autores concluyen que el no-cumplimiento es un problema clínico multideterminado y, por lo tanto, debe realizarse una evaluación y una intervención individualizada del mismo, que se centre en la buena relación médico-paciente. De su extensa revisión, destacan tres estudios que ofrecen soporte empírico a la suposición clínica que una alianza terapéutica positiva facilita el cumplimiento médico. Citan un artículo de Nelson, y col. del año 1975, en el que se afirmaba que el mejor predictor del cumplimiento en pacientes esquizofrénicos era “la percepción que el paciente tenía de que el médico tenía interés en él o ella como persona”. Otro estudio citado, de Marder, y colaboradores, publicado en 1983, concluyó que los pacientes esquizofrénicos ingresados que consentían la medicación neuroléptica 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. El estudio más reciente, de Frank y Gunderson, publicado en el año 1990, observó que el 74% de los pacientes con una parcial o pobre alianza terapéutica abandonaba el tratamiento prescrito. Por contra, sólo el 26% de los pacientes esquizofrénicos con buena alianza con su terapeuta eran no-cumplidores.

En este estudio, la asociación entre la alianza terapéutica y el cumplimiento de la medicación era independiente de la severidad de la psicopatología del paciente, el tipo o dosis de medicación y el estatus del paciente (ingresado o ambulatorio).

Los terapeutas cognitivos Williams y Beese (1997) señalan que las causas de incumplimiento no son otros motivos relacionados con creencias y formulaciones cognitivas individuales: a) los sentimientos de desesperanza, b) el desacuerdo con el plan de tratamiento, c) los síntomas que no son vividos por el paciente de forma disfuncional, d) el rechazo al tratamiento por miedo y e) el rechazo por el riesgo de reducir la autoestima. Los autores únicamente incluyen dos factores que tienen que ver con el propio proceso enfermizo: a) la desorganización y b) la falta de *insight*.

**Insight y adherencia al tratamiento**

Existe una evidencia consistente en que el pobre insight está asociado a con bajo cumplimiento de la medicación y adherencia al tratamiento. La falta de insight puede conducir al pobre cumplimiento debido a que las personas con pobre insight no son conscientes de su propio estado y de que éste podría, además, ser correctamente tratado. Por 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.

a. 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 insigh está relacionado con el déficit del lóbulo frontal y la función ejecutiva, fundamentalmente en relación a los síntomas negativos.

b. 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.
Puesto que hay diferentes tipos de síntomas y el insight puede ser modalmente específico, la falta de conciencia como un mecanismo de afrontamiento puede bien ser más relevante para unos síntomas que para otros. De hecho esto puede ser apoyado por estudios que examinan la relación entre función ejecutiva y con ciencia de los diferentes síntomas. Mientras que la falta de conciencia de los síntomas negativos correlaciona significativamente con pobre función ejecutiva, no se observa esta relación con los síntomas positivos. 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.

La segunda línea de apoyo a esta perspectiva proviene de los estudios que examinan la relación entre el estado de ánimo e insight. Pobre insight aparece relacionado con baja depresión o con ánimo grandioso o expansivo. En consonancia con esta observación, el pobre insight podría jugar un papel protector contra una autoimagen negativa, especialmente en los primeros estadíos de recuperación. De otro lado, algunos estudios comprueban indirectamente esta hipótesis al comprobar un incremento en la autoestima y en el insight tras completar con éxito programas de rehabilitación vocacional.

