



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO-UNIVERSIDAD CES**  
**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA**

**Prevalencia y Factores Asociados a la No Adherencia al  
Tratamiento Farmacológico con Antipsicóticos en Pacientes  
Adultos con Esquizofrenia.**

**LINA AMEZQUITA**  
**ADRIANA BARRERA**  
**TATIANA VARGAS**

**Bogotá, 2012**

**Prevalencia y Factores Asociados a la No Adherencia al  
Tratamiento Farmacológico con Antipsicóticos en Pacientes  
Adultos con Esquizofrenia.**

**Tesis de grado para optar por el título de especialización en Epidemiología**

**Por**

**LINA AMEZQUITA GOMEZ  
ADRIANA BARRERA PAEZ  
TATIANA VARGAS FORERO**

**Director**

**MILCIADES IBAÑEZ PINILLA**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO-UNIVERSIDAD DEL CES  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA**

**Bogotá, 2012**

## AUTORES

### **Adriana Barrera Páez, MD.**

Médico y Cirujano. Universidad del Rosario.

Especialista en Gerencia en Salud Pública. Universidad del Rosario.

Colsanitas – Empresa de Medicina Prepagada.

e-mail: [barrera.adriana@ur.edu.co](mailto:barrera.adriana@ur.edu.co)

### **Lina Amézquita Gómez, MD.**

Médico y Cirujano. Pontificia Universidad Javeriana.

Fundación Neumológica Colombiana.

e-mail: [amezquita.lina@ur.edu.co](mailto:amezquita.lina@ur.edu.co)

### **Tatiana Vargas Forero, MD.**

Medico Y Cirujano. Universidad Militar Nueva Granada.

Merck Sharp & Dohme -Frosst Laboratories Inc (MSD).

e-mail: [vargasf.tatina@ur.edu.co](mailto:vargasf.tatina@ur.edu.co)

## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

***UNIVERSIDAD DEL ROSARIO***

***UNIVERSIDAD CES***

## TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	11
<b>I. INTRODUCCION</b>	
a. <i>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</i> .....	12
b. <i>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</i> .....	14
c. <i>OBJETIVOS</i> .....	15
d. <i>HIPÓTESIS</i> .....	16
<b>II. ANTECEDENTES</b>	
a. <i>ESTADO DEL ARTE</i> .....	17
<b>III. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	27
<b>IV. METODOLOGIA</b>	
<b>V.</b>	
a. <i>TIPO DE ESTUDIO</i> .....	33
b. <i>POBLACIÓN DE ESTUDIO</i> .....	33
c. <i>CRITERIOS DE SELECCIÓN</i> .....	33
d. <i>MUESTRA</i> .....	34
i. <i>DISEÑO DE LA MUESTRA</i> .....	34
ii. <i>MARCO MUESTRAL</i> .....	34
iii. <i>PRECISIÓN DE LA MUESTRA</i> .....	34
e. <i>VARIABLES DEL ESTUDIO</i> .....	35
f. <i>DISEÑO Y PRUEBA DE INSTRUMENTOS</i> .....	36
g. <i>PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y         SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</i> .....	37
h. <i>VALIDEZ: SESGO Y VARIABLES DE CONFUSIÓN</i> .....	38
i. <i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i> .....	38
j. <i>ASPECTOS BIOÉTICOS</i> .....	39
<b>VI. RESULTADOS</b>	
a. <i>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS</i> .....	41
b. <i>PREVALENCIA DE NO ADHERENCIA</i> .....	42

c. FACTORES ASOCIADOS .....	43
d. ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	48

**VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

a. DISCUSIÓN.....	49
b. CONCLUSIONES.....	52
c. LIMITACIONES.....	52
d. RECOMENDACIONES.....	53

<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>55</b>
-------------------------------	-----------

## ANEXOS

<b>Anexo1:</b> Cuestionario de evaluación de la prueba piloto.....	61
<b>Anexo2:</b> Cuestionario de factores de riesgo prevenibles asociados a hospitalización en pacientes psicóticos .....	62
<b>Anexo3:</b> Consentimiento informado.....	70
<b>Anexo 4:</b> Definición y operacionalización de variables.....	72
<b>Anexo 5:</b> Resultados descriptivos .....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> Asociación de factores socio-demográficos con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia.....	43
<b>TABLA 2.</b> Asociación de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia.....	44
<b>TABLA 3.</b> Asociación de frecuencia en la entrega de medicamentos por parte de la EPS con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia.....	44
<b>TABLA 4.</b> Asociación de frecuencia en la entrega de medicamentos por parte de la EPS con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia.....	45
<b>TABLA 5.</b> Asociación de efectos adversos relacionados con el consumo de antipsicóticos y la no adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia.....	45
<b>TABLA 6.</b> Asociación entre antecedentes familiares de enfermedad mental y la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia.....	46
<b>TABLA 7.</b> Asociación de la asistencia a servicios de salud (consultas y hospitalizaciones) con la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia.....	47
<b>TABLA 8.</b> Asociación entre la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia y las variables relacionadas con red de apoyo social de los pacientes.....	48
<b>TABLA 9.</b> Modelo de regresión logística para adherencia al tratamiento farmacológico en paciente esquizofrénico .....	49



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia.

**Métodos:** Estudio de corte transversal de 184 pacientes en la Clínica La Paz, en Bogotá entre el período de 2008 – 2009. Se hizo recolección y verificación de la información con la aplicación de un cuestionario que evaluó factores relacionados con la no adherencia terapéutica.

**Resultados:** 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.

**Conclusión:** 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.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, adherencia al tratamiento, factores de riesgo, antipsicóticos.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the prevalence and the factors associated with non – adherence to pharmacological treatment with antipsychotics in patients with schizophrenia

**Methods:** Cross-sectional study of 184 patients treated at La Paz Clinic in Bogotá between 2008 to 2009. Previous informed consent, information was collected and checked of a questionnaire about non – adherence.

**Results:** The prevalence of nonadherence was 51.2%. The variables that showed a statistically significant association with non-adherence to drug treatment are to belong to the socioeconomic strata I and II (OR = 1.35, 95% CI 1.01 - 1.79) as patients who had primary level of education (OR = 1.44, 95% CI 1.07 - 1.93). Likewise, in psychoactive substance use and alcohol use, lifetime marijuana use showed a significant association with non-adherence. Patients who reported having first degree relatives with a history of mental illness demonstrated a significant association with non-adherence to pharmacological treatment with antipsychotics (OR = 1.48, 95% CI: 1.12 -1.94); Of the reported first-degree relatives with a history mental illness, who demonstrated a statistically significant association was the mother (OR = 1.77, 95% CI 1.36 - 2.31). The factors that explain the event were: the time when delivered drugs and failure to fully received the drugs in the last month, acting like the most likely factors associated with non - adherence therapeutic.

**Conclusions:** History of mental illness in a first degree, inadequate access to health services, psychoactive substances use, and some adverse effects of antipsychotics were factors associated with non-adherence.

**Keywords:** Schizophrenia, patient adherence, risk factors, antipsychotics.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Doctor Milciades Ibáñez Pinilla por su comprensiva orientación, motivación académica y apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

A nuestras familias por ser nuestro soporte y luz para la construcción de cada uno de nuestros proyectos.

## 1. INTRODUCCION

### A. PROBLEMA DE INVESTIGACION

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico caracterizado por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. Causa además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica compleja que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. Sin embargo, debido a las múltiples combinaciones sintomáticas posibles, se ha sugerido que la esquizofrenia se trataría de varios trastornos y no de uno solo (13).

La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública (2,3). Específicamente con la esquizofrenia se debe hacer énfasis en la adherencia al tratamiento, ya que como consecuencia del incumplimiento, la tasa de recaídas en la esquizofrenia es tres veces superior a la esperada (4,9,10), lo cual se asocia con aumento en el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, disminución en el funcionamiento mental, menor satisfacción con la vida, mayor ausentismo laboral hasta en un 56% de la población enferma, conductas violentas derivadas, mayor uso de sustancias ilícitas, el aumento de conducta suicida en un 10% y aumento de costos de la atención en salud de estos pacientes. (2)

Revisiones de la literatura han señalado tasas de no adherencia al tratamiento que van del 10% al 77% (17,20), la cual depende de la estabilidad clínica del paciente, definición y forma de medición de la adherencia y características de la población estudiada y han establecido el riesgo de factores de pobre adherencia, incluyendo una actitud negativa o la respuesta subjetiva a la medicación, una menor duración de la enfermedad, comorbilidades, abuso de sustancias, una alianza terapéutica pobre entre médico tratante y paciente, pacientes que viven solos, efectos secundarios y limitado apoyo familiar. (17)

A pesar que sólo el 1.0 % de la población mundial se ve afectada por la esquizofrenia, el cuidado de este tipo de desorden consume aproximadamente entre el 1.6% al 2.6% del total de los costos en salud de los países occidentales desarrollados. Entre el 70% y el 80% del total de estos costos se debe a hospitalizaciones requeridas por enfermedad de base (18). En un estudio realizado en Sao Pablo (Brasil), se estableció que en 1998 el costo causado directamente por la esquizofrenia es de US\$ 191.781.327, lo cual equivalía al 2.2% del total de los gastos en salud. De este, el 11% fue invertido en pacientes ambulatorios y el 79.2% en pacientes hospitalizados. Adicionalmente este desorden también provoca un alto grado de discapacidad. Es considerada como la octava enfermedad que genera más discapacidad a nivel mundial en población que se encuentra entre los 15 y los 44 años de edad. Sin embargo, a pesar de su importancia, hay pocas estimaciones del costo de este desorden en los países en vía de desarrollo (18).

En Colombia no hay cifras sobre la prevalencia de no adherencia en trastornos mentales, en consecuencia no se conocen los costos que acarrearán las recaídas de la enfermedad al sistema de salud al pretender ofrecer un manejo integral al paciente. Este vacío genera el interés de establecer los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia para que este conocimiento sirva de base para efectuar mejoramientos en planes de atención en salud más efectivos para este tipo de población.

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de tipo personal, familiar, social, comorbilidades, número de hospitalizaciones, efectos adversos a medicamentos, consumo de sustancias psicoactivas, conductas autoagresivas y acceso a los servicios de salud incluyendo entrega de medicamentos, asociados a la no adherencia terapéutica, abren un espacio en el manejo y control de variables que a largo plazo pueden garantizar un tratamiento oportuno, integral y efectivo para control de la actividad de la enfermedad, así como generar pautas para la implementación de programas de salud pública orientados a garantizar todas las herramientas necesarias y condiciones para asegurar una adecuada adherencia terapéutica en los pacientes.

## **B. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y de los factores relacionados con el paciente, la enfermedad, la atención del médico tratante y de la institución de salud y el tratamiento mismo, en una IPS de salud mental en Bogotá?

## **C. OBJETIVOS**

Determinar los factores asociados en la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia pertenecientes a la Clínica de la Paz durante el periodo 2008-2009.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar la población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Determinar la prevalencia de la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia
- Establecer la asociación entre el género, la edad, el nivel educativo, el estrato socioeconómico y el estado civil con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Determinar los factores asociados con el acceso al tratamiento farmacológico y la no adherencia a este mismo en pacientes con esquizofrenia.
- Establecer si el tipo de antipsicótico que toma el paciente y los eventos adversos relacionados con estos medicamentos intervienen en la no adherencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Identificar la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y/o el consumo de bebidas alcohólicas con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos.
- Establecer la relación existente entre el tipo de red de apoyo con el que cuenta el sujeto y la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en paciente con esquizofrenia.
- Determinar la asociación existente entre la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia y los factores propios de la enfermedad como son edad de inicio de los síntomas, insight de la enfermedad, número de hospitalizaciones previas a causa de patología de base, intentos suicidas, antecedentes de familiares con enfermedad mental diagnosticada.

## **D. HIPÓTESIS**

La no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se encuentra asociada a la presencia factores de tipo personal, factores propios de la enfermedad, antecedentes familiares, dificultad de acceso a los medicamentos y reacciones adversas presentadas por los pacientes a éstos mismos.



## II. ANTECEDENTES

### A. ESTADO DEL ARTE

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución. En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. (25)

Las fallas al seguir las órdenes médicas exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. (26)

En la actualidad, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, toda vez que el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento ordenado, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003, señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres, donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (2)

Las cifras de incumplimiento en la psicosis en general, oscilan entre el 40% y el 80%. Kane (1985) estimó que las tasas de cumplimiento oscilan entre el 40% y el 50% en pacientes ambulatorios. En revisiones adicionales se identifica que

uno de cada cuatro pacientes recae por no tomar la medicación según lo prescrito. Después de un primer episodio de la psicosis, el 33% a 44% de los pacientes suspenden el tratamiento farmacológico a los seis meses y el 59% lo ha suspendido en el primer año (10).

