

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN LOS MESES DE ENERO
Y FEBRERO DEL AÑO 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:

Bach. JERY ALBERTO VINCHA MOLINA

TACNA – PERÚ

2017

DEDICATORIA:

Con todo mi ser:

A mis queridos padres

AGRADECIMIENTO

A Dios; por guiarme e iluminar mi camino, concederme oportunidades y herramientas para superar momentos difíciles y permitirme acabar mis estudios universitarios.

Mis padres; quienes me apoyaron incondicionalmente brindándome los medios para poder estudiar y salir adelante.

Mis maestros; quienes me incentivaron para seguir adelante y transmitieron sus conocimientos y experiencias.

RESUMEN

Objetivos: Identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo. La población y muestra estuvieron conformados por pacientes con esquizofrenia paranoide que reciben tratamiento farmacológico y son atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipolito Unanue de Tacna que cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: Del grupo de estudio de 108 personas, 90 pacientes (83.2%) consumen a diario las dosis completas de los medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia paranoide viniendo ha ser pacientes adheridos, de estos la mayoría de pacientes son de sexo masculino (58.9%), con edades entre 15-30 años (48.9%), de estado de civil soltero (74.4%), con grado de instrucción de secundaria completa (70%) y pertenecientes a un nivel socioeconómico IV (84.4%). Los medicamentos que son más utilizados por los pacientes son risperidona, fluoxetina y biperideno (65.6%) 80(88.9%) reconocen la enfermedad. Los efectos adversos en el tratamiento como mareos, temblor entre otras no han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos prescritos para su tratamiento.

Conclusiones: Al determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017 concluimos que: un mayor nivel educativo del paciente, la composición del hogar por familiares, el número de citas, un bajo nivel socioeconómico, el hecho de tener conciencia de la enfermedad y el hecho que el paciente sea acompañado a sus citas son factores que influyen en la correcta adherencia al tratamiento.

Abstract

Objectives: Identify the factors associated to the adherence to drug treatment of paranoid schizophrenia in Hipolito Unanue Hospital of Tacna in the months of January and February in 2017.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was made. The population and sample are formed by the patients who have paranoid schizophrenia, that receive pharmacological treatment and that are being assisted by the psychiatry service of Hipolito Unanue Hospital of Tacna that fulfill the inclusion criteria.

Results: Of the 108 people studied, 90 patients (83.2%) take a daily dose of medicine for the paranoid schizophrenia treatment from adhered patients, the majority of patients are male (58.9%), with age between 15-30 years old (48.9%), of single marital status (74.4%), with full secondary education (70%) and belonging to a socioeconomic level IV (84.4%). The medicines that are the most used by patients are respiridone, fluoxetine and biperiden (65.6%), 80 patients (88.9%) are aware of the sickness. The complications in carrying out the treatment suchs as dizziness, tremble and others have not stop the patients in taking their medicines prescribed for the treatment.

Conclusions: Having determined the factors associated to the adherence to drug treatment of paranoid schizophrenia in Hipolito Unanue Hospital of Tacna in the months of January and February in 2017, we conclude that : a high level of education of the patient, home composition by family, the number of dates , a low socioeconomic level , the fact of being conscious of the sickness , and the fact that the patient be accompanied to their dates are factors that influence the correct adherence to treatment.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
--------------------------	----------

CAPÍTULO

I.....	10
---------------	-----------

1.1	Fundamentación del Problema	10
1.2	Formulación del Problema.....	12
1.3	Objetivos de la Investigación.....	12
	1.3.1. Objetivo General.....	12
	1.3.2. Objetivos Específicos.....	12
1.4	Justificación	13

CAPÍTULO II.....	14
-------------------------	-----------

2.1	Antecedentes de la investigación.....	14
2.2	Marco Teorico.....	17
	2.2.1 La esquizofrenia.....	17
	2.2.1.1 Definición.....	17
	2.2.1.2 Epidemiología.....	18
	2.2.1.3 Factores de riesgo.....	18
	2.2.1.4 Tipos.....	19
	2.2.1.5 Diagnóstico.....	21
	2.2.2 Tratamiento.....	23
	2.2.2.1 Efectos secundarios de los antipsicóticos.....	26
	2.2.2.2 Costos de la Enfermedad.....	32

2.2.2.3 Adherencia.....	34
CAPÍTULOS III.....	37
3.1 Hipótesis.....	37
3.2 Operacionalización de las variables.....	37
CAPÍTULO IV.....	41
4.1 Diseño.....	41
4.2 Ámbito de estudio.....	41
4.3 Población y muestra.....	41
4.3.1 Criterios de inclusión.....	42
4.3.2 Criterios de exclusión.....	42
4.4 Instrumentos de recolección de datos.....	42
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	43
5.1. Resultados.....	43
5.2. Discusión.....	73
5.3. Conclusiones.....	75
5.4. Recomendaciones.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	82

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental, cuyas manifestaciones clínicas se inician en la adolescencia o adultez temprana, con anomalías en muchas funciones cerebrales, cuyos síntomas principales son la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos (memoria ejecutiva, atención) y puede ser altamente discapacitante.

La adherencia al tratamiento es muy importante para el éxito en el tratamiento de diversas patologías en las ramas de la medicina, con una significancia relativamente alta en las enfermedades psiquiátricas, ya que la falta de la misma esta implicada en recaídas, aumento de la presencia de síntomas, problemas para el paciente y su entorno, no permitiendo realizar muchas veces actividades de la vida diaria.

Este estudio buscó determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017.

CAPÍTULO I

1.1 Fundamentación del problema

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.(1)

A pesar de las altas tasas de respuesta a la medicación antipsicótica en la fase temprana de la psicosis, considerable variación en el nivel 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 pueden estar asociados 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 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 (2).

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 medicación antipsicótica. De hecho el abandono de la medicación multiplica por cinco el riesgo de recaída (2). 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. (3)

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 visitar al 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 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 qué factores relacionados con la enfermedad y con el paciente, identificados en el tratamiento antipsicótico, pueden estar asociados con la falta de adhesión al tratamiento y así tenerlos en cuenta para evitar el abandono del mismo.

1.2 Formulación del problema

Para el presente estudio se ha formulado la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1: Objetivo general:

- Identificar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Caracterizar al paciente del servicio de psiquiatría con tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017.
- b) Determinar el tratamiento farmacológico más utilizado en los pacientes con tratamiento para esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017.

- c) Identificar los factores, personales, familiares, sociales, que permiten la correcta adherencia tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue en los meses de enero y febrero del año 2017.

1.4.- Justificación:

La esquizofrenia es un trastorno mental que representa un problema de salud pública, y que tiene diversos tratamientos, sin embargo considerando que existen actualmente una gran variedad de medicamentos antipsicóticos de última generación empleados en la práctica clínica diaria para el tratamiento de los pacientes con la esquizofrenia y dado que la adherencia al tratamiento es un elemento determinante en la mejoría de este tipo de pacientes; se ha identificado hace mucho tiempo la no adherencia terapéutica como una situación bastante frecuente; lo que se constituye en un obstáculo determinante en el control de la historia natural de esta patología y de esta manera un problema vigente en salud pública; es por ello que es conveniente identificar aquellas condiciones potencialmente favorables relacionados con la adherencia con la finalidad de que el especialista a cargo tenga la capacidad de poder identificar a aquellos pacientes potencialmente en riesgo de adoptar otra conducta distinta a esta, y de esta manera incidir en la estrategia educativa más conveniente para minimizar la posibilidad de no adherencia al tratamiento y de este modo obtener un mayor control de este trastorno y su morbilidad asociada; permitiendo mejorar la calidad de vida para el paciente y su familia. Debemos considerar que al no haber identificado estudios similares en nuestro medio es que se realizó el presente trabajo.

CAPÍTULO II

2.1. Antecedentes de la investigación:

Amezquita Gomez, et al buscaron determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia para este fin estudiaron 184 pacientes en la Clínica La Paz, en Bogotá entre el período de 2008 – 2009 bajo un diseño de estudio de corte transversal encontrando que la prevalencia de no adherencia fue del 51.2%. Las variables con asociación estadísticamente significativa a la no adherencia al tratamiento farmacológico fueron: pertenecer a los estratos socioeconómicos bajos (RP=1.35; IC 95% 1.01 - 1.79), tener un nivel educativo de primaria (RP= 1.44; IC 95%: 1.07 - 1.93), consumo de sustancias psicoactivas, marihuana (RP=1.80, IC95%: 1.40 – 2.32), tener familiares de primer grado con antecedentes de enfermedad mental (RP=1.48, IC95%: 1.12 -1.94); y el tener madre con antecedente de enfermedad mental (RP=1.77, IC95%: 1.36 - 2.31). Los factores que explicaron la no adherencia con el análisis multivariado fueron: el no haber tenido a tiempo los medicamentos y el no haberlos recibido en su totalidad en el último mes, comportándose como factores con mayor probabilidad de asociación a la no adherencia. Concluyendo que tener antecedentes familiares en primer grado de enfermedad mental, inadecuado acceso a los servicios de salud, consumo de sustancias psicoactivas y efectos adversos aumentan el riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes esquizofrénicos predisponen a un mayor riesgo de no adherencia terapéutica (4).