**Adherencia y Teoría de la Conducta de la Salud**

El Modelo de Creencias de la Salud desarrollado por Rosenstock en los años 50, examina el papel de las expectativas relacionadas con la salud. Desde una perspectiva cognitiva e intrapersonal, el modelo ve a los humanos como seres racionales que se comportan reduciendo el peligro percibido (síntomas de la enfermedad) y aumentando los beneficios percibidos (incluyendo la adherencia al tratamiento). Esta teoría fue ampliada en los 60 en la Teoría de la Acción Razonada, que defiende que las actitudes y los apoyos de los allegados son centrales en las conductas de las personas. Partiendo de que las conductas saludables y de adherencia son en gran medida interpersonales (por ejemplo, la relación paciente-cuidador y el apoyo entre iguales para la adherencia), esta teoría examina la calidad de las habilidades sociales y la extensión del apoyo social para proporcionar conductas saludables incluyendo la adherencia. Otro componente de la teoría comportamental, también importante para la adherencia, son los llamados factores institucionales. Éstos se refieren a las normas formales e informales de las instituciones sociales que afectan a la conducta de salud y la adherencia.

Estos tres factores de la conducta de la salud (expectativas de valor, competencia y apoyo social, factores institucionales) proporcionan diversas ventajas en términos de un modelo organizacional para la adherencia al tratamiento. Proporcionan un marco para comprender cómo las diversas discapacidades que resultan de la esquizofrenia interfieren con la adherencia.

Las teorías conductuales de la salud explican también cómo las personas normales participan (o fallan en la participación) en los tratamientos y sugieren estrategias para disminuir las barreras al tratamiento. Las personas con trastornos psicóticos pueden experimentar las consecuencias de esas mismas barreras y beneficiarse de intervenciones similares que tengan las circunstancias que se dan en la esquizofrenia.

De todo lo anteriormente expuesto, se deduce claramente, que el abordaje del cumplimiento y el desarrollo de un marco para su entendimiento, así como el diseño y la evaluación de actividades terapéuticas apropiadas es muy importante para el tratamiento de larga duración y el pronóstico de la enfermedad.

IV. METODOLOGÍA

MATERIAL Y METODOS

Tipo de diseño

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal con pacientes que se diagnosticaron con un episodio psicótico por primera vez que consultaron en la unidad de emergencias del Hospital nacional psiquiátrico en el periodo de Junio a Agosto del 2010, y a los cuales se les ofreció terapia antipsicótica de manera ambulatoria.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se tomarán las siguientes fuentes:

− primaria:

• Entrevista semidirigida con el paciente y sus familiares.

− secundaria indirecta:

• Historias clínicas

Integran el universo todos los pacientes que consultaron en el periodo de junio a agosto del 2010 por primera vez en la unidad de emergencias y fueron diagnosticados con un trastorno psicótico, siendo en total 60 casos.

Los criterios de inclusión utilizados para la incorporación a esta investigación fueron:

* Edad de 15 a 45 años
* Cumplir con los criterios diagnósticos para un trastorno psicótico según el CIE-10
* Manejo ambulatorio
* No haber recibido fármacos antipsicóticos anteriormente.

Se incluyeron aquellos pacientes cuya psicosis era debida a un cuadro de índole afectiva como los episodios depresivos con síntomas psicóticos o un trastorno bipolar.

Los criterios de exclusión consistieron en:

* Pacientes cuyos trastornos psicóticos eran secundarios o se acompañaban con consumo de drogas
* Pacientes a quienes se les indico ingreso
* Aquellos que ya habían recibido anteriormente antipsicóticos.

Los datos socio-demográficos de los pacientes fueron tomados de la información obtenida en los expedientes clínicos en la primera consulta en la unidad de emergencias.

En el momento de la primera evaluación en la unidad de emergencias se le aplicó a los pacientes las siguientes escalas: Escala del insight de SUMD y cuestionario de apoyo social y funcional de DUKE-UNK.

ESCALA DEL INSIGHT SUMD:

La conciencia de enfermedad se evaluará con la versión reducida de la escala SUMD (Amador et al 1993).

Esta escala mide varias dimensiones:

a) conciencia de padecer un trastorno mental

b) necesidad de tratamiento

c) consecuencias sociales del trastorno mental

d) conciencia sobre los síntomas psiquiátricos presentes

e) atribución que se hace de dichos síntomas.