En las enfermedades psiquiátricas, los estudios muestran que el 60% de medicamentos se toman incorrectamente o no se toman en su totalidad. El cincuenta por ciento de pacientes con enfermedades crónicas o que requieren medicación a largo plazo, no toman los medicamentos correctamente o dejan los medicamentos por completo. Adicionalmente las tasas de cumplimiento de los anti psicóticos resultan ser inferiores a las de medicamentos no psiquiátricos. Un meta-análisis mostró adherencia del 76% para medicamentos no psiquiátricos y del 58% para anti psicóticos (6-7).

Según Martín y Grau en 1994 y Ginarte en el año 2001, la falta de adherencia al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (2).

El cumplimiento del tratamiento es de vital importancia para los pacientes esquizofrénicos. Weiden y colaboradores encontraron que el tratamiento con antipsicóticos clásicos disminuye las recaídas de un 75% sin tratamiento hasta un 20% con tratamiento. Otros estudios dan cifras similares donde la tasa de recidivas en un año, en pacientes con placebo es de 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 que se han mencionado, la efectividad de ésta queda drásticamente reducida. Como consecuencia del incumplimiento, la tasa de recaídas en la esquizofrenia es tres veces superior a la esperada (3).

El incumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia tiene consecuencias importantes. No sólo hay un riesgo mayor de hospitalizaciones (Curson y col,

1985; Green y col, 1988, Haywood y col, 1995; Serban y col 1974; Sullivan y col, 1995.), sino que las recaídas son más frecuentes, más graves, de mayor duración (Johnson y col, 1994,1989); y se pueden cometer en mayor grado actos violentos como homicidios y suicidios (Cohecn y col, 1964; Plannansky y col, 1973; Tanay y col, 1987; Vikkunen y col 1974). Se estima que el incumplimiento es responsable de por lo menos un 40% de todas las recaídas (Weiden y col, 1995), pero datos adicionales señalan que esta cifra puede llegar hasta un 73% en el caso de exacerbaciones que requieren hospitalización (Ayuso y col, 1997). (6)

El tiempo que el paciente lleva tomando el tratamiento también es importante e influye en el cumplimiento, tiende a ser más bajo a medida que progresa el tiempo (Kane y col, 1985). Se ha descrito que los pacientes con más de 5 años de terapia tienen una adherencia más pobre que aquellos con menos de 5 años (Razali y col, 1995,1991). (9)

Los efectos adversos de los antipsicóticos constituyen otro factor que lleva al incumplimiento. Los síntomas extra piramidales, en especial la acatisia, son efectos adversos de los antipsicóticos clásicos que predisponen al paciente a no volver a tomarlos (Mazzotti, 1998). Según Van Putten y col. la aparición de una reacción disfórica al administrar la primera dosis del antipsicótico está fuertemente asociada con el incumplimiento futuro de la medicación, y además dicha reacción disfórica también se relaciona con la presencia de acatisia. (8) Se afirma que la adherencia al tratamiento puede mejorarse informando al paciente y a la familia sobre los efectos colaterales de la medicación y tratándolos de forma temprana y eficazmente (Fleischhaker y col, 1994,1989). Esta información brindada debe ser clara, precisa, constantemente evaluada por los funcionarios encargados y se debe insistir en el mantenimiento de un nivel adecuado de información y de su influencia sobre la conducta. (15)

Los efectos extrapiramidales son un factor importante para que el paciente haga abandono del tratamiento, se espera por lo tanto que los antipsicóticos atípicos (que poseen menos efectos extrapiramidales), tengan una mejor adherencia. Un estudio de seguimiento por 1 año de pacientes con esquizofrenia refractaria, encontró que una proporción significativamente mayor de los sujetos tratados con Clozapina continuaban la medicación en comparación con los que recibían Haloperidol (57 % versus 28 %,  $p < 0,001$ ) (Rosenheck y col, 1997). (8) Otro trabajo realizado por Tran y col, en 1997, con pacientes en tratamiento agudo de esquizofrenia, halló que quienes recibían Olanzapina abandonaban menos el

estudio a causa de la aparición de algún efecto extrapiramidal en comparación con los tratados con Haloperidol (0,3 % versus 2,7 %,  $p < 0,001$ ). (8)

La revisión de casos de esquizofrenia tratados con antipsicóticos clásicos, concluye que se acepta la existencia de un porcentaje minoritario de pacientes que presentan un buen pronóstico influido por la historia natural benigna del cuadro. También se acepta la realidad de que un alto porcentaje de pacientes en tratamiento persisten con el riesgo general de recaída aún cuando se comprueba que son buenos cumplidores de indicaciones, especialmente farmacológicas. (15)

La comorbilidad como factor asociado al abandono de la medicación también ha sido estudiada. En relación con la depresión y el cumplimiento, algunos estudios encuentran asociación entre la presencia de depresión y menor adherencia al tratamiento (McPhillis y col, 1998; Pan y col, 1989). Se ha evidenciado que quienes además de esquizofrenia presentan problemas de abuso de drogas son propensos a incumplir con el tratamiento (Owen y col, 1996).

Es necesario considerar el factor cognitivo entre las variables que están implicadas en el cumplimiento y no del tratamiento. El permanecer con importante compromiso de alerta, introspección y juicio no le permitirá al paciente esquizofrénico estar en la mejor condición para recibir toda la información psicoeducativa que se le brinde por parte de su médico o en general el sistema de salud. (Mazzotti, 1998). Este factor cognitivo puede ser mejorado por la ausencia de efectos colaterales que lo comprometan, especialmente los anticolinérgicos, o por efecto directo de los antipsicóticos atípicos como Olanzapina o Clozapina por citar dos ejemplos (Marder y col, 1998). (7)

La familia puede afectar positiva o negativamente el cumplimiento del tratamiento. Muchos familiares tienen conceptos errados sobre la medicación y esto puede influir de forma negativa sobre el paciente (Mantonakis y col, 1985). El bajo nivel educativo de los familiares de los pacientes en general, y en particular respecto a la enfermedad, se asocia con actitudes negativas frente al uso de los antipsicóticos clásicos (Mantonakis y col, 1985). La educación de los pacientes y sus familiares respecto a la enfermedad mental y la importancia del tratamiento con antipsicóticos, podría mejorar el cumplimiento en esquizofrénicos independientemente del análisis de la situación familiar, la probable existencia de psicopatología o la presencia de emoción expresada (Smith y col 1997). Las intervenciones de educación para la salud en pacientes psiquiátricos ambulatorios han demostrado ser útiles para mejorar la adherencia

(Dahl y col, 1990). Sin embargo, también es importante considerar la educación de los prestadores de servicios de salud, ya que esto permitirá una mejor administración de los avances en psicofarmacología y las intervenciones en pacientes y familiares afectados por la esquizofrenia (Farde y col, 1997). La colaboración de la familia es fundamental ya que el cumplimiento es mayor en quienes conviven con familiares que supervisan estrechamente el uso de medicamentos (Razali y col, 1995). Otro aspecto importante respecto del medio del paciente es el grado de emoción expresada en la familia. Los sujetos que conviven con altos puntajes de emoción expresada en la familia tienen mayor riesgo de recaídas que aquellos que lo hacen con bajos niveles, aun cuando se encuentran con tratamiento farmacológico regular (Bebbington y col, 1994). (14)

La falta de recursos económicos y el alto costo de los fármacos son otros factores que motivan una baja adherencia al tratamiento (Weiden y col, 1995). La falta de conciencia de enfermedad es uno de los síntomas más prevalentes de la esquizofrenia y ésta debe ser explorada de forma sistemática y activa, ya que tiene una gran importancia práctica por su influencia en la colaboración con los tratamientos y en la evolución de la enfermedad. Actualmente existe un consenso de que en la falta de conciencia de enfermedad existen tres componentes que se traslapan: la falta de conciencia de enfermedad propiamente dicha, la falta de conciencia de síntomas individuales, y el rechazo del tratamiento. Es conveniente explorar la conciencia de realidad que tiene el paciente de los principales síntomas de la enfermedad, así como la capacidad de integrar las diferentes manifestaciones del trastorno en un concepto más o menos preciso de enfermedad. La colaboración con el tratamiento se explora evaluando la necesidad percibida de recibir tratamiento, la conciencia sobre los efectos beneficiosos del mismo, así como el grado de colaboración con el tratamiento. (14)

Se ha descrito una asociación compleja entre el suicidio y las enfermedades mentales debido a diversos factores, con tasas más altas en pacientes psiquiátricos que en la población general (66). Se ha establecido que del 20 al 30%, de los pacientes psicóticos que cometen suicidio han tenido intentos suicidas previos (67), del 10 al 13% de individuos con esquizofrenia cometen suicidio y del 20 al 40% presentan intentos suicidas. (68). Cifras similares se han mencionado en pacientes con esquizofrenia con valores de 18 a 55 % a lo largo de la vida. (69). Algunos estudios mencionan un riesgo de intento suicida de alrededor del 50% a lo largo de la vida en pacientes con esquizofrenia y del 9 al 13% de riesgo para suicidio consumado. (70). Distintos estudios revelan que los

hombres comenten suicidio más frecuentemente que las mujeres, y que la mayoría de los individuos con esquizofrenia intentan suicidarse en los primeros 10 años de la enfermedad. (68). Estudios previos demostraron que un gran número de factores demográficos, socioeconómicos y factores de apoyo social están asociados con la ideación suicida en poblaciones generales. La mayoría de factores asociados con la ideación suicida incluyen edad, género, vivir solo, depresión y pobre apoyo social. (71). Un meta-análisis del año 2010, mostró que factores de riesgo fuertemente asociados a un suicidio posterior incluían edad joven, género masculino y tener un alto nivel educativo, así como antecedente familiar de suicidio, y uso de sustancias psicoactivas. El único factor protector encontrado para el suicidio fue la entrega y adherencia a un tratamiento efectivo. (72). La tasa de suicidios es diferente entre grupos de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y esquizofrenia crónica. Además entre el 15 y el 26% han llevado a cabo por lo menos un intento suicida en el primer tratamiento y alrededor de 2 a 11% por lo menos una vez más durante su primer año de tratamiento (73).

Con respecto al tratamiento se ponen de manifiesto una serie de problemas que influyen de forma determinante a la hora de obtener un máximo beneficio cuando se pretende articular adecuadamente un tratamiento para un paciente esquizofrénico. Se considera que los antipsicóticos están indicados para el tratamiento de esta enfermedad, sin perjuicio de que un 25-30 % de pacientes no se beneficie de una manera clara ante esta medida. Se han señalado en este sentido como variables importantes: el deficiente cumplimiento de la terapia o la modificación de las posologías pautadas, los tiempos de medicación y la duración de los tratamientos con antipsicóticos (1).

Muchos pacientes hacen un análisis propio, de riesgo-beneficio, de la necesidad versus conveniencia de tomar el o los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores: 1. Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación, 2. La percepción de gravedad de la enfermedad, 3. La credibilidad en la eficacia de la medicación y 4. Aceptación personal de los cambios recomendados. (15)

Los ensayos clínicos financiados por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) para evaluar la eficacia de las intervenciones con anti psicóticos (CATIE) compararon la efectividad de los medicamentos anti psicóticos más antiguos (disponibles por primera vez en la década de 1950) y

posteriores (disponibles desde la década de 1990) que se utiliza para tratar la esquizofrenia. Este proyecto fue diseñado para estudiar todas las causas de interrupción del tratamiento en la esquizofrenia encontrando que el 74% de los pacientes abandonaron los medicamentos dentro de los primeros 18 meses, con similares tasas para los de primera y segunda generación de anti psicóticos. Las razones para la interrupción incluyeron: por decisión de los pacientes (30%), la falta de eficacia (24%), los efectos secundarios intolerables (15%), y otras razones (31%) (6-9).