Giraldo, et al buscaron determinar los factores asociados a la adherencia en pacientes esquizofrénicos atendidos en una institución de salud mental en Cali durante el año 2012, mediante un estudio analítico de casos y controles. La

población de estudio provino de una base de datos secundaria aportada por el Hospital Universitario Psiquiátrico del Valle donde se identificaron según la historia sistematizada, pacientes adherentes y no adherentes. Se seleccionó una muestra probabilística de 15 casos y 30 controles (diseño 1:2) y se les aplicó un cuestionario en forma de entrevista a éstos pacientes o a sus cuidadores. Obteniendo los siguientes resultados: La población de estudio presentó edades entre 21 y 59 años, 57.8% de los pacientes fueron del sexo masculino. Tener una excelente relación con el médico y un excelente conocimiento acerca de la formula medica entregada fueron factores asociados con la buena adherencia. Concluyendo que los hombres presentaron menor adherencia que las mujeres, lo que concuerda con otros estudios en donde los hombres abandonaban 1.5 veces más el tratamiento que las mujeres. Se evidencia la importancia de fortalecer la relación Médico-Paciente para que el proceso terapéutico sea exitoso.

(5)

Angulo Celestino, Alessandro Angelo Nicola buscaron determinar los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura periodo diciembre 2013 – enero 2014 para lo cual llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 90 pacientes psicóticos según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin adherencia terapéutica. Obteniendo los siguientes resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados a adherencia fueron: uso de estupefacientes (OR: 4.04; $p < 0.01$), uso de antidepresivos (OR: 2.74; $p < 0.05$), uso de ansiolíticos (OR: 2.95; $p < 0.05$), nivel socioeconomico bajo (OR: 2.7; $p < 0.05$), menor grado de instrucción (OR: 3.07; $p < 0.01$). Concluyendo que el uso de estupefacientes, de antidepresivos, de ansiolíticos, nivel socioeconomico bajo y menor grado de instrucción son factores asociados a la no adherencia al

tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia del Hospital Cayetano Heredia de Piura periodo diciembre 2013 – enero 2014. (6)

Paucar Ayala Jacqueline, buscó determinar los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Essalud realizando un estudio de corte transversal, donde se entrevistaron a 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, pacientes que se encuentran en condición ambulatoria y con un tiempo de tratamiento mayor o igual a 3 años, en el departamento de psiquiatría de dicha institución, obteniendo los siguientes resultados: adherencia al tratamiento en el 67% de pacientes. La mayoría de entrevistados (78%) no trabaja. Evidenciándose asociación significativa de riesgo entre el no trabajar y la pobre adherencia al tratamiento. El 83% de entrevistados evidenció cambios positivos con la medicación. Se encontró asociación significativa entre los que no percibieron cambios positivos con la medicación y la no adherencia al tratamiento. El 34% no cumple con sus controles periódicos, estando asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento. (7)

Giner, et al buscaron analizar y comparar la opinión respecto a la adherencia y el cumplimiento de una amplia muestra de psiquiatras, enfermos diagnosticados de esquizofrenia y sus familiares. Los psiquiatras consideran que el 56,8% de sus pacientes evaluados fueron incumplidores en el último mes, en contraposición al 43,2% de estos pacientes que se consideran buenos cumplidores. El 95% de los pacientes (n=938) afirmaron haber seguido la medicación regularmente, mientras que el 5% contestó negativamente a esta cuestión. El 82% de los familiares (n=796) piensan que los pacientes toman regularmente su medicación, aunque el 47% indica que a veces la olvidan. Concluyendo la adherencia al tratamiento debería ser evaluada en ensayos clínicos, así como en las investigaciones de tratamiento de enfermedades, particularmente las enfermedades mentales crónicas como la esquizofrenia. (8)

Yasmira Sujey, buscó 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. Obteniendo como resultado que 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. Concluyendo que los 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. (9)

2.2. Marco teórico

2.2.1. La esquizofrenia

2.2.1.1 Definición

La esquizofrenia es un trastorno mental del neurodesarrollo (9) cuyas manifestaciones clínicas se inician en la adolescencia o adultez temprana, con anomalías en muchas funciones cerebrales, cuyos síntomas principales son la alteración en el juicio de realidad, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos (memoria ejecutiva, atención) y puede ser altamente discapacitante (10).

Desde el punto de vista neurobiológico, la esquizofrenia se da, entre otros mecanismos, por una excesiva actividad del circuito dopaminérgico mesolímbico, una desregulación en la función de

los receptores de de N-metil-D-aspartato, un estado proinflamatorio y una alteración de los factores tróficos cerebrales (11). Esto se traduce en atrofia cerebral y disfunción cognitiva a largo plazo.

2.2.1.2. Epidemiología

La esquizofrenia es la decimoséptima causa de años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo y la decimonovena causa en la región (Latinoamérica) estimada para el año 2011 según el último reporte de la carga global de la enfermedad (12). Tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes (13). El Estudio Internacional de Esquizofrenia (International Study of Schizophrenia [ISoS]), realizado por la OMS, encontró diferencias significativas en el pronóstico de los pacientes con esquizofrenia, en relación con su procedencia: los de países en desarrollo tienen un pronóstico significativamente mejor que en países desarrollados o del Primer Mundo (14).

2.2.1.3. Factores de riesgo

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que probablemente surge de una combinación de factores de riesgo, principalmente en pacientes genéticamente vulnerables.

Entre los factores de riesgo asociados a esquizofrenia se incluyen: historia familiar, padre mayor de 60 años, microdeleciones del cromosoma 22q11 o síndrome velocardiofacial (15-16),

exposición prenatal a hambruna (17), exposición prenatal a infecciones como toxoplasmosis, rubeola o influenza (18-21), estrés materno, incompatibilidad Rh (22-23), complicaciones del embarazo o el parto, infecciones del SNC durante la infancia(24), el consumo de cannabis durante la adolescencia o la migración. Nuevos factores de riesgo descritos son: el coeficiente intelectual bajo (reportándose hasta cinco veces más riesgo de esquizofrenia en personas con coeficiente intelectual menor de 70) (25), el ser fumador debido a modulación de mecanismos genéticos (26), el trauma craneoencefálico (27).

Otro concepto relacionado con la etiología de la esquizofrenia son los llamados factores de vulnerabilidad, factores marcadores o endofenotipos. Estos factores, asociados pero no causales, se encuentran tanto en la población enferma como en la vulnerable y en los familiares de los enfermos. Incluyen rasgos biológicos o neuropsicológicos que indican una tendencia genética a desarrollar la enfermedad (28). En el caso de la esquizofrenia se han descrito varios: déficits neurocognitivos como alteraciones en la atención o la memoria, disminución de los movimientos oculares sacádicos, déficit de la identificación olfatoria (28). Estos factores marcadores no son utilizados para realizar tamizaje, pero sirven para llevar a cabo una evaluación más fina de las personas que presentan hallazgos clínicos o factores de riesgo para la esquizofrenia.

2.2.1.4. Tipos

Los tipos de esquizofrenia están definidos por los síntomas que predominan en la evaluación del paciente con esquizofrenia y es

frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo.

- **Esquizofrenia paranoide:** La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes y alucinaciones auditivas sin claras alteraciones en la afectividad, en el lenguaje y sin mostrar un comportamiento catatónico asociado. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de perjuicio o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática aunque suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.

- **Esquizofrenia desorganizada:** Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y unas alteraciones en las emociones marcadas. Puede haber ideas delirantes y alucinaciones, pero están no suelen estar organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Habitualmente, este subtipo está asociado a un inicio temprano y a un curso continuo. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico.

- **Esquizofrenia catatónica:** La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo o peculiaridades del movimiento voluntario. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber desde el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido hasta una adopción de posturas raras o inapropiadas. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras causas u enfermedades.

- **Esquizofrenia residual:** El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es acusada la existencia de ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o un lenguaje desorganizados, sobresaliendo principalmente los síntomas negativos (aislamiento emocional, social, pobreza del lenguaje, falta de interés.).

- **Esquizofrenia indiferenciada:** cuando una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama indiferenciada.

2.2.1.5. Diagnóstico

Para hacer el diagnóstico de esquizofrenia hay que tener en cuenta las características del cuadro clínico, la historia del paciente, evaluar antecedentes y factores de riesgo, así como descartar otras causas de los síntomas. Hay que recordar que en todas las clasificaciones para el diagnóstico de la esquizofrenia se enfatiza

que los síntomas no deben ser causados por consumo de sustancias, lesiones cerebrales o enfermedades médicas. Es importante conocer y realizar el diagnóstico diferencial.

Existen dos sistemas de clasificación de enfermedades que proveen criterios para la formulación del diagnóstico: la *CIE-10* —el sistema de referencia vigente y la clasificación que provee la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), que es de amplio uso en la práctica clínica.