Cada una de las dimensiones se puntúa de 1 (conciencia correcta) a 5(Nula conciencia).

Proporciona una puntuación de conciencia de enfermedad global y una puntuación de conciencia de los síntomas y de atribución de los síntomas.

La puntuación de conciencia global se obtiene sumando las puntuaciones de los primeros tres ítems. Los autores no proporcionan puntos de corte, a mayor puntuación, mayor gravedad.

Las puntuaciones de conciencia y de atribución de los síntomas se obtienen aplicando la siguiente fórmula: suma de los puntos obtenidos en la dimensión correspondiente (conciencia o atribución) de los ítems 4 al 9, dividido por el número de ítems relevantes para esa dimensión (conciencia o atribución). Ítems relevantes son aquellos que obtienen puntuaciones > de 0.

Los autores no proporcionan puntos de corte. En ambas dimensiones, a mayor puntuación mayor gravedad.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL Y FUNCIONAL DE DUKE-UNK

Es una evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en dos aspectos: personas a las que se les pueden comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Recoge valores referidos al apoyo confidencial y referido al apoyo afectivo. Cada aspecto se evalúa mediante una escala de likert de cinco opciones; apoyo total percibido menor o igual a 32 puntos escaso apoyo, mayor o igual a 33 puntos apoyo normal.

El test de Morisky-Green será aplicado para valorar la adherencia al tratamiento al cumplir un mes de tratamiento junto con la escala de Simpson-Angus para valorar la aparición de efectos extrapiramidales por el uso de antipsicóticos.

TEST DE MORISKY-GREEN

Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Consiste 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.

|  |
| --- |
| ESCALA DE ACATISIA DE SIMPSON-ANGUS(SAS)Elaborada por G.N. Simpson y J.W. Angus (1970). Mide el parkinsonismo y otros efectos secundarios producidos por los neurolépticos. Es el instrumento más utilizado en la práctica clínica para la evaluación de los efectos extrapiramidales secundarios a la administración de antipsicóticos. Fue diseñada para medir específicamente parkinsonismo inducido por medicamentos e incluye 10 ítems, entre los cuales son tenidas en cuenta la rigidez, el temblor y la salivación, puntuando de 0 a 4 según definiciones operacionales de severidad. El puntaje global de la escala resulta de la suma de los puntajes de todos los ítems dividido sobre 10; Simpson y Angus consideraron dentro del rango normal un puntaje menor de 0,3. |

V. RESULTADOS

Entre los pacientes (n = 60) que cumplían los criterios para este estudio
y consintieron en ser evaluados, 1 fue excluido debido a que no asistió a la evaluación al cumplir un mes de tratamiento. Los pacientes eran predominantemente solteros (59.32%) y del sexo femenino (62.71%), con una media de edad de 28.4 años. La mayoría de los pacientes (67%) había logrado un nivel educativo de primaria (50.8%). En el
momento de la evaluación inicial, la mayoría de los pacientes (n = 33, el 55,9%) cumplían criterios diagnósticos de trastorno depresivo grave
con síntomas psicóticos y 19 (32.20%) cumplían criterios del espectro esquizofrénico.
Durante el primer mes de tratamiento, 47 pacientes (79.66%)
fueron adherentes, con índices de adherencia media de 4 (76% a
100% de dosis tomadas) y 12 (20.33%) fueron no adherentes, con
las puntuaciones medias de 3 o por debajo (75% o menos dosis tomadas).