Algunas revisiones recientes de la literatura especializada (Grilo, Money, Barlow, et al. 1998) señalan algunos predictores del abandono del tratamiento relativamente bien documentados tales como bajo ingreso familiar, actitudes negativas del paciente hacia el tratamiento, atribución de crisis de angustia a estresores externos, y edad avanzada. La misma fuente enlista con menor valor predictivo: baja escolaridad del paciente, tratamientos previos de corta duración, hipersensibilidad a la angustia, baja evitación agorafóbica y búsqueda de apoyo social como estilo predominante de afrontamiento. (43)

Asociado a los factores de riesgo y consecuencias derivadas a la falta de adherencia, el ausentismo laboral en el contexto de los pacientes con esquizofrenia y enfermedades mentales se relaciona con características propias de la enfermedad como la falta de capacitación, formación o desprofesionalización, creencias relativas a supuesta agresividad, violencia o falta de control, que puede manifestarse de forma explosiva en el ámbito laboral, o bien una confusión entre “deterioro” y “discapacidad. (74) Un estudio reciente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard examinó el impacto de los trastornos psiquiátricos con relación a los días de trabajo perdidos (ausentismo) entre diferentes grupos ocupacionales en Estados Unidos. El número promedio de días perdidos atribuible a los trastornos citados llegó a los 6 días por mes por cada 100 trabajadores, mientras que el número de días de productividad reducida fue de 31 días por mes por cada 100 trabajadores. Aunque el impacto de días perdidos no difirió en las diferentes ocupaciones, el impacto en cuanto a productividad disminuida fue mayor en los trabajadores profesionales. Tanto el ausentismo como la productividad disminuida, fueron más frecuentes en aquellos con trastornos comórbidos que en los que estaban afectados por un solo trastorno. El estudio hizo una estimación anual que llegó a más de 4 millones de días de trabajo perdidos y a 20 millones de días de productividad disminuida. (75) Se ha demostrado que una adecuada inserción laboral directamente relacionada con una óptima adherencia terapéutica reduce el nivel de agresividad, violencia, maltrato intrafamiliar y recaídas propias de la enfermedad. (74)

La esquizofrenia se acompaña de un grado significativo de estigma y discriminación, que viene a incrementar la propia carga que la enfermedad supone para los pacientes y a sus familiares. A menudo, las personas con esquizofrenia deben enfrentarse a un aislamiento social, la discriminación que sufren en materias como la vivienda, la educación y las oportunidades de empleo, y a otras clases de prejuicios. La estigmatización suele extenderse, además, al resto de la familia y a quienes prestan servicios sanitarios a los pacientes con esquizofrenia. Por otra parte, los tratamientos que reciben los pacientes también pueden contribuir a magnificar el problema, especialmente si se presentan los efectos secundarios motores debilitantes que se derivan de la administración de determinados antipsicóticos. La estigmatización y la discriminación que acompañan a una enfermedad mental grave reducen las posibilidades de que estos enfermos se beneficien enteramente de los nuevos tratamientos médicos y pueden retrasar, por tanto, su recuperación. (84)

En países industrializados, menos del 20% de las personas con una enfermedad mental trabaja a tiempo completo o parcial (Anthony y Blanch, 1987; Farkas y col., 1987; Anthony y col., 1988). Este bajo nivel de empleo se debe tanto a la naturaleza de la economía (p. ej., altos niveles de desempleo) y a la incapacidad del sistema de apoyar a los desempleados en los países industrializados como a la propia discapacidad mental. (85) Cuando la competitividad es feroz, se tiende a rechazar a los aspirantes con antecedentes de enfermedad mental grave y se favorece a los que no los tienen. Además, las personas que sufren una enfermedad mental grave encuentran pocos incentivos para trabajar, porque cuantas más horas trabajan menos ingresos reciben de la pensión de incapacidad, del subsidio por desempleo y otras modalidades de ayuda económica (Bond y col., 1997). (86) La falta de incentivos puede aliviarse reduciendo de una forma más gradual los beneficios por incapacidad para los trabajadores que empiezan (Warner y Polack, 1995 b). El desempleo afecta negativamente a la evolución de la enfermedad mental grave. Los ingresos hospitalarios por esquizofrenia aumentan durante periodos de restricción económica (ej., la esquizofrenia empeoró durante la Gran Depresión; Warner, 1994), mientras que los esfuerzos para rehabilitar a enfermos mentales mejoran en condiciones de pleno empleo (Brenner, 1973).(84) Por supuesto, es importante para el paciente, como para todo el mundo, que el tipo de trabajo sea el adecuado. Los tipos de empleo más adecuados para quienes padecen esquizofrenia son los que se asocian en general, con situaciones bien estructuradas que no resultan demasiado estresantes. El trabajo temporal también puede ser una buena opción para algunas personas.(84)



A partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 de Seguridad Social en Colombia, la disponibilidad y el acceso a los tratamientos que requieren los pacientes psiquiátricos para el mejoramiento y/o restablecimiento de la salud se ha venido discutiendo, dado que los pacientes y sus familias o cuidadores, se ven obligados a una disminución de su capacidad económica y su productividad tanto en el lugar de trabajo como en el hogar, lo cual debe ser tenido en cuenta como costos adicionales en salud que generan la situación de discapacidad de dichos pacientes, ya que se ha descrito que entre las primeras causas de discapacidad en el mundo figuran seis enfermedades neuropsiquiátricas y dentro de éstas la esquizofrenia.(76) Adicionalmente, lo anterior contribuye al sufrimiento del paciente y su familia por, la destrucción de las redes sociales, la disminución de la calidad de vida de dichos pacientes y su estigmatización.

Para el año 2002 una encuesta de la OMS, el Proyecto Atlas, mostró que: más de un 40% de los países carecían de una política de salud mental, más del 30% de los países carecían de un programa de salud mental y más del 25% de los países carecían de medicación psiquiátrica básica en la atención primaria de salud; y para Colombia en el Plan Estratégico de Salud 2002-2006, se definió como una de las prioridades el análisis de la carga de los trastornos mentales y el desarrollo de una Política nacional de salud mental que permitiera al Estado y a la sociedad dar respuesta al complejo perfil de salud mental de la población colombiana. (77)

A partir de dicha necesidad se realizó el estudio de Salud Mental en el año 2003, dicho estudio menciona tres grupos de trastornos mentales: Trastornos del estado de ánimo que incluye la depresión y el trastorno afectivo bipolar, los Trastornos de ansiedad y finalmente otro grupo definido como cualquier trastorno; pero no hace diferencia específica para enfermedades como la esquizofrenia y lo que menciona con relación al acceso de Servicios de Salud es la distribución de las prevalencias de los trastornos mentales estudiados según régimen de seguridad social en salud, mostrando que la mayor prevalencia de cualquier trastorno principal, se encontró en personas con régimen subsidiado al igual que en los grupos diagnósticos de trastornos de ansiedad y ansiedad de separación. Y que en los grupos diagnósticos de trastornos del estado de ánimo y trastornos por sustancias, las mayores prevalencias fueron encontradas en personas sin régimen de seguridad social. Sin embargo es importante mencionar que en dicho estudio la frecuencia de uso de servicios de salud fluctuó entre el 5% para trastornos por sustancias al 14.2% para trastornos del estado de ánimo. Es decir, para ningún tipo de trastorno mental, el uso de servicios de salud supero el 15%. Entre un 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a algún servicio de salud. (76)

Lo encontrado evidenció concordancia con la necesidad del desarrollo de una Política Nacional de Salud mental en Colombia y la reevaluación de las

coberturas ofrecidas por el Plan Obligatorio de Salud. Es así como dentro de la evolución que ha tenido el POS durante la última década se ha propendido por la inclusión de los medicamentos para el manejo de las enfermedades mentales más prevalentes, de tal manera que desde la Ley 1122 de 2007 que incluye dentro de sus artículos la definición de un perfil epidemiológico para establecer de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública (78), hasta el Acuerdo 29 de 2011 del la Comisión de Regulación en Salud (CRES) se han realizado ampliado las coberturas con nuevas inclusiones dentro de los medicamentos contemplados para el tratamiento farmacológico de las enfermedades mentales y puntualmente la esquizofrenia, como Olanzapina, la Risperidona y la Sertralina (79-80), los cuales no estaban contemplados hasta hace tres años. Adicionalmente con relación a la cobertura de sesiones de psicoterapia en la actualidad el acuerdo 29 de 2011 menciona que la psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad (79) a diferencia de las coberturas al respecto otorgadas por la resolución 5261 de 1994 y el acuerdo 008 de 2009, los cuales tenían como exclusión: el tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada dando cobertura en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; y entendiendo por fase crítica o inicial aquella que prolongaba máximo hasta los treinta días de evolución. (82-83)

Con relación a la condición de discapacidad dada por la enfermedad mental, también se ha tenido una evolución en materia de normatividad, dada por la Ley 1306 del 2009 por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental. En la cual se definen los criterios que debe cumplir el cuidador de dichos pacientes mencionando que el encargado de la protección de la persona, sujeto con discapacidad mental deberá asegurar para éste un nivel de vida adecuado, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda apropiados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad (81).

### III. MARCO CONCEPTUAL

Según la definición de la OMS, la esquizofrenia se trata de un “grupo de psicosis en las que se presenta una deformación fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, una sensación de ser dominado por fuerzas extrañas, delirios que pueden ser extravagantes, percepción perturbada, anomalías en el afecto que no se ajusta a la situación real y autismo. Sin embargo, se mantienen usualmente una conciencia clara y una capacidad intelectual intacta”. (2)

La causa de la esquizofrenia sigue siendo desconocida, y posiblemente no sea única. La esquizofrenia es indudablemente una enfermedad heterogénea y refleja ser la influencia de numerosos factores ambientales, genéticos y ciertas condiciones psicosociales. Aunque múltiples investigaciones apuntan a un origen orgánico del trastorno, todavía se carece de un modelo consensual que explique su variada sintomatología clínica, por lo cual se clasifica dentro de los «trastornos funcionales» y no puramente «orgánicos». En vista que los síntomas positivos de la esquizofrenia son atenuados por medicamentos adecuados, se reconoce implícitamente una base no sólo funcional, sino también neurológica del trastorno. Además, se sabe con certeza que en la esquizofrenia aparece un exceso de dopamina. Algunos estudios sugieren que la genética, defectos durante el neurodesarrollo, el entorno durante la infancia o procesos psicológicos y sociales son factores importantes que pudiesen contribuir a la aparición de la esquizofrenia. Ciertos medicamentos y el uso de drogas ilícitas parecen causar o empeorar los síntomas. Se ha notado un consistente aumento en la actividad de la dopamina en la vía meso límbica del cerebro en las personas esquizofrénicas. Sin embargo, la dirección de la causalidad biológica continúa siendo una incógnita (13).

La esquizofrenia ha sido clasificada en simple, catatónica, desorganizada o paranoide. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales contiene en la actualidad cinco tipos de esquizofrenia y la CIE describe siete. Éstas son:

- Tipo paranoide: predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas (el DSM exige que no haya desorganización en el lenguaje ni afectividad inapropiada o plana)

- Tipo desorganizado: predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.
- Tipo catatónico: con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cérica; puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar de sus necesidades personales.
- Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- Tipo residual: donde los síntomas positivos están presentes tan sólo a baja intensidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce además los tipos:

- Depresión post-esquizofrénica: trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Raramente son tan importantes como para realizar un diagnóstico de depresión grave.
- Esquizofrenia simple: su desarrollo es insidioso, no manifiesta alucinaciones ni delirios, es menos psicótica y muestra fundamentalmente síntomas negativos (13).

Una persona con esquizofrenia, por lo general, muestra un lenguaje y pensamientos desorganizados, delirios, alucinaciones, trastornos afectivos y conducta inapropiada. Sin embargo, no existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. Es una enfermedad que se presenta con una variedad de síntomas a tal punto que se manejan diferentes formas de agruparlos basados en el elemento clínico esencial de cada categoría. La definición actual de las psicosis obliga a que los síntomas de la esquizofrenia estén presentes durante al menos un mes en un período de al menos seis meses. Una psicosis de tipo esquizofrénica de menor duración se suele denominar trastorno esquizofreniforme. Muchos modelos que caracterizan los síntomas de la esquizofrenia incluyen dos cuadros sindrómicos constantes, los síntomas positivos y los síntomas negativos (12).

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en la cuidadosa observación de signos y síntomas, en la exploración metódica de las vivencias de una persona y en la acumulación de antecedentes desde todas las fuentes posibles: familia,

amigos, vecinos, trabajo. No existen pruebas de laboratorio ni exámenes de imágenes que ayuden a establecer el diagnóstico, a menos que lo que se pretenda sea descartar otras patologías.

En cuanto al tratamiento, los antipsicóticos son los fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia. Se clasifican en:

a) *Antipsicóticos típicos*: El bloqueo dopaminérgico parece importante para el control de los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios), pero no todos los pacientes responden igual ni todos los síntomas mejoran de la misma forma. Confieren un mayor riesgo de efectos secundarios extrapiramidales, tales como distonía, síntomas parkinsonianos y una incapacidad para quedarse quieto. La discinesia tardía es un trastorno crónico del sistema nervioso caracterizado por movimientos involuntarios de sacudida, principalmente de la cara, lengua y mandíbula.

b) *Antipsicóticos atípicos*: Los principales antipsicóticos atípicos modernos son la clozapina, la olanzapina y la risperidona, Debido al perfil más favorable de los antipsicóticos de segunda generación se utilizan con frecuencia en el tratamiento inicial del primer episodio de psicosis. Este régimen inicial suele ser conservador de incremento progresivo de la dosis, no sólo porque parecen más eficaces, sino también porque es menos probable que produzcan efectos adversos clínicamente importantes, como los síntomas extrapiramidales. Otros efectos secundarios a los que los antipsicóticos atípicos se han asociado son al aumento de peso, dislipidemias, agranulocitosis o aparición de convulsiones. Además, estos son pacientes que suelen requerir únicamente dosis iniciales bajas para el control y remisión de los síntomas (12,13,16).

c) *Las benzodiazepinas* se han utilizado solas o en combinación con antipsicóticos, administradas a dosis muy elevadas con la finalidad de minimizar la agitación, los trastornos del pensamiento, las ideas delirantes y las alucinaciones. Las benzodiazepinas facilitan la neurotransmisión del GABA, que puede a su vez inhibir la neurotransmisión de la dopamina. La respuesta individual es muy variable y suele ser más efectiva como coadyuvante de los antipsicóticos (13).