Los síntomas que caracterizan este trastorno mental son:

a. *Síntomas positivos*

- Alucinaciones: percepción sensorial falsa que ocurre en ausencia de un estímulo externo de la modalidad sensorial involucrada. Pueden ser: visuales, auditivas, olfatorias, táctiles, cenestésicas.
- Ideas delirantes: creencia falsa, basada en una inferencia incorrecta sobre la realidad externa, que es sostenida firmemente a pesar de pruebas objetivas y obvias que refutan la creencia, y a pesar de que otros miembros de la misma cultura no comparten esta creencia. Las más comunes en esquizofrenia son ideas delirantes persecutorias y de pasividad.
- Pensamiento desorganizado.
- Conductas desorganizadas o inusuales: movimientos más lentos, gestos repetitivos, movimientos ritualistas; catatonia.

b. *Síntomas negativos*

- Embotamiento o aplanamiento afectivo. Restricción en el rango e intensidad de la expresión emocional.

- **Abulia:** disminución persistente del deseo o motivación; restricción en la iniciación o mantenimiento de un comportamiento dirigido a un objetivo.
- **Anhedonia:** incapacidad para experimentar placer.
- **Alogia:** restricción en la fluencia y productividad del lenguaje.

c. Otros síntomas

Quejas somáticas, preocupaciones excesivas por síntomas específicos, dismorfofobias, interés súbito en temas abstractos —filosóficos, religiosos u ocultos—, ansiedad, deterioro cognitivo y síntomas motores (ejemplo: catatonía).

2.2.2. Tratamiento

El tratamiento moderno de la esquizofrenia tiene su origen a principios de la década de 1950, cuando Deniker y Delay informaron sobre los efectos antipsicóticos de la Clorpromacina. Este fármaco se introdujo en 1954 en Estados Unidos, y fue seguido durante las siguientes tres décadas por varios más como la Flufenazina, el Haloperidol, la Perfenazina y la Tioridacina, con efectos terapéuticos similares. Todos estos fármacos, denominados antipsicóticos de primera generación, bloquean los receptores cerebrales postsinápticos de la dopamina. Estos medicamentos también interactúan con otros sistemas neurotransmisores a los cuales se atribuyen los principalmente efectos secundarios en lugar del efecto antipsicótico que busca.

La introducción de una segunda generación de fármacos antipsicóticos se inició en 1990 con la Clozapina, que fue aprobada por la FDA (Food and Drug Administration de los

Estados Unidos), tras demostrarse que tenía una eficacia mayor que la Clorpromacina en pacientes con síntomas resistentes. Sin embargo, el riesgo significativo de agranulocitosis y otros efectos secundarios potencialmente mortales de la Clozapina limitaron en gran medida su uso. Además de este medicamento dentro de esta clasificación se encuentra la Risperidona, la Olanzapina, la Quetiapina, la Ziprazidona y el Aripiprazol, los cuales pretendían mimetizar la efectividad de la Clozapina sin el riesgo de agranulocitosis. Estos medicamentos, también afectan los receptores postsinápticos de la dopamina, pero gracias a otras acciones farmacológicas influyen significativamente sobre sus efectos terapéuticos y secundarios, como lo son sus efectos antagonistas de los receptores serotoninérgicos centrales que se unen a los receptores de Dopamina (D2).

A. Antipsicóticos típicos o de primera generación

Son medicamentos utilizados para el tratamiento de las diversas formas de esquizofrenia. También se utilizan en la manía y cuadros de agitación entre otros. Los antipsicóticos clásicos se caracterizan por ser antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos, aunque también actúan sobre receptores de otros neurotransmisores (adrenérgicos, muscarínicos, serotoninérgicos, etc.). Los fármacos de potencia elevada (Haloperidol y Flufenazina), tienen un riesgo alto de efectos secundarios extrapiramidales, moderado de sedación y bajo efecto anticolinérgico (boca seca, constipación, visión borrosa) y antiadrenérgica (hipotensión arterial). Los fármacos de baja potencia (Clorpromacina y Tioridacina), tienen un riesgo

menor de efecto secundario extrapiramidal y alto de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos.

Estos fármacos al no actuar sobre la vía dopaminérgica mesocórticoprefrontal de autorreceptores dopaminérgicos, prácticamente no tendrían eficacia terapéutica sobre los síntomas negativos primarios.

El efecto sedativo de los antipsicóticos clásicos puede ser interesante para otras indicaciones y así, en pacientes agitados o de elevado nivel de ansiedad, los antipsicóticos de alto poder sedativo (Clorpromacina, Levopromacina, Tioridacina) son los fármacos de elección. Si se precisa de un efecto inmediato de emergencia se prefiere el uso de Haloperidol en administración parenteral, el cual controla la agitación aunque podría provocar efectos extrapiramidales importantes.

B. Antipsicóticos atípicos o de segunda generación

Se han desarrollado una serie de nuevos fármacos antipsicóticos buscando el aumento de la selectividad antidopaminérgica (como Sulpiride, Amisulpride) o medicamentos que sean antiserotonérgicos y antidopaminérgicos (como Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina y Ziprasidona). Estos fármacos se llaman antipsicóticos atípicos y se caracterizan por tener una baja incidencia de extrapiramidalismo, posible incremento de la eficacia, utilidad en síntomas negativos y menor incremento de la prolactina.

El bloqueo simultáneo de los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos por los nuevos antipsicóticos se traduce en una acción eficaz tanto sobre los síntomas positivos como sobre los negativos. Entre las características que tienen los nuevos antipsicóticos podríamos enumerar que son eficaces tanto sobre los síntomas positivos como negativos, son eficaces en pacientes resistentes a tratamientos clásicos, son eficaces en las formas agudas y crónicas, producen menos efectos indeseables (afectan menos a la prolactina y tienen pocos efectos extrapiramidales y, al parecer, poca incidencia de discinesia tardía).

2.2.2.1. Efectos secundarios al tratamiento:

Efectos extrapiramidales

Los efectos secundarios extrapiramidales inducidos por los antipsicóticos pueden aparecer de manera aguda o después de un tratamiento de larga duración.

Los antipsicóticos de primera generación especialmente los neurolepticos de elevada potencia, tienen una mayor probabilidad de provocar efectos secundarios extrapiramidales que los de segunda generación cuando se utilizan a dosis terapéuticas habituales.

Los efectos secundarios extrapiramidales agudos incluyen acatisia, el parkinsonismo y la distonía.

La acatisia es una sensación subjetiva de desasosiego acompañada de movimientos inquietos, habitualmente de las piernas o los pies, es la forma más habitual de efectos secundarios extrapiramidales. La acatisia grave puede diagnosticarse cuando

el paciente camina a ritmo demasiado rápido, mueve los pies de manera inquieta o se muestra incapaz de permanecer sentado. Esta condición debe diferenciarse de la agitación psicótica, que a menudo es una respuesta a alucinaciones o delirios, pero que también puede representar hostilidad relacionada con psicosis aguda o un aumento de la actividad motora, asociada con excitación catatónica. Puede que los pacientes que experimentan formas más leves de acatisia no muestren ninguna evidencia de incremento de la actividad motora, pero quizá experimenten una sensación desagradable de desasosiego, similar subjetivamente a la ansiedad. Cuando se inicia el tratamiento con un nuevo fármaco antipsicótico o cuando se aumenta la dosis, debería observarse a los pacientes de cerca. La acatisia grave inexorable, se ha asociado a mayor riesgo de conductas suicidas. Si se tratan los síntomas de la esquizofrenia adecuadamente, la disminución de la dosis de antipsicóticos es una primera estrategia factible para reducir la acatisia. Otra estrategia habitual, consiste en cambiar a un antipsicótico con menor probabilidad de provoca acatisia, como los de segunda generación. El tratamiento farmacológico de la acatisia incluye los beta bloqueantes, los agentes anticolinérgicos o las benzodiazepinas. La evidencia de los ensayos controlados no es adecuada para comparar la eficacia de los diversos tratamientos de la acatisia.

El parkinsonismo inducido por fármacos o pseudoparkinsonismo puede incluir los síntomas clásicos de la enfermedad de Parkinson como el temblor, rigidez muscular y reducción de los movimientos espontáneos (bradicinesia), así como enlentecimiento cognitivo y apatía. Las formas más leves de parkinsonismo pueden incluir una reducción de la expresión

gestual, de la expresividad facial y del balanceo de los brazos. El reconocimiento y manejo del parkinsonismo son importantes porque frecuentemente se asocian a una mala adhesión a los regímenes de tratamientos con antipsicóticos. La estrategia inicial contra los efectos secundarios parkinsonianos consiste en disminuir la dosis de antipsicóticos si es factible. Los tratamientos farmacológicos habituales del parkinsonismo incluyen los medicamentos anticolinérgicos. Otra estrategia habitual consiste en cambiar a un antipsicótico que se asocie a una menor probabilidad de provocar parkinsonismo, como los de segunda generación.

Las distonías son espasmos musculares intermitentes o sostenidos y posturas anómalas que afectan principalmente la musculatura de la cabeza y el cuello, y ocasionalmente también al tronco y a las extremidades inferiores. Las formas de distonías habituales incluyen posición anómala del cuello, dificultad para tragar (disfagia), lengua hipertónica o agrandada y desviaciones de los ojos (crisis oculogiras). Normalmente estas reacciones que pueden resultar dolorosas y dramáticas aparecen durante los primeros días de tratamiento con fármacos antipsicóticos y en ocasiones suceden en minutos u horas. En general, se producen con los antipsicóticos de primera generación de alta potencia, especialmente cuando se administran a dosis sustanciales a pacientes sin antecedentes de ingesta de estos fármacos. Por este motivo, se recomienda un tratamiento profiláctico con uno o dos mg de Biperideno cuando se inicia un tratamiento con antipsicótico de primera generación del alta potencia a dosis elevadas, lo que puede resultar necesario en situaciones de emergencia. Las reacciones distónicas en adultos se tratan con

Difenhidramina o Biperideno, se pueden utilizar por vía intramuscular para dar un alivio rápido ante las molestias generadas por las distonías.