**Características socio demográficas de los pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento.**

**Tabla 1. Sexo y edad en pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variable** | **Adherentes al tratamiento** | **No adherentes al tratamiento** |
|  | FA (FR) | FA (FR) |
| **Sexo, n%****Masculino****Femenino****Edad, años (media)** | 18(38.29%)29(61.71%)34.2 | 4(33.33%)8(66.66%)22.7 |

**Tabla 2. Estado civil en pacientes adherentes y no adherentes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ADHERENTES** | **NO ADHERENTES** |
| **Estado civil, n, %** | FA (FR) | FA (FR) |
| **Soltero** | 27 (57.44%) | 8 (66.66%) |
| **Casado o acompañado** | 20 (42.55%) | 4 (33.33%) |

**Tabla 3. Nivel de escolaridad en pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ADHERENTES** | **NO ADHERENTES** |
| **Escolaridad ,n, %** | FA (FR) | FA (FR) |
| **Ninguna** | 2 (4.25%) | 0 |
| **Primaria** | 21 (44.68%) | 9 (75.0%) |
| **Secundaria** | 22 (46.80%) | 3 (25.0%) |
| **Superior** | 2 (4.25%) | 0 |

**Tabla 4. Religión en pacientes adherentes y no adherentes.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ADHERENTES** | **NO ADHERENTES** |
| **Religión, n, %** | FA (FR) | FA (FR) |
| **Católica** | 23 (48.93%) | 6 (50%) |
| **Evangélica** | 22 (46.8%) | 4 (33.33%) |
| **Otra** | 1 (2.12%) | 2 (16.66%) |
| **Ninguna** | 1 (2.12%) | 0 |

**Tabla 5. Diagnósticos clínicos en pacientes adherentes y no adherentes al tratamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ADHERENTES** | **NO ADHERENTES** |
| **Diagnósticos clínicos**  | FA (FR) | FA (FR) |
| **T. depresivo grave con síntomas psicóticos** | 29 (61.70%) | 4 (33.33%) |
| **Esquizofrenia paranoide** | 11 (23.40%) | 8 (66.66%) |
| **T. bipolar** | 3 (4.25%) |  |
| **T.M.O** | 2 (4.25%) |  |
| **Psicosis sin especificación** | 2 (4.25%) |  |

La mayoría de los pacientes no adherentes fueron del sexo femenino 8 (66.66%) y solteros 8 (66.66%); con media de edad de 22.7 años y nivel educativo bajo (primaria).

El 50% pertenecía a la religión católica.

La mayoría de pacientes que fueron adherentes al tratamiento eran también del sexo femenino 29 (61.71%). Veinte pacientes (42.55%) estaban casados o acompañados y veintidós pacientes (46.8%) tenían un nivel de escolaridad de secundaria. El 48.93% pertenecían a la religión católica.

**Tabla 6. Relación del apoyo social y familiar con la adherencia al tratamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apoyo social y****Familiar(DUKE-UNK)** | **Entre 11 y 32 puntos(escaso)** | **Mayor o igual a 33 puntos (normal)** |
|  | FA (FR) | FA (FR) |
| **Adherentes al tratamiento****No adherentes al****tratamiento** | 20(42.55%)7(58.33%) | 27(57.44%)5(41.66%) |
|  |  |  |

Apoyo total percibido menor o igual a 32 puntos escaso apoyo, mayor o igual a 33 puntos apoyo normal.

La mayoría de pacientes adherentes al tratamiento 27 (57.44%) recibió una puntuación mayor de 33 puntos en la escala de DUKE-UNK lo cual indica un apoyo social y familiar normal, a diferencia de la mayoría de pacientes no adherentes 7 (58.33%) los cuales recibieron una puntuación entre 11 y 32 puntos que indica un apoyo social y familiar escaso.

**Tabla 7. Relación de síntomas extrapiramidales con la adherencia al tratamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Escala de Simpson-Angus** |  **Distonía** |
|  | Menor de 0.3 | Mayor de 0.3 |  Presente |  Ausente |
|  | FA (FR) | FA (FR) | FA (FR) |  FA (FR) |
| **Adherentes al tratamiento** | 22(46.8%) | 25(53.19%) | 3(6.38%%)  |  44(93.61%) |
| **No adherentes al tratamiento** | 6(50%) | 6(50%) | 1(8.3%) |  11(91.66%) |

Simpson y Angus consideraron dentro del rango normal un puntaje menor de 0,3.