Según el Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia (GEOPTTE), antes del descubrimiento de los primeros antipsicóticos era necesario mantener a los pacientes esquizofrénicos en un asilo donde se les contuvieran sus conductas y se lograra disminuir en lo posible

situaciones de estrés, significando esto estancias muy prolongadas o vitalicias. Sin embargo la llegada de los antipsicóticos clásicos, permitió que un gran número de pacientes tuviera un control adecuado de sus síntomas positivos principalmente, favoreciendo estancias más cortas, disminuyendo el número de pacientes que vivían de forma permanente en los centros de salud mental y facilitando que el paciente estuviera con su familia la mayor parte del tiempo. (34)

Con la aparición de los antipsicóticos atípicos, se evidencia que los pacientes logran mantener un mayor grado de funcionalidad, mejorando en forma importante los síntomas negativos y cognitivos, sumado a una mayor tolerancia, avance científico que acerca al concepto de curación del paciente esquizofrénico. Sin embargo, nada de esto sería posible si no se da un cumplimiento de la medicación de forma correcta, ya que la misma constituye la base de casi todas las intervenciones terapéuticas para la esquizofrenia. (3)

La Conferencia celebrada en Brugge (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. (1)

Haynes, y col. (1979) definen adherencia como “hasta qué punto la conducta de la persona coincide con el consejo médico o de salud” y la mayoría de la investigaciones se han centrado en la adherencia a la medicación, pero la adherencia también abarca numerosos aspectos relacionados con la salud y comportamientos que se extienden más allá de tomar los medicamentos prescritos (2), por lo que puede referirse también al cambio de un hábito de vida e incluso a la participación activa en un tratamiento psicológico, es decir que la adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.(1)

Teniendo en cuenta lo anterior se define como “no-adherencia” la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. La falta de adherencia a la terapia farmacológica entre los pacientes con trastornos psiquiátricos, tales como la esquizofrenia, es un gran obstáculo a los resultados del tratamiento, lo cual se asocia con recaídas de manera

significativa, aumento en el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, pobre funcionamiento mental, menor satisfacción con la vida, mayor ausentismo laboral, mayor uso de sustancias ilícitas, el aumento de conducta suicida y aumento de costos de la atención en salud de estos pacientes. (3)

La determinación del cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia no es fácil e implica problemas metodológicos importantes debido a factores tales como que el paciente generalmente no admite que ha dejado de tomar el tratamiento especialmente ante el médico que lo trata y que no hay una forma útil y confiable para determinar el grado de concentración sanguínea. (6)

Las herramientas con el propósito de medir la adherencia al tratamiento son diversas y la mayoría de ellas no cumplen con su propósito en su totalidad, ya que la adherencia engloba dos conceptos: el cumplimiento de la dosis y la forma de administración y para cada uno no existe un método único de medición. (52) La adherencia a un tratamiento específico se puede evaluar a través de métodos directos y/o indirectos. Los métodos directos incluyen análisis de sangre o análisis de orina para medición de la concentración del medicamento en el organismo y evaluar si las dosis administradas son las dosis óptimas para el manejo de la enfermedad y observación directa del paciente. Los métodos indirectos, que son menos costosos pero a su vez menos precisos, incluyen revisiones de expedientes, monitorización de la respuesta clínica, autoinforme del paciente, conteo de medicamentos, la revisión registros de la farmacia, dispositivos de monitoreo electrónico y evaluación de herramientas. El uso regular de dichas herramientas desarrolladas para su uso en la esquizofrenia, puede ayudar a detectar los problemas de adherencia e identificar las razones específicas como la ineficacia, el olvido de tomar los medicamentos, efectos secundarios, y otros síntomas preocupantes. (7, 52). Sin embargo, el uso de estas herramientas indirectas no logra discriminar el cumplimiento de los intervalos entre las dosis o la toma real de los medicamentos (52, 53).

Weiden, y col. (1994) elaboraron una escala de evaluación del cumplimiento terapéutico (Rating of Medication Influences: ROMI) con el objetivo de valorar las actitudes de los pacientes ante la toma de la medicación. La ROMI consta de tres subescalas relacionadas con el cumplimiento (Prevención, Influencia de los demás, Idoneidad de la medicación) y cinco subescalas relacionadas con el incumplimiento (Negativismo/Disforia, Problemas logísticos, Rechazo de la etiqueta, Influencia familiar, Alianza terapéutica negativa). Con esta escala se obtiene información útil para la clínica ya que se evalúa la percepción de los

pacientes sobre la toma de la medicación y su propia decisión. Existe una versión en español de la escala que ha sido aplicada satisfactoriamente en un estudio piloto (Somoza-Lennon, y col., 1992). (11,15).

Morisky y colaboradores (1986) realizaron una investigación cuyo objetivo fue revisar las propiedades psicométricas y la validez concurrente y predictiva de una medida de autoreporte de adherencia al tratamiento compuesta por cuatro ítems: olvido en tomar el medicamento por el paciente, toma de la medicación a la hora indicada, suspensión de la medicación si el paciente se encuentra bien y suspensión de la medicación si el paciente se encuentra en malas condiciones (52, 53). Este cuestionario es el más utilizado validado en su versión española y ha sido empleado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos, antiretrovirales para SIDA, osteoporosis y trastorno afectivo bipolar (52, 54). Se han realizado estudios para evaluar dicha escala en la práctica diaria, junto con versiones modificadas de la misma (Smith y colaboradores en el año 2006), identificando que esta herramienta constituye un método eficaz para detectar problemas de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas por lo que recomiendan su inclusión en la práctica clínica diaria como método de tamizaje permanente (52,54).



## **IV. METODOLOGIA**

### **A. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio de corte transversal. La información fue tomada directamente mediante cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, pertenecientes a la Clínica de la Paz en Bogotá con el fin de realizar una evaluación de la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos y los posibles factores asociados entre el 2 de Diciembre de 2008 y 25 de Junio de 2009.

### **B. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia valorados en la Clínica de prestación de atención psiquiátrica La paz en Bogotá en los servicios de consulta externa y hospitalización, entre el 2 de Diciembre de 2008 y 25 de Junio de 2009.

### **C. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### Criterios de Inclusión

Hombres y mujeres entre 18 y 65 años de edad con Diagnóstico de Esquizofrenia de acuerdo con los criterios del DSM-IV, valorados durante el periodo del estudio, en el servicio de consulta externa y hospitalización en la Clínica de prestación de atención Psiquiátrica La Paz en Bogotá.

#### 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.

## D. MUESTRA

### i. DISEÑO DE LA MUESTRA

El muestreo fue consecutivo o secuencial de los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia de la Clínica La Paz, tanto del área de consulta externa como de hospitalización, los cuales ingresaron a partir del inicio del estudio en diciembre 02 de 2008, en forma diaria, hasta completar el tamaño de la muestra requerido en junio 25 de 2009.

### ii. MARCO MUESTRAL

Listado de pacientes hospitalizados y de consulta externa con diagnóstico de Esquizofrenia de la clínica la Paz, entre 02 de Diciembre de 2008 y 28 de Junio de 2009.

- **Unidad de muestreo:** Paciente esquizofrénico.
- **Unidad de observación:** Paciente esquizofrénico.

### iii. PRECISIÓN DE LA MUESTRA

Para estimar la precisión de la muestra contando con un nivel de confianza del 95%, la prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia en el presente estudio la prevalencia fue de 51.1%, a partir de un tamaño de muestra de 184 sujetos.

$$d^2 = \sqrt{\frac{Z^2 pq}{n}}$$

$$d^2 = \sqrt{\frac{(1.96)^2(0.51)(0.49)}{184}}$$

$$d^2 = \sqrt{0.005217}$$

$$d = 0.07$$

Donde:

$d$  = Precisión

$z$  = 1.96 para el 95% de confianza

$p$  = Frecuencia esperada del factor a estudiar

$q$  =  $1 - p$

$n$  = Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra final, presentó una confiabilidad del 95% y un 7% de precisión, siguiendo la fórmula anteriormente descrita (19). Su importancia radica en el hecho que en los estudios transversales el tamaño de muestra se

calcula de tal manera que permita estimar la prevalencia de un evento determinado y factores asociados, o bien, la diferencia en la variable de resultado de acuerdo con la variable de exposición, con un determinado poder y nivel de confianza. Es decir que un tamaño de muestra pequeño no permitirá que el estudio tenga el poder suficiente para encontrar asociaciones significativas entre las variables de exposición y resultado, y un tamaño excesivo ocasionará dispendio de recursos y tiempo (65).

## **E. VARIABLES DEL ESTUDIO**

La definición y operacionalización de las variables de estudio se encuentran en anexo 4.

### Variable dependiente

Se evaluó la no adherencia a antipsicóticos en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, manejados en la Clínica la Paz en Bogotá durante el período comprendido entre el 02 de Diciembre de 2008 hasta el 25 de Junio de 2009 a través de las siguientes variables:

- Consumo a diario de dosis completas de medicamentos formulados.
- Número de días en que el sujeto suspendió el tratamiento farmacológico en el último mes.
- Suspensión de medicamentos por presencia de eventos adversos.

Basados en el Test de **Morisky-Green** (52,54), el cual tiene la finalidad de valorar actitudes del paciente frente al tratamiento que está recibiendo y teniendo en cuenta que dos de las anteriores variables están contenidas en él, se creó una nueva variable de adherencia unificando las tres anteriores, considerándose al sujeto como no adherente al tratamiento farmacológico con el hecho que arrojase una sola una respuesta que indicara suspensión del consumo del medicamento en cualquier momento de su vida.

### Variables independientes

#### **Factores personales**

- Características demográficas: género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y desempeño laboral y estrato socioeconómico.

- Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

### **Factores familiares**

- Antecedentes psiquiátricos en familiares.
- Red de apoyo y relaciones familiares.

### **Factores propios de la enfermedad**

- Edad de inicio de la enfermedad.
- Reconocimiento de la enfermedad.
- Sujeto proveniente de consulta externa/hospitalización.
- Hospitalizaciones previas por enfermedad mental.
- Intento de suicidio.
- Medicamentos formulados.

### **Presencia de eventos adversos.**

### **Factores asociados con acceso a servicios de salud**

- Número de consultas en el último año
- Medicamentos entregados a tiempo en el último mes
- Medicamentos entregados en su totalidad en el último mes
- Medicamentos entregados en su totalidad en el último año

## **F. DISEÑO Y PRUEBA DE INSTRUMENTOS**

Teniendo en cuenta las variables de los diferentes factores prevenibles y otros factores determinados para el estudio, se construyeron las preguntas correspondientes en un primer cuestionario al que posteriormente se llevó a cabo una prueba piloto con 10 sujetos psicóticos de consulta privada y sus cuidadores. Se construyó un instrumento evaluativo en términos de entendimiento del lenguaje, términos usados, tiempo de realización, extensión del instrumento y dificultades en la entrevista con el paciente psiquiátrico y/o

cuidador. Se realizaron modificaciones en la medición del consumo de sustancias psicoactivas (tipo de bebida alcohólica y edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas); y en el uso de una escala ordinal igual, en las preguntas que tenían relación; esta escala fue 1. Siempre, 2. Casi siempre, 3. Alguna vez, 4. Casi nunca y 5. Nunca. (Anexo 1)

Para registrar la información se diseñó un cuestionario estructurado (fuente primaria) que fue utilizado durante las entrevistas. (Anexo 2)

Adicionalmente se verificó la información de las historias clínicas del paciente (fuente secundaria) y vía telefónica con el cuidador. Finalmente, se diseñó una base de datos con el programa SPSS versión 18.0 para el registro y posterior análisis de la información. Para minimizar el grado de error en la entrada de datos se realizó un control mediante doble digitación de los mismos, en subconjunto de pacientes.

## **G. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

- Se identificaron los pacientes que cumplieron los criterios de selección de caso, del listado diario de hospitalización y consulta externa de la clínica de la Paz, se corroboró el diagnóstico y se estableció la edad y género, con el software que contiene la base de datos de la historia clínica de la institución.
- Se solicitó la aceptación del consentimiento informado por parte del paciente y/o su cuidador, mediante la firma de este documento. (Anexo 3)
- Se realizó la entrevista directa con el paciente y/o cuidador del sujeto seleccionado para el estudio.
- Se revisaron los cuestionarios del estudio por parte del grupo de investigación (psiquiatra, ingeniera e investigador) y se evaluó la información obtenida y los datos faltantes.
- Se corroboraron y completaron los datos de las variables de estudio, revisando las historias clínicas digitadas en el software de la clínica de la Paz y con la información que aun faltaba o fue necesario corroborar se obtuvo vía telefónica con los cuidadores del paciente.