Síndrome Neuroléptico Maligno

El síndrome neuroléptico maligno, otro efecto secundario neurológico, se caracteriza por rigidez, hipertermia, alteraciones del estado mental e inestabilidad autonómica. La incidencia a lo largo de la vida del síndrome neuroléptico maligno entre usuarios de antipsicóticos es de aproximadamente un 0.2 % (Caroff, 2003). La hipertermia y la rigidez muscular grave pueden llevar a la rabdomiolisis y a la insuficiencia renal, y los niveles séricos de creatinquinasa pueden aumentar de manera espectacular. Los factores de riesgo del síndrome neuroléptico maligno incluyen el aumento rápido de la dosis de antipsicóticos de primera generación, la administración por vía parenteral y la disfunción neurológica subyacente. Probablemente, el síndrome neuroléptico maligno es menos frecuente con los fármacos de segunda generación que con los de primera, pero la incidencia provocada por los antipsicóticos de primera generación puede estar disminuyendo debido a que actualmente se utilizan dosis menores que en el pasado. Si no se trata puede llegar a resultar fatal.

Discinesia tardía y otros síndromes tardíos

La discinesia tardía y otros síndromes tardíos (de inicio tardío), son movimientos involuntarios, repetitivos, no intencionados, hipercinéticos y anómalos de la boca, lengua, cara, tronco y extremidades, que se presentan durante la terapia de larga duración con fármacos antipsicóticos o después de la

interrupción de esta. Los movimientos orales y faciales tienen lugar en unas tres cuartas partes de los pacientes con discinesia tardía e incluyen relamerse y fruncir los labios, sorber y hacer muecas. También pueden producirse movimientos irregulares de las extremidades, especialmente de los dedos de las manos y de los pies, parecidos a los de la coreoatetosis, y lentos retorcimientos del tronco. Cuando es grave, la discinesia tardía provoca desfiguración. Además de la discinesia tardía se han descrito distonías tardías y acatisia tardía.

La discinesia tardía aparece con una tasa del 4 a 5 % anual en la población adulta no geriátrica que toma un antipsicótico de primera generación. El riesgo puede ser 5 o 6 veces mayor en los ancianos, y hay datos que sugieren que hasta el 29 % de los pacientes ancianos puede desarrollar discinesia tardía cada año.

El tratamiento de la discinesia tardía no ha tenido demasiado éxito, pero algunos resultados de ensayos controlados sugieren que la vitamina E, un antioxidante puede ser útil en los casos menos graves. Los antipsicóticos de segunda generación, especialmente la Clozapina han sido utilizados para tratar la discinesia tardía, pero no se han llevado a cabo ensayos clínicos metodológicamente rigurosos que apoyen esta práctica. La estrategia clínica recomendada consiste en usar la menor dosis posible de antipsicóticos que sea efectiva y considerar la sustitución por un medicamento con menor riesgo de discinesia tardía.

Efectos metabólicos

Mucho se ha dicho sobre este tema y aun sigue siendo algo polémico, si bien como se menciona previamente los

antipsicóticos atípicos tienen un mejor perfil de efectos extrapiramidales y una baja incidencia de disquinesia tardía el efecto negativo sobre el metabolismo de los paciente que lo consumen es mayor que con el uso de los antipsicóticos mas viejos o típicos

La diabetes es más prevalente en individuos con esquizofrenia que en la población general. Esto puede estar relacionado con las altas tasas de obesidad que se asocian con la esquizofrenia o con una posible asociación de la esquizofrenia con la resistencia a la insulina. Algunas evidencias sugieren que, potencialmente, los antipsicóticos aumentan el riesgo de diabetes. Esto puede ser el resultado de un aumento de peso asociado con el antipsicótico o de un efecto directo de este fármaco sobre la resistencia a la insulina. Casi toda la atención se ha centrado en los antipsicóticos de segunda generación, aunque es probable que los de primera también presenten diferencias entre ellos en la tendencia a provocar aumento de peso y diabetes.

Con respecto a la dislipidemia, los niveles elevados de colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos pueden explicar, en parte, el alto riesgo de enfermedad coronaria que se observa en la esquizofrenia. Los estudios sobre antipsicóticos de segunda generación indican que la tendencia de estos agentes a causar aumento de peso también se asocia con su riesgo de empeorar los niveles de lípidos plasmáticos.

Los antipsicóticos de primera generación y la Risperidona elevan los niveles plasmáticos de prolactina mediante el bloqueo de los receptores de dopamina en la hipófisis anterior.

Las consecuencias pueden incluir disminución de la libido, anorgasmia, amenorrea, galactorrea y ginecomastia. Los antagonistas de los receptores de la dopamina como los antipsicóticos de primera generación, se han asociado con mayor riesgo de cáncer de mama, posiblemente relacionado con la elevación de la prolactina. Cada vez hay mas evidencias que sugieren que niveles elevados de prolactina aumentan el riesgo de osteoporosis mediante una reducción de los niveles de estrógenos.

2.2.2.2. Costos de la enfermedad

Se reporta que a nivel internacional el costo de la esquizofrenia abarca aproximadamente 1% a 2% del presupuesto de cada nación en salud (29). En cuanto a los costos locales y regionales, son escasos los estudios de costo económico en esquizofrenia en América Latina. En una revisión sistemática se hallaron los costos de este trastorno en Puerto Rico, donde el costo total (todos los costos asociados a la enfermedad, directos e indirectos) es de 266 millones de dólares y el costo directo es de 60 millones, adoptando un abordaje basado en la incidencia. Cuando se compara con los costos de otros países, se observa que es menos de la mitad de los costos de la esquizofrenia en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, entre otros (30). En ese mismo estudio se informa que el costo total de la esquizofrenia por paciente por año en México son 1.230 dólares, cifra que al ser comparada con los otros países, está entre la mitad y un tercio de los costos (30).

Los costos de la esquizofrenia se pueden dividir en directos e indirectos. Los costos directos se refieren al tratamiento intrahospitalario, tratamiento ambulatorio y a largo plazo, y costo

de los medicamentos. Los costos indirectos se refieren a la pérdida de la productividad de los pacientes con esquizofrenia, sus familias y cuidadores.

La esquizofrenia genera altos costos para los sistemas de salud, representa el 1,9% del presupuesto sanitario total en los países europeos el 2,5% del presupuesto sanitario de Estados Unidos (31). En España se afirma que el 80% del costo de la enfermedad está a cargo de los familiares de los pacientes, pues solo se atienden en el sistema de salud del 25% al 30% del total de afectados y además se estima que el porcentaje tratado solo lo es parcialmente (32).

La mayoría de los costos directos en la esquizofrenia se deben a las hospitalizaciones por episodios nuevos o por recaídas. Por lo menos la mitad de las recaídas son prevenibles, pues se atribuyen a mala adherencia al tratamiento o a falta de eficacia del tratamiento antipsicótico, por lo que si se controla adecuadamente a esta población, se pueden reducir las hospitalizaciones y así los costos directos e indirectos de la enfermedad. En España los costos por hospitalización de trastornos psicóticos van de 0,9 a 270 millones de euros, dependiendo de la duración de la hospitalización (33).

El costo de la esquizofrenia en Estados Unidos en 2002 se estimaba en 62,7 billones de dólares (22,7 billones de costo indirecto); comparado con los datos de 1991, a pesar de que la mayor parte del costo de la esquizofrenia se debe al tratamiento intrahospitalario, la diferencia con respecto al costo ambulatorio ha disminuido, pues el costo del tratamiento a largo plazo y el

de los medicamentos ha aumentado (34).

La adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas de cualquier especialidad oscila entre el 43% y el 78% (35) y tiene un costo aproximado en Estados Unidos de 300 billones de dólares por año (36). Las tasas de adherencia en esquizofrenia son muy variables según los estudios: en una revisión de 10 de ellos publicados se ha estimado una tasa media del 41,2% (37) y a la mala adherencia a los medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia se le atribuye hasta el 22% de todos los costos por enfermedades mentales (38).

Otro aspecto relevante en los costos de la enfermedad es el de los AP: en primer lugar, su producción ha causado un gran desarrollo de la industria farmacéutica y la aparición de nuevos medicamentos implica mayores costos. Los gastos de los sistemas de salud en medicamentos AP han aumentado aproximadamente 20 veces con respecto a lo que se gastaba hace diez años; esto se relaciona con que los AP atípicos cuestan de cinco a 30 veces más que los AP típicos (39).

2.2.2.3 Adherencia

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.

Las consecuencias de la falta de la adherencia son: una calidad de vida de la persona alterada, un correcto control de la enfermedad, generar una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento, puede incluso inducir a la aparición de efectos secundarios o intoxicaciones, aumentar las posibilidades de fallecimiento, supone un incremento de los recursos socio-sanitarios. Desde un punto de vista médico, puede hacer que los tratamientos lleguen a ser ineficaces por la aparición de resistencias o favorecer la mayor virulencia de la enfermedad.