De los pacientes adherentes al tratamiento 25 (53.19%) presentaron un puntaje mayor a 0.3 en la escala de Simpson-angus lo cual indica presencia de síntomas extrapiramidales a causa del uso de neurolépticos, así también 3 pacientes (6.38%) presentaron en algún momento después de iniciado el tratamiento acatisia.

De los pacientes no adherentes al tratamiento 6 pacientes (50%) presentaron un puntaje mayor a 0.3 y un paciente (8.3%) presento acatisia.

**Tabla 8. Relación del nivel de insight con la adherencia al tratamiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Adherentes al tratamiento** | **No adherentes al tratamiento** |
| **Escala del insight SUMD** | Valor de 1-3 | Valor mayor de 3 | Valor de 1-3 | Valor mayor de 3 |
|  | FA (FR) | FA (FR) | FA (FR) | FA (FR) |
| **Conciencia de enfermedad global** | 45(95.74%) | 2(4.25%) | 3(25%) | 9(75%) |
| **Conciencia de los síntomas** | 38(80.85%) | 9(19.14%) | 1(8.3%) | 11(91.66%) |
| **Atribución de los síntomas** | 32(68.08%) | 15(31.91%) | 1(8.3%) | 11(91.66%) |

Cada una de las dimensiones se puntúa de 1 (conciencia correcta) a 5(Nula conciencia).

De los pacientes adherentes al tratamiento 45 (95.74%) tenían conciencia de enfermedad global; 38 pacientes (80.85%) tenían conciencia de su sintomatología y 32 pacientes (68.08%) le atribuían sus síntomas a la enfermedad.

Dentro de los pacientes no adherentes al tratamiento solamente 3 (25%) tenían conciencia de su enfermedad; 1 (8.3%) tenía conciencia de sus síntomas y 1 (8.3%) le atribuía sus síntomas a la enfermedad.

VI. DISCUSIÓN

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

Entre los diversos factores estudiados, se encontró que factores como la presentación de reacciones adversas, el nivel académico, nivel de insight y apoyo familiar, son importantes en el momento de evaluar la adherencia farmacológica.

Se encontró que del total de la muestra doce (20.33%) pacientes fueron no adherentes, este porcentaje es menor al encontrado en otros estudios realizados los cuales reportan hasta un 50% de falta de adherencia; esto probablemente se deba a que el tiempo establecido para este estudio fue de un mes y se ha observado que a medida el tiempo de tratamiento se hace más prolongado la adherencia va disminuyendo por diferentes factores.

El 57.44% de los pacientes adherentes recibió un buen apoyo social y familiar y estaban casados o acompañados, a diferencia de los no adherentes en los cuales la mayoría (58.33%) no contaba con un apoyo adecuado y eran solteros.

Ser soltero y contar con apoyo social y familiar deficiente también puede implicar que estos pacientes no tenían tanta gente a su alrededor que estaban directamente
afectados por la enfermedad. Testigos del estresante y perjudicial efecto que la enfermedad psicótica tiene en la vida del paciente también puede servir para reforzar la necesidad de tratamiento. El importante papel que desempeña en la búsqueda de ayuda la familia, en esta población de pacientes, apoya esta afirmación.

Más esfuerzos a mejorar la participación de la familia y otras intervenciones psicosociales pueden lograr un cambio positivo en la actitud del paciente hacia el medicamento con el tiempo.

Los efectos secundarios extrapiramidales en la población de pacientes adherentes y no adherentes tuvieron una distribución bastante similar (53% en los adherentes y 50% en los no adherentes), siendo este un factor poco relacionado con el cumplimiento del tratamiento.