- Se evaluó la reproducibilidad (confiabilidad) en 20 pacientes en dos momentos diferentes con diferencia entre uno y dos meses, obteniendo alta reproducibilidad de la información (> 95%). Las variables que mostraron mínimos cambios fueron número de intento suicidas, frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas y edad de inicio de síntomas.
- Se verificó la información cruzando subconjuntos de las bases de datos y se realizaron frecuencias y cruces lógicos, en el proceso de depuración de la información.
- Se procesó la información en SPSS versión 18.0, teniendo en cuenta el plan de análisis realizado.

## **H. VALIDEZ: SESGO Y VARIABLES DE CONFUSIÓN**

Los datos fueron recolectados con alta calidad directamente del paciente y de fuentes confiables (historia clínica y cuidadores del paciente). Para controlar sesgos de clasificación se recolectaron los datos a través de una encuesta al cual se le practicaron pruebas piloto para detectar errores en los instrumentos, en el lenguaje utilizado. También se tuvo en cuenta la información faltante, la cual se recolectó a través de la historia clínica o vía telefónica con el cuidador. Se realizaron pruebas a través de un proceso de depuración para detectar problemas en la transcripción de dichos datos.

Se realizó un análisis multivariado para controlar las variables de confusión con el modelo de regresión logística incondicional. Con relación al control de los sesgos de selección, se incluyeron todos los individuos durante un periodo de tiempo, que cumplieron los criterios de selección.

## **I. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

A las variables cuantitativas se les evaluó normalidad usando las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk a un nivel de significancia de 5% ( $p < 0,05$ ). Para las variables cuantitativas continuas y discretas con distribución normal se usó la media aritmética como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. En las variables cuantitativas cuya

distribución fue diferente a normal, se uso la mediana como medida de tendencia central y los rangos intercuartiles como medida de dispersión. Las variables categóricas se presentaron en forma de frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes.

Se estableció una variable de no adherencia unificada. La prevalencia de no adherencia al tratamiento antipsicótico se determinó como la medida de frecuencia relativa expresada en porcentaje (%) en la población total,

En el análisis bivariante, se evaluó la asociación entre los factores y la no adherencia al tratamiento antipsicótico con la prueba asintótica de Ji Cuadrado de Pearson ó el test exacto de Fisher y razón de verosimilitud exacta (valores esperados menores de 5). Adicionalmente, se evaluó la fuerza de asociación de los factores que presentaron una diferencia estadísticamente significativa a través de razones de prevalencia junto con su respectivo intervalo de confianza del 95%.

Se realizó un análisis multivariado con el modelo de regresión logística incondicional ajustando por posibles variables confusoras para generar modelos que pudieran explicar el desenlace tenido en cuenta. Se tuvieron en cuenta posibles problemas de multicolinealidad entre las variables independientes a evaluar.

El nivel de significancia utilizado fue del 5% ( $p < 0.05$ ).

## **J. ASPECTOS BIOETICOS**

Este proyecto se realizó a partir de una fuente de recolección de información primaria. Para la recolección inicial se aplicó el método observacional sin intervención para los pacientes y basado con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”), clasificando la medición y el estudio como una “Investigación con riesgo mínimo”. En la recolección primaria se cumplió con lo establecido por el Ministerio de Protección Social colombiano con la ley 23 de 1981 y el decreto 2381 de 1993.

Se cumplieron con los lineamientos jurídicos y éticos contemplados en modificación (Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación

que involucra sujetos humanos”) y de la última modificación en Seúl, Corea en Octubre de 2008.

Se contó además con el consentimiento informado, el cual permitió la recolección de información y se obtuvo en su respectivo momento, la aprobación por parte del comité de ética de investigación de la Clínica Psiquiátrica de la Paz.



## V. RESULTADOS

### A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El grupo de estudio lo conformaron 184 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en donde el 65% correspondían al género masculino. La mínima edad fue de 19 años y la máxima de 65 años, con un promedio de  $41.4 \pm 12.1$  años. El estado civil con mayor frecuencia en los pacientes fue soltero con 72%. El nivel educativo más frecuente fue secundaria con 63.6%. Los estratos socioeconómicos más frecuentes fueron el II y el III con un porcentaje total de 86.4%. En cuanto a la ocupación se encontró que el 58.7% de los pacientes no tenían ningún tipo de trabajo en el momento en el que fue realizado el estudio y para el 41% que tenían algún tipo de ocupación el 18.5% reportó tener un buen desempeño laboral. De los 184 pacientes, la edad mínima de inicio de los síntomas fue de 12 años y la máxima de 57 años, con un promedio de  $23.8 \pm 9.6$  años. El 85.3% reconocían adecuadamente su enfermedad. El 55% consumía bebidas alcohólicas y 32.6% habían consumido cigarrillo. Caso contrario ocurrió ante el consumo de sustancias psicoactivas ya que en los últimos 30 días el 92% no habían consumido marihuana, el 98.4% no habían consumido cocaína, el 99% no habían consumido basuco y ninguno había consumido éxtasis.

Del grupo de estudio se reportó el 59.2% de pacientes con familiares sin ningún antecedente de enfermedad mental y un 22.3% de pacientes con familiares en primer grado con dichos antecedentes.

El antipsicótico que con más frecuencia fue formulado como tratamiento para este tipo de pacientes fue clozapina en un 55% seguido de haloperidol en un 25%. Sin embargo el 56.5% de los pacientes reportaba estar tomando otro tipo de medicamentos.

En cuanto al acceso a los medicamentos se encontró que el 84% de los pacientes recibían sus medicamentos a tiempo y al 82% se les hacía entrega completa de sus medicamentos.

De los 184 pacientes, el 75.5% había cumplido la totalidad de las citas de psiquiatría programadas en el último año para el momento en que se realizó el estudio, acompañados siempre por sus familiares en un 44%; el 40.8% había tenido 4 consultas médicas en el último año, el 57.6% había tenido entre 1 a 5

hospitalizaciones por enfermedad mental a lo largo de su vida y el 70% no habían tenido antecedentes de intento de suicidio.

Se encontró que el 68.5% de los sujetos tomaban las dosis completas del medicamento, el 62% en los últimos 30 días no había suspendido medicación, el 74.5% habían presentado algún tipo de evento adverso y el 48% habían suspendido la medicación por dichos efectos, dentro de los cuales los reportados con mayor frecuencia fueron temblores (22.8%), visión borrosa (19%), estreñimiento (18%) y rigidez (11.4%).

La totalidad de los resultados descriptivos se puede encontrar en el anexo 1 del presente documento.

## **B. PREVALENCIA DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS**

La prevalencia de no adherencia al tratamiento con antipsicóticos fue del 51.1%, que corresponde a 94 pacientes de los 184 estudiados, siendo mayor en el género masculino (51.2%), en los menores de 45 años (35.2%), en los solteros (44.6%) y en quienes no tenían algún tipo de ocupación (34.8%). La prevalencia de no adherencia al tratamiento fue mayor en los estratos I y II con un 52.6%. En sujetos con ingesta de alcohol la prevalencia fue similar frente a los sujetos sin consumo (31.5% vs 30%). En los sujetos con uso de cigarrillo la prevalencia de no adherencia fue menor en comparación con los que no fumaban (18.5% vs. 43%).

Los pacientes que cumplieron con sus citas la prevalencia fue de 24.6%, es decir menor que la que se presentó en los pacientes que incumplían sus citas: 28.7%.

Al comparar la prevalencia en pacientes con antecedente de hospitalización, la prevalencia en pacientes con hospitalizaciones previas menores a 10 días fue de 30.8% comparado con 17.7% en pacientes con hospitalizaciones mayores a 10 días.

## **C. FACTORES ASOCIADOS**

Para el análisis de los factores asociados se tomará en adelante el grupo de los 94 pacientes que mostraron no adherencia al tratamiento farmacológico, entendiéndose como la no adherencia el incumplimiento de al menos uno de los

ítems evaluados: consumo a diario de dosis completas de medicamentos formulados, número de días en que el sujeto suspendió el tratamiento farmacológico en el último mes y suspensión de medicamentos por presencia de eventos adversos, de acuerdo a los parámetros definidos en test de Morisky-Green.

De acuerdo a los anteriores criterios de análisis definidos, el pertenecer a los estratos socioeconómicos I y II mostró tener una asociación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico con anti psicóticos (59.3% vs 43.9%; RP=1.35; IC 95% 1.01 - 1.79) al igual que los pacientes que solo tenían un nivel educativo de primaria (69% vs 47.7%; RP = 1.44; IC 95% 1.07 - 1.93), como se puede observar en la tabla 1.

**Tabla 1. Asociación de factores socio-demográficos con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia.**

Tipo Variable	Variable	Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.	
Demográficas	Hospitalizado	62 (51,2%)	1,009	0,748- 1,360	1 (*)	
	Ambulatorio	32 (50,8%)				
	Hombre	62 (51,2%)	1,009	0,748- 1,360	1 (*)	
	Mujer	32 (50,8%)				
	Ocupación	Si	43 (56,6%)	1,198	0,905-1,586	0,233 (*)
		No	51 (47,2%)			
	Estado civil	Con conyugue	18 (62,1%)	1,26	0,91 - 1,75	0,22
	Sin Conyugue	76 (49%)				
	Estrato socioeconómico I y II	<b>51 (59,3%)</b>	<b>1,35</b>	<b>1,01 - 1,79</b>	<b>0,04</b>	
		<b>43 (43,9%)</b>				
Nivel educativo	Ninguno	Si	No calcula datos para no adherencia		0,48 (*)	
		No				0 (0%)
	Primaria	Si	<b>20 (69%)</b>	<b>1,44</b>	<b>1,07 - 1,93</b>	<b>0,04</b>
		No	<b>74 (47,7%)</b>			
	Secundaria	Si	58 (49,6%)	0,92	0,69 - 1,23	0,64
		No	36 (53,7%)			
	Universitario	Si	13 (40,6%)	0,76	0,48 - 1,18	0,24
		No	81 (53,3%)			
Posgrado	Si	3 (60%)	1,18	0,56 - 2,44	1 (*)	
	No	91 (51,8%)				

(\*) Test exacto de Fisher

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

Así mismo, dentro del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, el haber consumido marihuana se relacionó con una asociación significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos (86.7% vs 47.9%, RP=1.80, IC95% 1.40 – 2.32), como se puede observar en la tabla 2.

**Tabla 2. Asociación de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en el último mes	Alcohol	Si	51 (50,5%)	1,026	0,773 - 1,362	0,88 (*)
		No	43 (51,8%)			
	Cigarrillo	Si	31 (51,7%)	1,017	0,753 - 1,372	1 (*)
		No	63 (50,8%)			
	Marihuana	Si	<b>13 (86,7%)</b>	<b>1,808</b>	<b>1,404 - 2,32</b>	<b>0,005 (*)</b>
		No	<b>81 (47,9%)</b>			
	Cocaína	Si	2 (66,7%)	1,312	0,582 - 2,957	1 (*)
No		92 (50,8%)				
Bazuco	Si	2 (100%)	1,978	1,713 - 2,284	0,498 (*)	
	No	92 (50%)				
Extasis	Si	0,00%	No se calcula ningún estadístico porque ningún paciente consumió extasis			
	No	94 (51)%				

(\*) Test exacto de Fisher

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

En contraste, la entrega completa de medicamentos en el último mes se encontró asociada con menor probabilidad de no adherencia farmacológica al tratamiento (46.4% vs. 72.7%, RP=0.637, IC95% 0.48 – 0.83), al igual que el haber sido entregados a tiempo (43.9% vs. 89.7%, RP= 0.48, IC95% 0.39 – 0.60). (Tabla 3)

**Tabla 3. Asociación de frecuencia en la entrega de medicamentos por parte de la EPS con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Administrativas	<b>Medicamentos entregados a tiempo en el último mes</b>	Si	<b>68 (43,9%)</b>	<b>0,489</b>	<b>0,394 - 0,608</b>	<b>&lt;0,001</b>
		No	<b>26 (89,7%)</b>			
	<b>Entrega completa de Medicamentos en el último mes</b>	Si	<b>70 (46,4%)</b>	<b>0,637</b>	<b>0,486 - 0,835</b>	<b>0,007</b>
		No	<b>24 (72,7%)</b>			
	Entrega total de medicamentos de medicamentos en el último año por parte de la EPS	Si	61 (46,9%)	0,768	0,580 - 1,016	0,105
		No	33 (61,1%)			

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

Con relación al tipo de medicamentos que consumen los pacientes, aunque es importante aclarar que no fue posible diferenciar entre los medicamentos que utilizan los pacientes dado que el tratamiento incluye en algunas ocasiones su uso de forma simultánea, en general no se encontró asociación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico, al igual que con el insight que los pacientes tengan de su enfermedad (RP 0.906, IC 95% (0.625 – 1,313) p 0.68). (Tabla 4).