El problema de la adherencia al tratamiento afecta a todos los agentes del sistema sanitario:

Al paciente con un desconocimiento de la enfermedad, dificultad para entender las pautas del médico, miedo a los posibles efectos adversos, o sentir ni percibir el riesgo que representa para su salud, bajas expectativas de mejora y una escasa implicación en la toma de decisiones sobre su salud.

Al profesional sanitario la dificultad para adaptar el tratamiento a la realidad y necesidades del paciente y un escaso tiempo para la persona que acude a la consulta.

Al sistema sanitario la dificultad del sistema para favorecer la mayor formación y escasas medidas de intervención efectivas para mejorar la adherencia.

Al tratamiento con complejidad del tratamiento: administración de varios medicamentos, terapias prolongadas, fracaso de tratamientos previos, cambios en la terapia prescrita.

CAPÍTULO III

3.1. Hipótesis

- a) Existen factores sociales, económicos, familiares, adversos a los fármacos y al propio paciente que permiten llevar a cabo un correcto tratamiento farmacológico.

3.2 Operacionalización de las variables

Variables estudiadas	Escala o categoría	Escala de medición
Género	Masculino	Nominal
	Femenino	
Edad	15-30	Ordinal
	31-45	
	46-60	
	61-75	
Estado Civil	Soltero	Nominal
	Casado	
	Conviviente	
	Viudo	
Nivel educativo	Analfabeta	Ordinal
	Primaria incompleta	
	Primaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Técnico Completa	
	Técnica Incompleta	
	Superior incompleta	
	Superior completa	
Nivel socioeconómico	I	Ordinal
	II	
	III	
	IV	

	V	
Ocupación	Si	Nominal
	No	
Desempeño laboral	Excelente	Nominal
	Sobresaliente	
	Bueno	
	Aceptable	
	No trabaja	
Consumo de alcohol	Si	Nominal
	No	
Consumo de sustancias psicoactivas	Cigarrillos	
	Marihuana	
	Cocaína	
	Extasis	
	No	
Medicamentos entregados a tiempo en el último mes	Si	Nominal
	No	
Entrega completa de medicamentos en el último mes	Si	Nominal
	No	
Frecuencia de entrega total de medicamentos de el último año por parte de la EPS	Siempre	Ordinal
	Casi Siempre	
	Algunas veces	
	Casi nunca	
	Nunca	
Consumo a diario de medicamentos a dosis completas	Siempre	Ordinal
	Casi siempre	
	Algunas veces	
	Casi nunca	
	Nunca	
Número de días que dejó de tomar el medicamento en el último mes	0 días	Ordinal
	1 – 5 días	
	6 – 10 días	
	11 – 15 días	
	16 – 20 días	

	21 – 30 días	
Ha suspendido el medicamento por efectos adversos	Si	Nominal
	No	
Medicamentos	Haloperidol	Nominal
	Clozapina	
	Risperidona, olanzapina y quetiapina	
	Otros medicamentos	
Efectos adversos	Mareo	Nominal
	Temblor	
	Rigidez	
	Estreñimiento	
	Vision borrosa	
	Problemas sexuales	
	Otros efectos	
	Ningun efecto	
Reconoce la enfermedad	Si	Nominal
	No	
Familiares con enfermedad mental	Padre	Nominal
	Madre	
	Hermanos	
	Abuelos	
	Tios	
	Hijos	
	Otros Familiares	
	Ningún familiar	
Edad de inicio de sintomas	Numérica	Discreta
Cumplimiento de citas	Si	Nominal
	No	
Nº de consultas en el último año	1	Ordinal
	2	
	3	
	4	

	5	
	6 ó +	
Nº de hospitalizaciones por enfermedad mental	0	Ordinal
	1 a 5	
	6 a 10	
	11 a 15	
	+ de 15	
Familiares con que vive	Espos(a)	Nominal
	Hijos	
	Padre	
	Madre	
	Hermanos	
	Abuelos	
	Tíos	
Otros familiares		
Socialización	Siempre	Ordinal
	Casi siempre	
	Algunas veces	
	Casi nunca	
	Nunca	
Lo acompañan familiares a la consulta	Siempre	Ordinal
	Casi Siempre	
	Algunas veces	
	Casi nunca	
	Nunca	
Antecedentes de suicidio	Si	Nominal
	No	

CAPÍTULO IV

4.1 Diseño

Se realizó un estudio de corte transversal – descriptivo. Obteniendo información directamente mediante la aplicación de un cuestionario a los pacientes y/o cuidadores de los mismos con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que son tratados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.2 Ámbito de estudio

La investigación se desarrollará en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna que fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inicio sus funciones al Servicio de Salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo, con una capacidad inicial de 315 camas y otros servicios adicionales como vivienda y alojamiento para Médicos y Enfermeras.

El primero de una serie de Hospitales Regionales cuya ejecución abordó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, consta de un pabellón de 5 pisos y sótano en el que está incluido el núcleo asistencial y la Unidad Sanitaria. Se realizó la investigación específicamente en las áreas del servicio de psiquiatría, en donde son atendidos los pacientes ya sea consulta externa, hospital de día y hospitalización.

4.3 POBLACION Y MUESTRA:

a) Población:

Esta constituida por 300 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide atendidos por el servicio de psiquiatría en cualquiera de sus prestaciones durante los meses de enero y febrero en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

b) Muestra:

Consta de 108 pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres entre 10 y 65 años de edad con Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, valorados durante el periodo del estudio, en el servicio de consulta externa y hospitalización del Hospital Hipolito Unanue de Tacna.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades neurológicas, retardo mental y pacientes que suministraran información inconsistente o incompleta, y que no se pudiera completar con la historia clínica o con información del cuidador.

4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (ver anexos)

- Se recolectó los datos a través de una encuesta a la cual se le practicaron pruebas piloto para detectar errores en el instrumento y en el lenguaje utilizado. Se consideró a los niveles económicos según a las categorías establecidas por el INEI respecto a ingresos económicos por familia.

4.5 Procedimiento de análisis de datos

La información se procesó y tabuló en una base de datos creada en Excel. La presentación de análisis de datos generados por los cuestionarios, se obtuvo por medio de un modelo estadístico – analítico y se utilizó el SPSS.

CAPITULO V
RESULTADOS

CUADRO 1

Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento Farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, según pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos.

Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	1,9%
Casi Nunca	6	5,6%
Algunas Veces	4	3,7%
Casi Siempre	6	5,6%
Siempre	90	83,2%
Total	108	100,0%

Fuente: Encuesta.

Análisis e interpretación del Cuadro 1

En el Cuadro 1, reúnen los indicadores, según Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos, en los factores asociados a la adherencia al Tratamiento Farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, donde se puede apreciar que el 83,2% consumen la dosis completa siempre, considerándose a estos como pacientes adheridos, también se observa que el 5,6% consume casi siempre, 3,7% algunas veces, y 1,9% nunca.

CUADRO 2:

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, **según Sexo.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	53	58,9%
Femenino	37	41,1%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta.

Análisis e interpretación del Cuadro 2

El Cuadro 2, reúne los indicadores, según sexo, de los pacientes adheridos que están con tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, donde se puede apreciar que el 58,9% es de sexo masculino y el 41,1% es de sexo femenino.

CUADRO 3

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, **según Edad.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 30 Años	44	48,9%
31 a 45 Años	34	37,8%
46 a 60 Años	10	11,1%
61 a 75 Años	2	2,2%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del Cuadro 3.

El cuadro 3, reúne los indicadores, según edad, de los pacientes adheridos con tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, donde se puede apreciar que el 48.9% están entre la edad 15 a 30 Años, el 37,8% están entre la edad de 31 a 45 años, el 11,1% están entre la edad de 46 a 65 años y finalmente el 2,2% están entre 61 a 75 años.

CUADRO 4

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	3	3,3%
Soltero	67	74,4%
Separado	17	18,9%
Viudo	1	1,1%
Conviviente	2	2,3%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 4.

El cuadro 4, reúne los indicadores, según estado civil, de los pacientes adheridos con tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, donde se puede apreciar que el 74,4% es soltero, el 18,9% se observa que están separados, el 3,3% que son casados, el 2,3% se observa que es conviviente, y finalmente el 1,1% se observa que es viudo.

CUADRO 5

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según **Nivel Educativo**.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	1	1.1%
Primaria Completa	2	2.2%
Secundaria Incompleta	12	13,3%
Secundaria Completa	63	70,0%
Superior Técnico Incompleto	7	7,9%
Superior Técnico Completo	2	2,2%
Superior Universitario Incompleto	2	2,2%
Superior Universitario Completo	1	1,1%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 5.

El cuadro 5, reúne los indicadores, según nivel educativo, de los pacientes adheridos con tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, donde se puede apreciar que el 70,0% tienen secundaria completa, el 13,3% tienen nivel secundaria incompleta, el 2,2% tienen primaria completa, superior técnico completo y superior universitario incompleto, y finalmente el 1,1% tienen superior universitario completo y primaria incompleta.

CUADRO 6

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según **Estrato Socioeconómico**.