En relación al insight, se observo que del total de pacientes que fueron adherentes el 95% tenía conciencia de enfermedad global, un 80.85% tenía conciencia de los síntomas y 68.08% atribuía dichos síntomas a la enfermedad; en cambio en el grupo de los no adherentes el 75% no tenía conciencia global de la enfermedad, un 91.66% no contaba con conciencia de su sintomatología y el 91.66% no le atribuía dichos síntomas a la enfermedad. Como se observa esto concuerda con la literatura en que a menor conciencia de enfermedad menor adherencia al tratamiento farmacológico, siendo este factor el mayormente relacionado con la falta de adherencia en el presente estudio.

VII. CONCLUSIONES

* Los pacientes que consultaron con un episodio psicótico por primera vez en la unidad de emergencias del Hospital nacional psiquiátrico Dr. José Molina Martínez en el periodo de Junio a Agosto del 2010 presentaron un nivel de adherencia farmacológica alto del 79.66%, esto difiere de la literatura la cual reporta tasas de no adherencia de hasta un 80%.
* Los factores que se relacionaron con una buena adherencia al tratamiento fueron contar con una buena red de apoyo tanto social como familiar así como un nivel alto de conciencia de enfermedad.
* Los factores que se relacionaron con la no adherencia al tratamiento fueron un pobre apoyo sociofamiliar y un bajo nivel de conciencia de enfermedad.
* Los efectos extrapiramidales no tuvieron relación con la adherencia al tratamiento en este estudio.

VIII. RECOMENDACIONES

* Desarrollo de programas de cualificación de los profesionales para la visualización y reconocimiento de los factores que intervienen en la alta tasa de abandono y de la importancia de los factores cognitivos en el aumento de la adherencia.
* Desarrollo de programas de entrenamiento profesional en el manejo de estrategias para el aumento de la adherencia.
* Potencializar los factores los factores que facilitan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que se diagnostican con un episodio psicótico mediante grupos de apoyo, seguimientos terapéuticos y conferencias educativas acerca de su enfermedad, tratamiento y consecuencias de no adherencia, las cuales podrían intervenir negativamente en su proceso de tratamiento.
* Involucrar de manera activa a los familiares y/o personas más cercanas al paciente para que con su colaboración contribuyan al mejoramiento continuo del estado de salud y adherencia al tratamiento farmacológico de su familiar.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Bäuml J, Kissling W, Buttner P, y col. Informationszentrierte Patienten und Angehörigengruppen zur Compliancaverbesserung bei schizophrenen Psychosen. *Vernhaltenstherapie* 1993:3(suppl 1):1-96. Cirici R, Obiols J. La terapia cognitivo-constructivista en el proceso de rehabilitación de la esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1998;25(6):166-71.
2. Cirici R, García M, Obiols J. Estrategias para aumentar la competencia social de los pacientes que sufren esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2001; 28(1):8-15.
3. Colom F, Vieta E. A*spectos clave en el cumplimiento del tratamiento farmacológico.* Interpsiquis, 2002
4. Corrigan, Liberman RP, Engle JD. From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp* *and com psychiatry* 1990;41:1203-11.
5. Costa, M. y López, E.: Salud Comunitaria, Martínez Roca, 1986
6. C. Salavera, Mª Pilar Martinez. Programa educativo de autonomía en medicación Residencia Profesor Rey Ardid (Zaragoza).
7. Delaney C. Reducing recidivism: medication versus psychosocial rehabilitation. *J Psychosoc Nurs Ment* *Helth Serv* 1998;36(11):28-34.
8. D. J. Palao, M. Garrigos, R. Alsina, I. Plá, I. Jódar y C. López. ¿Por qué nos abandonan los pacientes? Análisis de la Desvinculación de Pacientes Psiquiátricos en Tratamiento Ambulatorio. C. S. M. Jaime i Pujadas. Fundación Hospital de Mollet. Barcelona. 1995.
9. Eckman TA. Liberman RP, Philipps CC. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *Journal* *of Clinical Psychopharmacology* 1990;10(1):33-8.
10. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin* 1997; 23(4):637-51.
11. Gaebel W, Pietzcker A. Indikation zur neuroleptischen Langseitmedikation-Standarderfahren oder individualprognostisch geleitete Intervention? *Nervenarzt* 1983; 54:467-76.
12. García Cabeza, E. I. Sánchez Díaz, M. Sanz Amador, M. Gutiérrez Rodríguez, M. González de Chávez. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. Hospital Universitario Madrid. 2001.
13. Gerlach J. Motivos de incumplimiento del tratamiento en pacientes esquizofrénicos. Copenhague: Actas del simposio Lundbeck. 1993.
14. Giner J. y F. Cañas. V Encuentro del Proyecto ADHES (Adherencia terapéutica en la esquizofrenia). *Revista ACCESO*. 2008 OCT.
15. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW (eds). *Compliance in Health Care.* Baltimore, MD: Johns Hopkins UniversityPress, 1979.
16. Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, Kirov G, David A Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172:420-4.
17. Jónsdóttir, H.; Friis, S.; Horne, R.; Pettersen, K. I.; Reikvam, Å.; Andreassen, O. A. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Jan2009, Vol. 119 Issue 1, p78–84, 7p, 4 charts; DOI: 10.1111/j.1600–0447.2008.01279.x; (AN 35622472).
18. Kane JM. Compliance Issues in Outpatient Treatment. *J Clin Psychopharmacology* 1985;5(suppl 3):22-7.
19. Kelly J El impacto de la Medicación Antipsicótica: Estudio de Actitudes y Percepciones. En: Notas de prensa: *Rev* *Psiquatría Fac Med Barna* 1998;25(7):222-3.
20. Miller WR. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98:84–107.
21. Navarro J (coord). I. *El cumplimiento terapéutico.* Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma, 1999.
22. Protocolo de educación a grupos: Pacientes con trastornos esquizofrénicos. Atención Primaria de Mallorca. INSALUD. Baleares
23. S. Sarró Maluquer; E. Pomarol Cloret. Coordinador: J.M. Costa Molinari. Factores que influyen en el cumplimiento terapéutico (2000). (Barcelona)
24. Walitzer, K S; Dermen, K H, Connors, G J. Strategies for preparing clients for treatment. A review. *Behav Modif.* 1999; 23(1):129–151.