**Tabla 4. Asociación de frecuencia en la entrega de medicamentos por parte de la EPS con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Medicamentos	Haloperidol	Si	25(54,3%)	1,087	0,795 - 1,486	0,734
		No	69(50%)			
	Clozapina	Si	52 (51,5%)	1,017	0,765 - 1,352	1
		No	42 (50,6%)			
	Risperdal, Olanzapina y Quetiapina	Si	8 (40%)	0,763	0,437 - 1,330	0,34
		No	86 (52,4%)			
Sinogán	Si	12(44,4%)	0,851	0,544 - 1,331	0,534	
	No	82 (52,2%)				
Otros medicamentos	Si	55 (52,9%)	1,085	0,813 - 1,448	0,656	
	No	39 (48,8%)				
El paciente sabe que medicamentos toma	Si	3 (60%)	1,18	0,569 - 2, 449	1 (*)	
	No	91 (50,8%)				

(\*) Test exacto de Fisher

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

Dentro de los eventos adversos, el mareo mostró asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico (70.8% vs 48.1%, RP=1.47, IC95%: 1.08 – 1.99). (Tabla 5)

**Tabla 5. Asociación de efectos adversos relacionados con el consumo de antipsicóticos y la no adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Efectos adversos	<b>Mareo</b>	Si	<b>17 (70,8%)</b>	<b>1,472</b>	<b>1,087 - 1,993</b>	<b>0,004</b>
		No	<b>77 (48,1%)</b>			
	Temblor	Si	24 (57,1%)	1,159	0,850 - 1,581	0,386
		No	70 (49,3%)			
	Rigidez	Si	12 (57,1%)	1,136	0,761 - 1,696	0,646
		No	80 (50,3%)			
	Estreñimiento	Si	12 (36,4%)	0,67	0,417 - 1,076	0,083
		No	82 (54,3%)			
Visión borrosa	Si	22 (62,9%)	1,301	0,960 - 1,763	0,136	
	No	72 (48,3%)				
Problemas sexuales	Si	9 (60%)	0,193	0,769 - 1,851	0,59	
	No	85 (50,3%)				
Otros efectos	Si	37 (52,9%)	1,057	0,793 - 1,409	0,762	
	No	56 (50%)				
Ningún efecto adverso	Si	23 (49%)	0,944	0,676 - 1,318	0,739	
	No	71 (51,8%)				

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

Los pacientes que reportaban tener familiares de primer grado con antecedentes de enfermedad mental demostraron tener una asociación significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos (68.3% vs 46.2%, RP=1.48, IC95%: 1.12 -1.94); De los familiares en primer grado reportados con antecedente de enfermedad mental, quien mostró tener asociación significativa fue la mamá (85.7% vs 48.2%, RP=1.77, IC95% 1.36 - 2.31) (Tabla 6)

**Tabla 6. Asociación entre antecedentes familiares de enfermedad mental y la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Familiares con enfermedad Mental	Padre	Si	5 (50%)	0,978	0.51-1.84	1 (*)
		No	89 (51.1%)			
	Madre	<b>Si</b>	<b>12 (85.7%)</b>	<b>1,77</b>	<b>1.36 - 2,31</b>	<b>0,01 (*)</b>
		<b>No</b>	<b>82 (48.2%)</b>			
	Abuelos	Si	5 (62.5%)	1,23	0.70 - 2.15	0,72 (*)
		No	89 (59.6%)			
	Tios	Si	15 (65.2%)	1,32	0.94 - 1.86	0,18
		No	79 (49.1%)			
	Hijos	Si	1 (50%)	0,97	0.24 - 3.94	1 (*)
		no	93 (51%)			
Otros Familiares	Si	12 (54%)	1,07	0.71 - 1.62	0,82	
	no	82 (50.6%)				
Ningún Familiar	<b>Si</b>	<b>46 (42.2%)</b>	<b>0,65</b>	<b>0.50 - 0.87</b>	<b>0,004</b>	
	<b>No</b>	<b>48 (64%)</b>				
Familiares 1 Grado (papa,mama,hijos,	<b>Si</b>	<b>28 (68.3%)</b>	<b>1,48</b>	<b>1.12 - 1.94</b>	<b>0,01</b>	
	<b>No</b>	<b>66 (46.2%)</b>				
Familiares 2 Grado (Resto)	Si	19 (68%)	1,41	1.04 - 1.91	0,065	
	No	75 (48.1%)				

(\*) Test Exacto de Fisher

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

Los pacientes que manifestaron haber asistido entre 1 a 2 consultas en el último año mostraron una asociación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos (1 consulta: 72.4% vs 47.1%, RP=1.53, IC95%: 1.16 – 2.03; 2 consultas: 68.8% vs 47.4%%, RP=1.45, IC95% 1.08 – 1.93); es decir a menor número de consultas menor adherencia al tratamiento farmacológico. (Tabla 7)

**Tabla 7. Asociación de la asistencia a servicios de salud (consultas y hospitalizaciones) con la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Consultas	Cumplimiento de citas	Si	66 (47.5%)	0,76	0.57 - 1.01	0,09
		No	28 (62.2)			
	1 consulta en el ultimo año	Si	<b>21 (72.4%)</b>	<b>1,53</b>	<b>1.16 - 2.03</b>	<b>0,01</b>
		No	<b>73 (47.1%)</b>			
	2 consultas en el ultimo año	Si	<b>22 (68.8%)</b>	<b>1,45</b>	<b>1.089 - 1.93</b>	<b>0,03</b>
		No	<b>72 (47.4%)</b>			
	3 consultas en el ultimo año	Si	26 (57.8%)	1,18	0.87 - 1.59	0,31
		No	68 (48.9%)			
4 consultas en el ultimo año	Si	<b>24 (32%)</b>	<b>0,49</b>	<b>0.34 - 0.41</b>	<b>0</b>	
	No	<b>70 (64%)</b>				
5 consultas en el ultimo año	Si	0 (0%)	No se obtiene dato para no adherencia		0,23	
	No	94 (51.6%)				
6 consultas en el ultimo año	Si	1 (100%)	1,96	1.70 - 2.26	1 (*)	
	No	93 (50.8%)				
Hospitalizaciones	Hospitalizaciones por enfermedad mental	Si	79 (50.6%)	0,94	0.64 - 1.38	0,83
		No	15 (53.6%)			

(\*) Test exacto de Fisher

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

Las demás variables estudiadas relacionadas con la red de apoyo social de los pacientes dadas por las relaciones interpersonales de los pacientes con esquizofrenia (Familiares con quien vive, relación con otras personas y si son acompañados por los familiares a las consultas) y los antecedentes de intentos de suicidio (RP=1,26 IC95%: 0.95 – 1.68), no mostraron tener asociación significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico (Tabla 8).

**Tabla 8. Asociación entre la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia y las variables relacionadas con red de apoyo social de los pacientes.**

Tipo Variable	Variable		Prevalencia NO Adherencia	RP	IC	SIG.
Relaciones interpersonales	Vive con esposo (a)	Si	18 (64.3%)	1,32	0.95 - 1.81	0,15
		No	76 (48.7%)			
	Vive con hijos	Si	19 (57.6%)	1,15	0.83 - 1.61	0,44
		no	75 (49.7%)			
	Vive con Padre	Si	32 (59.3%)	1,24	0.93 - 1.65	0,19
		No	62 (47.7%)			
	Vive con madre	Si	48 (45.3%)	0,76	0.58 - 1.01	0,075
		No	46 (59%)			
	Vive con hermanos	Si	42 (50.6%)	0,98	0.73 - 1.30	1
		No	52 (51.5%)			
Vive con abuelos	Si	2 (50%)	0,97	0.36 - 2.63	1 (*)	
	No	92 (51.1%)				
Vive con tíos	Si	0 (0%)	No se obtiene dato para no adherencia		0,26 (*)	
	No	94 (52.5%)				
Vive con otros Familiares	Si	11 (39.3%)	0,73	0.45 - 1.19	0,21	
	No	83 (53.2%)				
Relación con otras personas	Si	85 (50%)	0,77	0.51 - 0.18	0,4	
	No	9 (64.3%)				
Lo acompañan los familiares a la consulta	Si	83 (50.6%)	0,92	0.60 - 1.40	0,81	
	No	11 (55%)				

(\*) Test Exacto de Fisher

n= 94 pacientes no adherentes a tratamiento farmacológico

#### D. ANÁLISIS MULTIVARIADO

Se construyó un modelo explicativo o asociativo de no adherencia en forma jerárquica analizando de forma individual cada uno de los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) con el hecho de no tener adherencia terapéutica a los antipsicóticos en el paciente esquizofrénico. Se determinó que los factores que en conjunto explicaron el evento fueron, el no haber tenido a tiempo los medicamentos en el último mes y el no haber recibido la totalidad de medicamentos en el último mes, siendo factores con mayor probabilidad de no adherencia, mientras que el haber tenido más de dos consultas médicas en el último año, el no tener antecedente familiar de madre con enfermedad mental, pertenecer a un estrato socioeconómico diferente al I y al II, el no consumo de marihuana ni haber presentado mareo como evento adverso relacionado con el medicamento se comportaron como factores de menor probabilidad de asociación de no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos.



**Tabla 9. Modelo de regresión logística para adherencia al tratamiento farmacológico en paciente esquizofrénico.**

VARIABLE	OR IC 95%	OR AJUSTADO IC 95%	SIGNIFICANCIA AJUSTADA
Ha tenido a tiempo sus medicamentos en el último mes	11.088	7.197 (1.81 – 28.6)	0.005
Le han entregado todos los medicamentos en el último mes	3.086	1.383 (0.481 – 3.97)	0.547
Ha tenido una consulta en el último año	0.339	0.436 (0.159 – 1.196)	0.107
Ha tenido dos consultas en el último año	0.409	0.313 (0.123 – 0.794)	0.014
Madre con enfermedad mental	0.155	0.251 (0.041 – 1.533)	0.134
Antecedente familiar en primer grado de enfermedad mental	0.398	0.588 (0.229 – 1.510)	0.269
Estrato Socioeconómico I y II	0.537	0.735(0.362 – 1.494)	0.395
Nivel primario de escolaridad	0.411	0.432 (0.165 – 1.132)	0.088
Consumo de marihuana en el último mes	0.142	0.223 (0.044 – 1.132)	0.070
Ha presentado mareo como efecto adverso	0.382	0.492 (0.171 – 1.415)	0.188

## VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES

### A. Discusión

Para determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia, se realizó un diseño transversal, ya que éste nos permitió realizar una medición simultánea de la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos y algunos factores que se consideraban podían estar asociados.

La prevalencia de no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia obtenida en el presente estudio fue del

51%, similar a la reportada entre otros por Lacro y colaboradores y Ashner-Svanun y colaboradores en el 2002 y en el 2006, la cual oscila entre el 10% al 77%, con una media del 35% -60% (17,20) y depende de la estabilidad clínica del paciente, la definición y forma de medición de la adherencia y características de la población estudiada (17). Adicionalmente, en cuanto a la asociación de factores sociodemográficos con la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos de pacientes con esquizofrenia en nuestra investigación, se determinó que el hecho de pertenecer a los estratos socioeconómicos I y II y tener un bajo nivel educativo (nivel primaria o inferior) mostró tener una relación estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo a lo reportado por Alverson et al en el año 2007 (54).

De la misma forma en nuestro estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana y la pobre adherencia al tratamiento farmacológico dado que el hecho de consumir sustancias psicoactivas como la marihuana y el alcohol en pacientes con enfermedades psiquiátricas severas se han relacionado con mayores tasas de violencia, suicidio, no adherencia al tratamiento y mayores tasas de recaídas y rehospitalización, según lo reportado por Csernansky JG, Schuchart EK en el 2002 (45).

En los pacientes esquizofrénicos, un n pobre insight y una baja adherencia al tratamiento son características comunes a las personas con este tipo de enfermedades mentales, que además están relacionados con pobre resultado. Se consideran diversas causas para el pobre insight y el pobre cumplimiento del tratamiento como los déficits neurocognitivos y mecanismos de afrontamiento psicológico así como el rol del conocimiento en el contexto de la teoría conductual de la salud. En nuestro estudio el insight de la enfermedad por parte del paciente no mostró tener una asociación significativa con la no adherencia. Sin embargo, Rüsck en el 2002 reporta que un pobre insight y una baja adherencia al tratamiento son características comunes a las personas con esquizofrenia y que además están relacionados con pobre resultado en el tratamiento (63).

A diferencia del número de hospitalizaciones y otras variables relacionadas con la red de apoyo social de los pacientes y los antecedentes de intento de suicidio, las dificultades en la asistencia de los pacientes a las consultas programadas y la no disponibilidad a tiempo de la totalidad de los medicamentos requeridos por el paciente para el control de su enfermedad mostró tener una asociación

estadísticamente significativa con la no adherencia al tratamiento farmacológico; lo cual tiene relación con las dificultades en cobertura y los medicamentos cubiertos por el plan obligatorio de Salud en Colombia para el periodo del estudio. En la actualidad es de esperarse que con el aumento de coberturas e inclusiones para enfermedad mental dadas por el Acuerdo 29 de 2011 la situación de acceso a consultas y disponibilidad de medicamentos de última generación para los pacientes esquizofrénicos en Colombia muestre un cambio significativo (79,82,82,83).