Estrato Socioeconómico actual del paciente	Frecuencia	Porcentaje
I	1	1,2%
II	2	2,2%
III	9	10,0%
IV	76	84,4%
V	2	2,2%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 6.

El cuadro 6, reúne los indicadores, según estrato socioeconómico, de los pacientes adheridos con tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, donde se puede apreciar que el 84,4% están en el estrato IV, el 10,0% están en el estrato III, el 2,2% están en el estrato II y V y finalmente el 1,2% están en el estrato I.

CUADRO 7

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según **si el paciente consumió bebidas alcohólicas hace cuanto tiempo la última vez.**

Paciente consumió bebidas alcohólicas la última vez	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha Consumido	77	85,6%
4 a 14 Días	1	1,1%
20 a 25 Días	3	3,3%
2 a 3 Meses	4	4,4%
4 a 20 Años	5	5,6%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 7.

El cuadro 7, reúne los indicadores, de los pacientes adheridos según si consumió bebidas alcohólicas hace cuanto tiempo la última vez, donde se puede apreciar que el 85,6% mencionan que nunca han consumido alcohol, 5,6% mencionan que han consumido de 4 a 20 años atrás, el 4,4% mencionan que han consumido de 2 a 3 meses atrás, 3,3% consumieron entre 20 a 25 días atrás y finalmente 1.1% consumieron entre 4-14 días atrás.

CUADRO 8

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según **si el paciente ha tenido sus medicamentos psiquiátricos a tiempo.**

El paciente ha tenido todos sus medicamentos psiquiátricos a tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	100.0%
No	0	0,0%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 8.

El cuadro 8, reúne los indicadores, según si el paciente adherido, ha tenido sus medicamentos psiquiátricos a tiempo, el 100,0% mencionan que ha tenido sus medicamentos a tiempo.

CUADRO 9

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según frecuencia de haber entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente durante el último año.

Frecuencia de haber entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	1	1,1%
Algunas Veces	6	6,7%
Casi Siempre	38	42,2%
Siempre	45	50,0%
Total	90	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación del cuadro 9.

El cuadro 9, reúne los indicadores, según frecuencia de haber entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente adherido por parte de la institución, donde se puede observar que: el 50,0% refiere que siempre le han entregado sus medicamentos, 42,2% refiera que casi siempre, el 6,7% mencionan que le entregan algunas veces y finalmente el 1,1% se entregan casi nunca.

CUADRO 10

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según Consumo de medicamentos para su enfermedad mental

Consumo de medicamentos para su enfermedad mental	Frecuencia	Porcentaje
Haloperidol	2	2,2%
Clozapina	6	6,7%
Risperidona	15	16,6%
Risperidona, Fluoxetina y Biperideno	59	65,6%
Flufenazina	7	7,8%
Clozapina, Risperidona, Fluoxetina y Biperideno	1	1,1%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 10.

El cuadro 10 reúnen los indicadores, según Consumo de medicamentos de los pacientes adheridos, que tienen tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue, el 65,6% de los pacientes consumen Risperidona, Fluoxetina y Biperideno, el 16.6% de los Pacientes consumen Risperidona, el 7,8% consumen flufenazina, 6,7% clozapina, 2,2% haloperidol y 1,1% consumen Haloperidol y Clozapina, Risperidona, Fluoxetina y Biperideno.

CUADRO 11

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según efectos adversos.

Efectos adversos	Frecuencia	Porcentaje
Mareos	12	13,3%
Rigidez	4	4,4%
Estreñimiento	5	5,6%
Visión Borrosa	5	5,6%
Otros	4	4,4%
Ninguna	60	66,7%
Total	90	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación del cuadro 11.

El cuadro 11 reúnen los indicadores, según efectos adversos que han presentado los pacientes adheridos con tratamiento, donde se puede observar que el 66,7% mencionan que no han tenido ningún efecto adverso, el 13,3% mencionan que han presentado mareos, el 5,6% refiere han presentado estreñimiento y visión borrosa y 4,4% mencionan que han tenido rigidez y otros síntomas.

CUADRO 12

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según reconocimiento del paciente de su enfermedad.

Reconocimiento del paciente de su enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	88,9%
No	10	11,1%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 12.

El cuadro 12 reúne los indicadores, según reconocimiento del paciente adherido de su enfermedad, donde se puede observar que el 88,9% reconoce su enfermedad y 11,1% no reconoce su enfermedad.

CUADRO 13

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según familiares que tuvieron enfermedad mental.

Familiares del paciente tienen o tuvieron enfermedad mental	Frecuencia	Porcentaje
Padre	4	4,4%
Madre	8	8,9%
Hermano(a)	6	6,7%
Abuelos	2	2,2%
Tíos(a)	5	5,6%
Otros Familiares	2	2,2%
Ningún Familiar	63	70,0%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 13.

El cuadro 13 reúnen los indicadores, según familiares que tuvieron o tienen enfermedad mental de los pacientes adheridos, donde se puede observar que el 70,0% se observa que no tienen ningún antecedente familiar, 8,9% tuvo un antecedente por parte la madre, 6,7% tuvieron el hermano, 5,6% tíos, 4,4% padre y 2,2% abuelos.

CUADRO 14

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según Familiares del paciente con enfermedad mental, vive en casa.

Familiares del paciente con enfermedad mental, vive en casa	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	12,2%
No	79	87,8%
Total	90	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación del cuadro 14.

El cuadro 14 reúnen los indicadores, según familiares del paciente adherido con enfermedad mental vive en casa con los pacientes, se puede observar que el 87,8% se observa que no vive en casa del paciente y 12,2% se observa que si vive en casa del paciente.

CUADRO 15

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según edad del paciente cuando se iniciaron los síntomas de su enfermedad mental.

Edad del paciente cuando se iniciaron los síntomas de su trastorno mental	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20 Años	42	46,7%
21 a 25 Años	12	13,3%
26 a 30 Años	33	36,7%
31 a 35 Años	3	3,3%
Total	90	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación del cuadro 15.

El cuadro 15 reúnen los indicadores, según edad del paciente adherido cuando se iniciaron los síntomas de su trastorno mental, donde se puede observar que el 46,7% iniciaron los síntomas entre las edades de 15 a 20 años, 36,7% entre 26 a 30 años, 13,3% entre 21 a 25 años y 3,3% entre las edades de 31 a 35 años.

CUADRO 16

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según edad de diagnosticaron la enfermedad mental del paciente.

Edad de diagnóstico la enfermedad mental del paciente	Frecuencia	Porcentaje
15 a 20 Años	40	44,4%
21 a 25 Años	14	15,6%
26 a 30 Años	33	36,7%
31 a 35 Años	3	3,3%
Total	90	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación del cuadro 16.

El cuadro 16 reúne los indicadores, según edad de diagnóstico de la enfermedad mental del paciente adherido, donde se puede observar que el 44.4% fueron diagnosticados entre las edades de 15 a 20 años, 36,7% entre 26 a 30 años, 15,6% entre las edades de 21 a 25 años y 3.3% entre 31 a 35 años.

CUADRO 17

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según cumplimiento de las citas del paciente.

Cumplimiento de las citas del Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	91,1%
No	8	8,9%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta.

Análisis e interpretación del cuadro 17.

El cuadro 17 reúnen los indicadores, según cumplimiento de las citas del paciente adherido, donde se puede observar que el 91,1% se observa que si han cumplido citas programadas y 8,9% se observa que no han cumplido las citas programadas.

CUADRO 18

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según número de consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en el último año.

Número de consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en el último año	Frecuencia	Porcentaje
1 a 5 Citas	7	7,8%
6 a 10 Citas	10	11,1%
11 a 15 Citas	69	76,7%
16 a 20 Citas	4	4,4%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 18.

El cuadro 18 reúnen los indicadores, según número de consultas psiquiátricas ha tenido el paciente adherido en el último año, donde se puede observar que el 76,7% se observa que ha tenido 11 a 15 citas 11,1% tiene 6 a 10 citas, el 7,8% tiene de 1 a 5 Citas y finalmente el 4,4% se tienen citas entre 16 a 20 citas.

CUADRO 19

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según Personas que Conforman Actualmente el hogar del Paciente.

Personas que Conforman Actualmente el hogar del Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Padre, Madre y Hermanos	18	20,0%
Padre y Madre	22	24,4%
Madre del Paciente	40	44,5%
Hermanos (a) del Paciente	2	2,2%
Madre, Hermanos(a) y Tios (a) del Paciente	8	8,9%
Total	90	100,0%

Fuente: Encuesta

Análisis e interpretación del cuadro 19.

El cuadro 19 reúnen los indicadores, según personas que conforman actualmente el hogar del paciente adherido, donde se puede observar que el 44,5% están conformados actualmente por sólo la madre del paciente, el 24,4% esta conformado por padre y madre del paciente, 20,0% estan conformados por padre, madre y hermanos del paciente, 8,9% están conformados actualmente por madre, hermanos y Tíos(a) del paciente y finalmente el 2,2% conforman hermanos del paciente.

CUADRO 20

Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide, según si el paciente es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares.

Paciente es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares	Frecuencia	Porcentaje
Casi Nunca	2	2,2%
Algunas Veces	9	10,0%
Casi Siempre	7	7,8%
Siempre	72	80,0%
Total	90	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Análisis e interpretación del cuadro 20.