X. ANEXOS

GRAFICOS

Características socio demográficas de pacientes adherentes y no adherentes



Relación entre apoyo social y familiar y adherencia. Escala Duke-unk



Relación de síntomas extrapiramidales con la adherencia al tratamiento. Escala de Simpson-Angus



Relación del insight con la adherencia al tratamiento (nivel de conciencia de enfermedad global) Escala SUMD



ESCALAS E INSTRUMENTOS

**Test de Morisky-Green**

*1.* ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

*2.* ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

*3.* Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

*4.* Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir,No/Sí/No/No.

Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la HTA.

Escuchar

Leer fonéticamente

Escuchar

Leer fonéticamente

1. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL: Can simple clinical measurements detect patients noncompliance

Hyperten-sion 1980; 2: 757-76. [↑](#footnote-ref-2)
2. Navarro J (coord). I. *El cumplimiento terapéutico.* Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma,

1999. [↑](#footnote-ref-3)
3. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. [↑](#footnote-ref-4)
4. Navarro J (coord). I. *El cumplimiento terapéutico.* Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma,

1999. [↑](#footnote-ref-5)
5. Delaney C. Reducing recidivism: medication versus psychosocial rehabilitation. *J Psychosoc Nurs Ment Helth Serv* 1998;36(11):28-34. [↑](#footnote-ref-6)
6. Gaebel W, Pietzcker A. individualprognostisch geleitete Intervention? *Nervenarzt* 1983; 54:467-76. [↑](#footnote-ref-7)
7. Corrigan, Liberman RP, Engle JD. From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp and com psychiatry* 1990;41:1203-11. [↑](#footnote-ref-8)
8. Kissling W, ed. *Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia.* Berlín: Springer-Verlag, 1991. [↑](#footnote-ref-9)