El cuadro 20 reúne los indicadores, según si el paciente adherido es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares, donde se puede observar que el 80,0% siempre es acompañado por sus familiares, el 10,0% es acompañado algunas veces, el 7,8% es acompañado casi siempre y finalmente el 2,2% casi nunca.

CUADRO 21

Asociación entre Nivel Educativo y Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos.

Nivel Educativo	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria Completa	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	3	2,8%
Primaria Incompleta	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	2	1,9%
Secundaria Incompleta	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	2	1,9%	12	11,1%	15	13,9%
Secundaria Completa	0	0,0%	3	2,8%	3	2,8%	2	1,9%	63	58,3%	71	65,7%
Superior Técnico Incompleto	0	0,0%	1	0,9%	1	0,9%	2	1,9%	7	6,5%	11	10,2%
Superior Técnico Completo	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	3	2,8%
Superior Universitario Incompleto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	2	1,9%
Superior Universitario Completo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	1	0,9%
Total	2	1,9%	6	5,6%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2 = 25,720, \text{ Gl}=28, P=0,001 < \alpha=0,05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que un nivel educativo mayor se asocia con que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue.

CUADRO 22

Asociación entre Estrato Socioeconómico actual del paciente y
Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los
medicamentos.

Estrato Socioeconómico actual del paciente	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	1	0,9%
II	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	2	1,9%
III	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	9	8,3%	10	9,3%
IV	0	0,0%	5	4,6%	4	3,7%	6	5,6%	76	70,4%	91	84,3%
V	1	0,9%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%	4	3,7%
Total	1	0,9%	7	6,5%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2 = 31 \quad X^2 = 31, \quad X^2 = 194, \quad G1 = 16, \quad P = 0,013 < \alpha = 0,05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que un Estrato Socioeconómico actual del paciente se asocia con que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

CUADRO 23

Asociación entre efectos adversos y el este tipo de complicaciones (eventos adversos) han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos.

Efectos Adversos	Este tipo de complicaciones (eventos adversos) han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mareos	0	0,0%	13	12,0%	13	12,0%
Rigidez	0	0,0%	6	5,6%	6	5,6%
Estreñimiento	1	0,9%	7	6,5%	8	7,4%
Vision Borrosa	0	0,0%	7	6,5%	7	6,5%
Otros	0	0,0%	5	4,6%	5	4,6%
Nunguna	1	0,9%	68	63,0%	69	63,9%
Total	2	1,9%	106	98,1%	108	100,0%

$$X^2 = 5,637, \text{ Gl}=5, P=0,343 > \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que los efectos adversos no se asocian al hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unanue

CUADRO 24

Asociación entre Frecuencia que la entidad prestadora de salud ha entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente en un año y el hecho que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

Frecuencia que la entidad prestadora de salud ha entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente en un año	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casi Nunca	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	1	0,9%	1	0,9%	3	2,8%
Algunas Veces	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	5,6%	6	5,6%
Casi Siempre	0	0,0%	5	4,6%	0	0,0%	3	2,8%	38	35,2%	46	42,6%
Siempre	1	0,9%	1	0,9%	4	3,7%	2	1,9%	45	41,7%	53	49,1%
Total	1	0,9%	7	6,5%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2= 18,007, \text{ Gl}=12, P=0,115 > \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que la frecuencia que la entidad prestadora de salud ha entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente no se asocia con que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

CUADRO 25

Asociación entre si el paciente reconoce que tiene una enfermedad mental y el hecho que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

El paciente reconoce que tiene una enfermedad mental	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0,0%	7	6,5%	4	3,7%	6	5,6%	80	74,1%	97	89,8%
No	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	9,3%	11	10,2%
Total	1	0,9%	7	6,5%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2 = 10,830, \text{ Gl}=4, P=0,029 < \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que el hecho de que el paciente reconozca que tiene una enfermedad mental se asocia a que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

CUADRO 26

Asociación entre Número de consultas psiquiátricas que ha tenido el paciente en el último año y los pacientes que consumen a diario las dosis completa de los medicamentos.

Número de consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en el último año	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 5 Citas	2	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	5,6%	8	7,4%
6 a 10 Citas	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	10	9,3%	11	10,2%
11 a 15 Citas	0	0,0%	6	5,6%	2	1,9%	5	4,6%	70	64,8%	83	76,9%
16 a 20 Citas	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	1	0,9%	4	3,7%	6	5,6%
Total	2	1,9%	7	6,5%	3	2,8%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2= 33,604, \text{ Gl}=12, P=0,001 < \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que el número de consultas psiquiátricas que ha tenido el paciente en el último año se asocia al hecho que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

CUADRO 27

Asociación entre personas que conforman actualmente el hogar del paciente y los pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos.

Composición	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre, Madre y Hermanos	0	0,0%	2	1,9%	3	2,8%	1	0,9%	20	18,5%	26	24,1%
Padre y Madre	1	0,9%	2	1,9%	0	0,0%	2	1,9%	21	19,4%	26	24,1%
Madre del Paciente	0	0,0%	2	1,9%	1	0,9%	2	1,9%	40	37,0%	45	41,7%
Hermanos (a) del Paciente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	2	1,9%	3	2,8%
Madre, Hermanos(a) y Tíos (a) del Paciente	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	6,5%	8	7,4%
Total	2	1,9%	6	5,6%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2 = 92,216, \text{ Gl}=16, P=0,001 < \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que la composición familiar actual del hogar del paciente se asocia a que los pacientes que consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

CUADRO 28

Asociación entre Paciente que es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares y Paciente que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos.

Paciente que es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casi Nunca	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	2	1,9%	3	2,8%
Algunas Veces	1	0,9%	2	1,9%	2	1,9%	0	0,0%	9	8,3%	14	13,0%
Casi Siempre	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	7	6,5%	8	7,4%
Siempre	1	0,9%	3	2,8%	2	1,9%	5	4,6%	72	66,7%	83	76,9%
Total	2	1,9%	6	5,6%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2= 47,132, \text{ Gl}=12, P=0,045 < \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que el hecho que el paciente sea acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares se asocia a Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos.

CUADRO 29

Asociación entre Consumo de sustancias psicoactivas en el último mes y los pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos.

Consumo de sustancias psicoactivas en el mes	Pacientes que consumen a diario las dosis completas de los medicamentos										Total	
	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi Siempre		Siempre			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	1	0,9%	6	5,6%	3	2,8%	6	5,6%	83	76,9%	99	91,7%
Cigarrillo	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	4,6%	6	5,6%
Marihuana	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	1	0,9%	2	1,9%
Cigarrillo y Marihuana	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	1	0,9%
Total	2	1,9%	6	5,6%	4	3,7%	6	5,6%	90	83,3%	108	100,0%

$$X^2 = 26,894, \text{ Gl}=12, P=0,042 < \alpha=0.05.$$

Conclusión: Con un nivel de significancia del 5%, podemos concluir que el hecho de no consumir sustancias psicoactivas en el último mes se asocia a que los pacientes consuman a diario las dosis completas de los medicamentos.

DISCUSIÓN

Respeto a la adherencia de los pacientes con tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide en este estudio, de la muestra de 108 pacientes, sólo 90 pacientes (83.2%) son pacientes adheridos hecho que se acerca a lo encontrado por Yasmira Sujey en su estudio donde 79.66% fueron adherentes a su tratamiento indicado,

Respeto al grado de instrucción de los pacientes adheridos el más frecuente en nuestro estudio es el grado de Secundaria Completa (70%) siendo un factor que favorece la adherencia el mismo ($P=0.001$), es decir entre mayor grado de instrucción tenga el paciente mayor es su probabilidad de adherirse hecho que coincide con lo encontrado por Alessandro Angulo en su estudio, quien informa que un menor grado de instrucción es un factor asociado a la no adherencia al tratamiento (OR: 3.07; $p < 0.01$). Al igual que con el estudio realizado por Amezcuita Gomez quien informa que tener un nivel educación de primaria (RP= 1.44; IC 95%: 1.07-1.93) es un factor que no favorece la adherencia al tratamiento.

En relación a la composición familiar de los pacientes se encontró que la mayoría vive sólo con su madre (44.4%), con ambos padres (24.4%) y con padres y hermanos (20%) siendo el resto igualmente acompañados por un familiar cercano en la vivienda, dicha composición familiar y el que los pacientes sean acompañados por sus familiares a consultas siempre (80%) es importante para la adherencia al tratamiento ($P= 0.045$), hecho similarmente encontrado por Yasmira Sujey en su estudio quien concluye que el apoyo familiar es importante para la adherencia a los medicamentos de forma temprana al aplicar la escala de DUKE-UNK en sus pacientes adherentes a tratamiento obteniendo que el 57.44% de sus pacientes adheridos tiene apoyo familiar.

Respecto al nivel socioeconómico de los pacientes el más frecuente en nuestro estudio es el IV (84.4%), estando relacionado con la adherencia al tratamiento ($P=0.013$), hecho que discrepa con Alessandro Angulo quien concluye que un nivel socioeconómico bajo no favorece la adherencia al tratamiento (OR: 2.7; $p < 0.05$) al igual que con el estudio realizado por Amezquita Gomez quien concluye también en que pertenecer a los estratos socioeconómicos bajos es un factor que no favorece la adherencia al tratamiento (RP=1.35; IC 95% 1.01-1.79).

En relación al nivel de conciencia de la enfermedad se encontró que la mayoría de pacientes es conciente de padecer una enfermedad mental (88.9%), siendo un factor que favorece la adherencia ($P=0.029$), hecho que coincide con lo encontrado por Yasmira Sujey quien señala que aquellos pacientes que no tienen nivel de conciencia son quienes menos de adhieren al tratamiento.

Respecto a los efectos adversos de los medicamentos se ha visto que estos no se relacionan con la toma de los medicamentos ($P=0.343$), favoreciendo la adherencia al tratamiento, hecho que discrepa con Amezquita Gomez, quien concluye que los efectos adversos influyen en la no adherencia al tratamiento.

En relación a la asociación entre frecuencia en la entrega de medicamentos por parte de la institución en su totalidad y el hecho que el paciente consuma a diario las dosis completas de los mismos, se encontró que dichas variables no están asociadas ($P=0.115$) hecho que discrepa con lo encontrado por Amezquita Gomez quien señala que un inadecuado acceso a los servicios de salud es un factor que no favorece la adherencia.

Respecto a consumo de sustancias psicoactivas por parte de los pacientes se encontró que el 85.6% no ha consumido ninguna sustancia psicoactiva durante el último mes, asociándose el hecho de no consumir con una adherencia al tratamiento de la enfermedad ($P=0.042$) hecho que contrasta con lo encontrado por Amezquita Gomez quien señala que consumo de sustancias psicoactivas es un factor que se relaciona con la no adherencia a tratamiento (RP= 1.44; IC 95% 1.07-1.93)

CONCLUSIONES

De los resultados se puede concluir:

- Del grupo de estudio de 108 personas, la gran mayoría son de sexo masculino, con edades entre 15-30 años, de estado civil soltero, con grado de instrucción de secundaria completa y pertenecientes a un nivel socioeconómico IV.
- Se identificó que los medicamentos que son más utilizados por los pacientes son: Risperidona, fluoxetina y biperideno.
- Son factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico un mayor nivel educativo del paciente, la composición del hogar por familiares, un mayor número de citas, pertenecer a un bajo nivel socioeconómico, el tener conciencia de la enfermedad, el hecho de que el paciente sea acompañado a sus citas y el no consumir sustancias psicoactivas.
- Las complicaciones en el tratamiento como mareos, temblor entre otras no han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos para su tratamiento prescrito.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario concientizar a las personas que componen el hogar de los pacientes con esquizofrenia paranoide sobre la importancia del número de citas y a las deben acompañar al paciente.
2. Es necesario informar y educar a los pacientes y en especial a la familia para que reconozcan la enfermedad, lo cual es importante para que se preocupen por acudir a citas y la implicación que trae consigo el tomar el tratamiento indicado.
3. Es necesario fortalecer el no consumo de sustancias psicoactivas por parte del paciente, ya que es un factor que se asocia a la adherencia al tratamiento.
4. Es necesario por parte de la institución tratar de brindar siempre la medicación que requiera el paciente, para que a éste no le falte, ya que muchas veces el hecho de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo no permite que la familia apoye con las compras de los mismo, lo que ocasiona que el paciente vea interrumpido su tratamiento y su adherencia al mismo.
5. Es necesario realizar un estudio de casos control con pacientes adherentes y no adherentes que reciben tratamiento farmacológico para esquizofrenia paranoide.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de Chile Guía Clínica Para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia Santiago: MINSAL, 2009. Pág. 45
2. Janssen-Cilag S.A.; Falta de adherencia al tratamiento.[Internet][Cited 2015 Jun 5] Available from <http://www.janssen.es/node/526>
3. Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA. Editado por J. Rodés, J.M. Piqué, Antoni Trilla. Pág. 445
4. Amezquita Gomez et al. Prevalencia y Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia [Internet] [Cited 2015 Jun 7] Available from <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/525>
5. Giraldo et al; Factores asociados a la adherencia en pacientes esquizofrénicos atendidos en una institución de salud mental en Cali durante el año 2012. [Internet] [Cited 2015 Jun 10] Available from <http://revmedicafusm.com/revmedicafusm/index.php/fusm/article/view/26/29>
6. Angulo Celestino, Alessandro Angelo Nicola. Factores asociados a no adherencia a tratamiento antipsicótico en pacientes del Hospital Cayetano Heredia de Piura-Perú 2013-2014 [Internet] [Cited 2015 June 13] Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/525>
7. Revista de la Facultad de Medicina Humana – Universidad Ricardo Palma 2011 N°1,11-16
8. Giner J, Cañas F, Olivares J, Rodríguez A, Burón J. Rodríguez Morales A, et al. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. Actas Esp Psiquiatr 2006;34(6):386-392.
9. Sujey Samira. Predictores de la no adherencia al tratamiento farmacológico en el primer episodio psicótico en pacientes del hospital nacional psiquiátrico junio - agosto del 2010. [Internet] [Cited 2017 January 17] Available from:

http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=133

10. Kirkpatrick B. El concepto de esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009 Jul;2(3):105
11. Sadock BJ, Virginia A. Sadock. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. xv, 1470 p p.
12. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge University Press; 2008. 1135 p.
13. WHO | Regional estimates for 2000-2011 [Internet]. WHO. [cited 2015 Jun 18]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index1.html
14. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(6):274–85.
15. Hopper K, Wanderling J. Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISoS, the WHO collaborative followup project. *International Study of Schizophrenia. Schizophr Bull.* 2000;26(4):835–46.
16. Bassett AS, Chow EW. 22q11 deletion syndrome: a genetic subtype of schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 1999 Oct 1;46(7):882–91.
17. Murphy KC, Owen MJ. Velo-cardio-facial syndrome: a model for understanding the genetics and pathogenesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2001 Nov; 179:397–402.
18. Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, et al. Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. *Arch Gen*

- Psychiatry. 1996 Jan;53(1):25–31.
19. Brown AS. Nonaffective Psychosis After Prenatal Exposure to Rubella. *Am J Psychiatry*. 2000 Mar;157(3):438–43.
 20. Mednick SA, Machon RA, Huttunen MO, Bonett D. Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Feb;45(2):189–92.
 21. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S, Schaefer CA, Wyatt RJ, Bresnahan M, et al. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Aug;61(8):774–80.
 22. Brown AS, Schaefer CA, Quesenberry CP Jr, Liu L, Babulas VP, Susser ES. Maternal exposure to toxoplasmosis and risk of schizophrenia in adult offspring. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr;162(4):767–73.
 23. Van Os J, Selten JP. Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of The Netherlands. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1998 Apr;172:324–6.
 24. Palmer CGS, Turunen JA, Sinsheimer JS, Minassian S, Paunio T, Lönnqvist J, et al. RHD maternal-fetal genotype incompatibility increases schizophrenia susceptibility. *Am J Hum Genet*. 2002 Dec;71(6):1312–9.
 25. Hollister JM, Laing P, Mednick SA. Rhesus incompatibility as a risk factor for schizophrenia in male adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Jan;53(1):19–24.
 26. Rantakallio P, Jones P, Moring J, Von Wendt L. Association between central nervous system infections during childhood and adult onset schizophrenia and other psychoses: a 28-year follow-up. *Int J Epidemiol*. 1997 Aug;26(4):837–43.
 27. Khandaker GM, Barnett JH, White IR, Jones PB. A quantitative meta-analysis of population-based studies of premorbid intelligence and schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011 Nov;132(2-3):220–7.
 28. Quednow BB, Brinkmeyer J, Mobascher A, Nothnagel M, Musso F, Gründer G, et al. Schizophrenia risk polymorphisms in the TCF4 gene

- interact with smoking in the modulation of auditory sensory gating. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012 Apr 17;109(16):6271–6.
29. Molloy C, Conroy RM, Cotter DR, Cannon M. Is Traumatic Brain Injury A Risk Factor for Schizophrenia? A Meta-Analysis of Case-Controlled Population-Based Studies. *Schizophr Bull*. 2011 Nov 1;37(6):1104–10.
 30. Compton, Michael T. Risk Factors and Risk Markers for Schizophrenia [Internet]. *Medscape Psychiatry*; 2005 [cited 2015 Jun 19]. Available from:
http://www.medscape.com/viewarticle/512405_2
 31. Hu T. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ*. 2006 Mar;9(1):3–13.
 32. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;30(2):279– 93.
 33. Dominguez, Ana. Carga económica para los familiares. *Rev Esp Econ Salud*. 2004 Jun;3(3):173–6.
 34. McEvoy JP. The costs of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 14:4–7.
 35. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug 4;353(5):487–97.
 36. Bender BG, Rand C. Medication non-adherence and asthma treatment cost. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2004 Jun;4(3):191–5.
 37. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002 Oct;63(10):892–909.
 38. Rice DP. The economic impact of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 1:4–6; discussion 28–30.
 39. Tandon R, Belmaker RH, Gattaz WF, Lopez-Ibor JJ Jr, Okasha A, Singh B, et al. World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment

of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008 Mar;100(1-3):20–38.

ANEXOS