Lo anterior es consistente con lo reportados en un estudio analítico realizado en Japón, pareado por edad y género, en el que se encontraron como factores de riesgo la rehospitalización, el bajo nivel educativo y la inasistencia a controles médicos o la pobre oportunidad de asistencia a las consultas previas a las rehospitalizaciones (44). Adicionalmente en un estudio en Suiza con pacientes esquizofrénicos, reveló que dentro de los factores asociados significativamente con la poca adherencia a los medicamentos se encuentra el número de hospitalizaciones previas, y el riesgo suicida el cual a su vez en un estudio de casos y controles en California, fue la conducta que mayor grado de asociación mostró con la no adherencia (42, 44).

Adicionalmente, dentro de los antecedentes referidos por el paciente, el tener madre con enfermedad mental se asocio significativamente con la no adherencia al tratamiento, lo cual es consistente con lo reportado en por Haynes y cols en 1979, al mencionar que entre otras variables los antecedentes familiares afectan el cumplimiento del tratamiento (64).

En nuestro estudio no se pudo establecer relación directa con algún tipo de antipsicóticos para determinar la adherencia al tratamiento, pero si determina un pobre funcionamiento social por el hecho de no tomar los medicamentos (independiente del tipo de fármaco) según las recomendaciones indicadas. (58)

Otro factor implicado en la no adherencia de los medicamentos es que el paciente esquizofrénico no comunica sus síntomas, ni efectos adversos presentados propiciando el abandono de los mismos sin consultarlo. Los efectos adversos de los medicamentos han demostrado influir en las recaídas del paciente con enfermedad mental, diversos estudios describen la presencia de manifestaciones como extrapiramidalismo, disforia, acatisia, disfunción sexual y ganancia de peso; en nuestro estudio el efecto adverso que se encontró asociado significativamente fue la presencia de mareo. (46)

## **B. CONCLUSIONES**

- La prevalencia de no adherencia al tratamiento con antipsicóticos fue del 51.1%, mostrando mayor asociación en el género masculino, menores de 45 años y solteros sin ocupación alguna. Adicionalmente, el pertenecer a los estratos socioeconómicos I y II mostró tener asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos al igual que los pacientes que solo tenían primaria como nivel educativo
- El uso de sustancias psicoactivas, el haber consumido marihuana mostró tener asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos.
- La entrega completa de medicamentos en el último mes se asoció con la no adherencia, comportándose como un factor protector al igual que el haber sido entregado los medicamentos al paciente a tiempo.
- Con relación al tipo de medicamentos formulados a los pacientes para el control de la patología, no se encontró asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico, al igual que con el insight que los pacientes tengan de su enfermedad.
- Los antecedentes de familiares de primer grado con enfermedad mental, mostraron tener asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos. De los familiares en primer grado reportados con antecedente de enfermedad mental, quien mostró tener asociación significativa fue la madre.
- Los pacientes que manifestaron haber asistido un promedio mínimo de consultas entre 1 a 2 consultas (en donde más de 4 consultas se consideran como atención oportuna que garantiza la adherencia terapéutica), en el último año mostraron asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos.

## **C. LIMITACIONES**

Al ser un estudio de un único momento en el tiempo, este estudio no permite establecer la relación causal entre la exposición y el evento estudiado, es decir,

no se puede asegurar que los factores hayan antecedido a la no adherencia. Como aporte importante el estudio permite determinar factores asociados a la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sin asegurar su naturaleza ya sea de riesgo o protectora.

Aunque se hizo verificación de los datos por medio de la historia clínica, puede haber sesgos de memoria para algunos de los factores como el de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas ya que los pacientes podrían no recordar consumos previos de algunas de las sustancias tenidas en cuenta, así como en todos los casos no se puede establecer el tipo de cuidador ni el vínculo familiar con este, sin determinar que conozcan toda la información relacionada con el paciente.

#### **D. RECOMENDACIONES**

A través del análisis realizado en nuestro estudio y la recopilación de información y datos reportados en la literatura, hemos identificado factores y puntos clave para el mejoramiento en la adherencia terapéutica con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia, que involucran el entorno y la red de apoyo familiar, pero de forma predominante involucran el papel del servicio de salud y el sistema de seguridad social al garantizar un adecuado acceso a los servicios terapéuticos. El hecho de garantizar que los medicamentos sean entregados a tiempo en su totalidad a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se puede lograr disminuir el riesgo de no terapéutica, logrando de esta manera también disminuir el impacto económico del no control de este tipo de enfermedades en los pacientes, en el sistema de salud y en la sociedad.

La percepción de las personas, de que la enfermedad mental está íntimamente relacionada con la violencia no tiene bases científicas. La gran mayoría de los enfermos mentales no cometen nunca actos violentos (Swanson y col., 1990) y en general no son más peligrosos que los individuos sanos de la misma población. Entre los factores de riesgo de violencia, tanto en la población sana como en personas con esquizofrenia, se incluyen los siguientes: sexo masculino, desintegración social, antecedentes de comportamiento violento y alcoholismo o drogadicción (Arboleda-Flórez y col., 1996; Virkunen, 1976). En realidad, es más probable que las personas con esquizofrenia sean víctimas que sean autores de

malos tratos o violencia. Los delitos violentos cometidos por pacientes con esquizofrenia no responden a los mismos motivos ni tienen como objeto las mismas víctimas que los realizados por las personas mentalmente sanas. Las víctimas más probables de la violencia de un enfermo mental son la pareja y los familiares (Häfner y Böker, 1982). Es importante tener en cuenta los factores de riesgo mencionados para la prevención de estas conductas y así optimizar el cuidado dirigido a los pacientes.

Consideramos que corresponde al sistema de salud hacer énfasis en seguimiento al cumplimiento de la normatividad establecida en Sistema de Garantía de Calidad por parte de las empresas prestadoras de servicios de salud y específicamente en cuanto al acceso y la oportunidad para la obtención de servicios de salud por parte de los usuarios incluyendo la entrega de los medicamentos, garantizando un manejo terapéutico efectivo.

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta Médica Colombiana 2005; 30: 268-73.
2. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003.
3. Peralta ML y col. Adherencia a tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua, 2008. Vol. 17, Núm. 3, Sep-Dic.
4. Roser Cirici. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002; 29( 4):232-238.
5. Psychotropic Medication Nonadherence Among United States Latinos: A Comprehensive Literature Review, Psychiatric Services ps.psychiatryonline.org. February 2009 Vol. 60 No. 2.
6. Suzanne M. Hardeman, B.C.Richard K. Harding, Meera Narasimhan. Simplifying Adherence in Schizophrenia. Psychiatric Services, ps.psychiatryonline.org, April 2010 Vol. 61 No. 4.
7. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatric Services 1998, 49:196– 201.
8. Lieberman JA, Stroup TS, Swartz MS, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine 2005; 353:1209– 1223.
9. Asher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. Journal of Clinical Psychiatry 2006, 67:453–460.
10. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programs? A systematic review. Psychological Medicine. 2003, 33:1149–1160.
11. Peter Welden, Bruce Rapkln, Tasha Mott, Annette Zygmunt, Dodi Goldman, Marcela Horvltz-Lennon, and Allen Frances. Rating of Medication Influences (ROMI) Scale in Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 1994. VOL. 20, NO. 2.
12. Stephen h. Schultz, stephen w. North, cleveland g. Shields. Schizophrenia: A Review. American Family Physician. 2007. Volume 75, Number 12 June 15.
13. Kuipers, Elizabeth, et all. Schizophrenia: The Nice Guideline Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. 2010.
14. Rajiv Tandon , Henry A. Nasrallah, Matcheri S. Keshavan. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. Schizophrenia Research 110 (2009) 1–23.
15. Kozuki, Yoriko, Schepp Karen. Adherence and Nonadherence to Antipsychotic Medications. Mental Health Nursing, 2005. 26:379-396.
16. Pierre Thomas. The stable patient with schizophrenia – From Antipsychotics effectiveness to adherence. European Neuropsychopharmacology (2007) 17, S115-S122.
17. Diego Novick, Josep Maria Haro, David Suarez, Victor Perez, Ralf W. Dittmann, Peter M. Haddad. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Research 176 (2010) 109–113.

18. Raquel Jales Leitão, Marcos Bosi Ferraz, Ana Cristina Chaves, Jair J Mari. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *\_Rev Saúde Pública* 2006;40(2):304-9.
19. Enric Mateu 1, Jordi Casal. Tamaño de la Muestra. *Rev. Epidem. Med. Prev.* (2003), 1: 8-14.
20. Catalina Angela Crisan, Cosmina Bondor, Rodica Macrea. Lack of Insight in Schizophrenia: Prognostic Factor for the Evolution of the Disease.
21. Burcin N. AKAL, Orhan DOAN. Potential Risk Factors for Schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry* 2010; 47: 230-6.
22. Jeffrey A. Lieberman, M.D., et all. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
23. Elliot M Goldner, MHSc, MD, Lorena Hsu, MSc, Paul Waraich, MHSc, MD, Julian M Somers, MSc, PhD. Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Can J Psychiatry*, Vol 47, No 9, November 2002.
24. Adams S, Howe J. Predicating medication compliacence in a Psychotic population. *J Nerv Ment Dis.* 1993, 181:558-60.
25. Apiquian R, Aviña C, Colín R, Cordova A, Corona F, Díaz A. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Esquizofrenia. Asociación de Psiquiatría de América Latina. 2007, 65-69.
26. Ayuso-Gutiérrez JL, Del Rio JL. Factors influencing relapse in the long- term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 1997, 28: 199-206.
27. Aznar. Elena: Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia; Manual para las familias y el cuidador. Madrid España. Editorial Pirámide. 2004, 17-26, 57-73, 119-142.
28. Bartko G, Herczeg I, Zador G, Clinical symptomatology and Drug compliance in schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1988, 77 (1):74-6.
29. Bebbington P, Kuipers L. The clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scand.* 1994, 89:46-53.
30. Corrigan, Liberman RP, Engle JD, From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp and com Psychiatry.* 1990, 41:1203-11.
31. Fenton Ws, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of Medication Compliance in schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophreni Bulletin.* 1997; 23(4):637-51.
32. Fleishhacker WW, Meise U, Gunther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatry Scand.* 1994, 89 (Suppl 382): 11S-15S.
33. Green JH. Frequent rehospitalization and non compliance with treatment. *Hosp Community Psychiatry.* 1988, 39 (9): 963-6.
34. GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia).La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002, 30(5):312-325.
35. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(suppl 382):16-24.
36. Leff J,Wing JK, Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *Br Med J* 971,3:559-604.
37. NavarroJ (coord). I. El cumplimiento Terapéutico. Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma, 1999.
38. Owen R, Fischer E, Booth B, Cuffel B. Medication noncompliance and substance abuse among patients With schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 1996, 47:853-8.



39. Perkins DO: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002, 63: 1121- 1128.
40. Smith C, Barzman D, Pristach C. Effect of patient and family insight on compliance of schizophrenic patients. *J Clin Pharmacol*. 1997, 147-154.
41. Velázquez A, Sánchez JJ, Lara M, Senties H. El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional.
42. Mason P, Harrison G, Glazebrook C, Medley I, Croudace T. The course of schizophrenia over 13 years. *Br J Psychiatry* 1996; 169:580-586.
43. Shepherd M, Watt D, Falloon I, Smeeton N. The natural History of schizophrenia: A five year follow –up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med. Monogr Suppl* 1989; 15:1-44.
44. Watt D.C, Katz K, Shepherd M. The natural History of schizophrenia: a five-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. *Psychol Med* 1983; 13(3):663-670.
45. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalization rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs* 2002;16(7):473-484.
46. Williams R, Dickson RA. Economics of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1995 Sep;40(7 Suppl 2):S60-7.
47. Weiden J. Oltson M. Cost of relapse in Schizophrenia. *Boletín de Esquizofrenia Instituto Nacional de Salud Mental* 1995;21:3.
48. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalization rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. *CNS Drugs* 2002;16(7):473-484.
49. Wasylenki DA. The cost of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1994 Nov;39(9 Suppl2):S65-9.
50. Alpont S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in Schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life *Br Psychiatry* 2004 Apr; 184:346-51.
51. Faccincani C, Mignolli G, Platt S. Service utilisation, social support and psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. A 7 year follow-up study. *Schizophr Res* 1990 Mar-Apr;3(2):139-4
52. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento anti-psicótico en usuarios de la consulta externa de psiquiatría del hospital “Víctor Larco Herrera” *Revista de Salud, sexualidad y sociedad*. Ruth Fernandez Bonifacio.
53. Hernandez Fleta, JL. Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria Volumen 9, número 1, 2009

54. Alverson HS, Drake RE, Carpenter-Song EA, et al. Ethno cultural variations in mental illness discourse: Some implications for building therapeutic alliances. *Psychiatr Serv* 2007;58:1541-46.
55. Basterra, M. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp* 1999;1:97-106.
56. Byerly MJ; Thompson A, Carmody T, et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2007; 58:844-7.
57. Colom F, Vieta E. Non-adherence in psychiatric disorders: misbehaviour or clinical feature?. *Acta Psychiatrica Scandinava* 2002, 105:161-163.
58. DiMatteo MR. Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary* 1995; 30: 596 – 598, 601-602 y 605.
59. Dolder CR, Lacro JP, Jeste DV. Adherence to antipsychotic and nonpsychiatric medications in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Psychosom Med* 2003;65:156-162.
60. Ferrer, VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev. de Psicología de la Salud* 1995. 7(1): 35-61.
61. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.
62. Trostle JA. The ideology of adherence: An anthropological and historical perspective. 2000. In *Promoting Adherence to Medical Treatment in Chronic Childhood Illness: Concepts, Methods and Interventions*. Crotar D (ed.) Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, USA, 35-55.
63. Rüsç N, Corrigan PW. Motivational Interviewing to Improve Insight and Treatment Adherence in Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26(1):23-32.
64. Pinilla Alarcón, Maribel, Adhesión al tratamiento psicofarmacológico, consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, vol. 9, núm. 2, junio-diciembre, 2007, 38-50.
65. Hernández B, Velasco-Mondragón HE, Encuestas transversales, salud pública de México / vol.42, no.5, septiembre-octubre de 2000,449.
66. World Health Organization. *Prevention of suicide: public health papers No.35*. Geneva, Switzerland: WHO, 1968.
67. Mann JJ, Wateraux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American journal of psychiatry*. 1999;156(2):181-9
68. Radomsky ED, D P, Haas GL, et al. and Other Psychotic Disorders. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 1999; 156 (10): 1590-1594.

69. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of general psychiatry*. 2003;60(1):82-91.c
70. Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*. 2007;6:10.  
d
71. Fiori LM, Wanner B, Jomphe V, et al. Association of polyaminergic loci with anxiety, mood disorders, and attempted suicide. *PloS one*. 2010;5(11):e15146.
72. Shrivastava A, Johnston ME, Shah N, et al. Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients: challenge of the suicidal dimension. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2010;6:633-638.
73. Bakst S, Rabinowitz J and Bromet E. Is Poor Premorbid Functioning a Risk Factor for Suicide Attempts in First-Admission Psychosis. *Schizophr Res*.2010; 116 (2-3).
74. Gallach E. Factores de éxito en la integración laboral de personas con trastorno mental grave. *Psiquiatria.com*. 2011; 15:73.
75. Kessler RC, Frank RG (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27(4): 861–873
76. Ministerio de la Protección social República de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Editado por Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social / 2005. Pág. 11
77. OMS. Proyecto Atlas. NORTE DE SALUD MENTAL nº 18 • 2003 • PAG 52–57
78. Ministerio de la protección Social República de Colombia. Ley 1122 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2007
79. Comisión de Regulación en Salud República de Colombia. Acuerdo 29 CRES. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Diciembre de 2011
80. Ministerio de Salud República de Colombia. Acuerdo 228 del Consejo nacional de Seguridad Social en Salud. 2002.
81. Ley 1306 2009, congreso de la República de Colombia, por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados. *Diario Oficial* 43.371
82. Comisión de Regulación en Salud República de Colombia. Acuerdo 008 CRES. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Diciembre de 2009
83. Ministerio de Salud República de Colombia. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Agosto 1994.

84. Anthony WA, Blanch A. Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1987;11:5-23
85. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, et al. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 1997;48:335-346.
86. Brenner MH. *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1973.

**ANEXO 1**  
**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO**

Los puntos a evaluar sobre el instrumento fueron:

1. El lenguaje en este instrumento fue entendible?

SI

NO

**Explique**

---

---

2. ¿Todas las preguntas fueron comprendidas?:

SI

NO ¿Cual/es no? **Explique**

---

---

3. ¿Los términos utilizados fueron todos comprendidos?

SI

NO ¿Cual/es no?

---

---

4. ¿Cómo clasificaría usted la extensión del cuestionario?:

Poco extenso

Extensión adecuada

Demasiado extenso

5. ¿Cuánto tiempo se demoró respondiendo el cuestionario? \_\_\_\_\_

6. Tiene algún tipo de comentarios acerca del cuestionario y su diligenciamiento

---

---

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO PREVENIBLES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
dd mm aaaa

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
dd mm aaaa

Clínica de hospitalización:

IPS de Consulta Externa:

Formato No. \_\_\_\_\_ Número de Historia clínica \_\_\_\_\_

Fecha de diligenciamiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
dd mm aaaa

No. de cédula: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

101. Género:

1. Masculino \_\_\_\_\_
2. Femenino \_\_\_\_\_

102. ¿Cuál es la edad actual del paciente en años cumplidos?

1. \_\_\_\_\_ años

103. ¿Cuál es el estado civil actual del paciente?

1. Unión libre
2. Casado
3. Soltero
4. Separado
5. Viudo

104. ¿El paciente tiene en el momento una pareja estable?

1. Si \_\_\_\_\_
2. No \_\_\_\_\_

105. Si el paciente tiene pareja estable, ¿hace cuánto la tiene?

1. \_\_\_\_\_ días
2. \_\_\_\_\_ meses
3. \_\_\_\_\_ años

106. ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó el paciente?

1. Ninguno 0
  2. Primaria 1 2 3 4 5
  3. Secundaria 6 7 8 9 10 11
  4. Universitario 12 13 14 15 16
  5. Postgrado 17 18 19 20 21
  6. Otros estudios
- 

107. ¿Cuál ha sido la actividad principal del paciente durante los últimos doce meses?

---

108. ¿Tiene el paciente un trabajo u ocupación remunerada?

1. Si \_\_\_\_\_
  2. No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?
- 

109. ¿Cómo es el desempeño laboral del paciente?

1. Excelente
2. Sobresaliente
3. Bueno
4. Aceptable
5. Deficiente

110. ¿Qué otras actividades realiza el paciente?

---

---

111. ¿Cuál es el estrato socioeconómico actual del paciente (según recibo de servicios públicos)?

1. \_\_\_\_\_ I
2. \_\_\_\_\_ II
3. \_\_\_\_\_ III
4. \_\_\_\_\_ IV
5. \_\_\_\_\_ V
6. \_\_\_\_\_ VI

112. ¿En qué barrio y localidad se encuentra la casa del paciente?

1. Barrio \_\_\_\_\_
2. Localidad \_\_\_\_\_

113. ¿En la actualidad con qué personas vive el paciente?

1. Con miembros de su familia
  2. Con una familia diferente a la suya
  3. Vive solo
  4. En otro lugar. ¿Dónde?
- 

## II. CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

201. ¿Cuándo fue la última vez que el paciente consumió bebidas alcohólicas?

Hace:

1. \_\_\_\_ días
2. \_\_\_\_ meses
3. \_\_\_\_ años
4. \_\_\_\_ Nunca ha consumido

202. ¿Cuántos días consumió bebidas alcohólicas el paciente durante el último mes?

1. \_\_\_\_ Días

203. Si el paciente consume bebidas alcohólicas, ¿Hace cuánto las consume?

1. \_\_\_\_ días
2. \_\_\_\_ meses
3. \_\_\_\_ años
4. \_\_\_\_ Nunca ha consumido

204. ¿Cuando el paciente empieza a consumir alcohol puede parar de beber?

1. \_\_\_\_ Siempre
2. \_\_\_\_ Casi siempre
3. \_\_\_\_ Algunas veces
4. \_\_\_\_ Casi nunca
5. \_\_\_\_ Nunca

205. ¿Cuáles de las siguientes sustancias psicoactivas ha consumido durante el último mes? (Respuesta múltiples)

Sustancias

Consumo último mes

1. Cigarrillo
2. Marihuana
3. Cocaína



### III. ACCESO Y ADHERENCIA

301. En los últimos treinta días, ¿el paciente ha tenido todos sus medicamentos psiquiátricos a tiempo (entiéndase por medicación a tiempo como la recepción del medicamento en el momento en que es solicitado)?

1. \_\_\_\_ Si
  2. \_\_\_\_ No ¿Por qué?
- 

302. En los últimos treinta días, ¿al paciente le han entregado la totalidad de los medicamentos que toma?

1. Si
  2. No ¿Por qué?
- 

303. En el último año, ¿con qué frecuencia la EPS ha entregado la totalidad de los medicamentos que toma el paciente?

1. \_\_\_\_ Siempre
2. \_\_\_\_ Casi siempre
3. \_\_\_\_ Algunas veces
4. \_\_\_\_ Casi nunca
5. \_\_\_\_ Nunca

304. ¿El paciente consume a diario las dosis completas de los medicamentos que le formula su médico tratante?

1. \_\_\_\_ Siempre
2. \_\_\_\_ Casi siempre
3. \_\_\_\_ Algunas veces
4. \_\_\_\_ Casi nunca
5. \_\_\_\_ Nunca

305. En los últimos treinta días, ¿cuántos días el paciente dejó de tomar los medicamentos que le formularon para tratar su enfermedad mental?

1. 00 días
2. 01-05 días
3. 06-10 días
4. 11-15 días
5. 16-20 días
6. 21-30 días
4. Basuco
5. Éxtasis
6. Otras cuales\_\_\_\_\_

306. ¿El paciente consume para su enfermedad mental alguno(s) de los siguientes medicamentos? (Respuestas múltiples)

1. Haloperidol
2. Clozapina
3. Risperdal, Olanzapina o quetiapina
4. Sinogán
5. Otros. ¿Cuáles?

---

6. No sabe

307. ¿Qué tipo de complicaciones (eventos adversos) le ha generado el consumo de los medicamentos formulados para su enfermedad mental al paciente? (Respuestas múltiples)

1. Mareos
2. Temblor
3. Rigidez
4. Estreñimiento
5. Visión borrosa
6. Problemas sexuales
7. Otros,  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_
8. Ninguno

308. ¿Este tipo de complicaciones (eventos adversos) han hecho que el paciente deje de tomar sus medicamentos?

1. \_\_\_\_ Si
2. \_\_\_\_ No (pase a pregunta 401)

309. ¿Cuáles han sido las razones del paciente para no consumir los medicamentos formulados para su enfermedad mental? (Respuestas múltiples)

1. No asistencia a consultas
2. Complicaciones del medicamento (eventos adversos)
3. Distancias muy largas para solicitar medicamentos
4. Insuficientes dosis para el paciente
5. Otras razones.  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_

#### IV. ASPECTOS DE LA ENFERMEDAD

401. ¿Qué enfermedades orgánicas (distintas a las psiquiátricas) tiene actualmente el paciente?

---

---

402. ¿Qué enfermedad psiquiátrica tiene actualmente el paciente? (Respuestas múltiples)

1. Esquizofrenia
2. Trastorno afectivo bipolar
3. Trastorno psicótico agudo
4. Trastorno esquizoafectivo
5. Trastornos depresivos
6. Dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol e ilegales)
7. Otras enfermedades.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

403. ¿El paciente reconoce que tiene una enfermedad mental?

1. \_\_\_\_ Si
2. \_\_\_\_ No

404. ¿Cuáles familiares del paciente tienen o tuvieron enfermedades mentales? (Respuestas múltiples)

1. Padre
2. Madre
3. Hermano (a)
4. Abuelos
5. Tíos (a)
6. Hijos (a)
7. Otros familiares.

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

8. Ningún familiar

405. ¿Si el paciente tiene familiares con enfermedad mental, alguno(a) de ellos vive en la casa donde reside el paciente?

1. \_\_\_\_ Si
2. \_\_\_\_ No

406. ¿Qué edad tenía el paciente cuando se iniciaron los síntomas de su enfermedad mental?

1. \_\_\_\_ Años

407. ¿Qué edad tenía el paciente cuándo le diagnosticaron la enfermedad mental por la que consulta o por la que ha estado hospitalizado?

1. \_\_\_\_ Años

## **V. CITAS Y HOSPITALIZACIONES**

501. En el último año ¿El paciente ha cumplido todas las citas psiquiátricas que fueron solicitadas?

1. Si

2. No ¿Por qué?

---

502. ¿Cuántas consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en el último año?

1. < 3 citas

2. 3-5 citas

3. 6-10 citas

4. 11-14 citas

5. 15-19 citas

6. >= 20 citas

503. ¿Cuántas consultas psiquiátricas ha tenido el paciente en los últimos tres meses?

1. \_\_\_\_ citas

504. Si el paciente no ha asistido a consultas psiquiátricas en los últimos tres meses, ¿por qué ha ocurrido esto?

---

---

504. A lo largo de la vida ¿cuántas veces ha estado hospitalizado el paciente debido a su enfermedad mental? \_\_\_\_\_ veces (Incluir la última si el paciente está hospitalizado)

505. ¿Cuándo fue la última hospitalización psiquiátrica del paciente? Hace:

1. \_\_\_\_ días

2. \_\_\_\_ meses

3. \_\_\_\_ años

506. ¿Cuánto tiempo de duración tuvo la última hospitalización? \_\_\_\_\_ días

## **VI. COMPOSICIÓN FAMILIAR Y ADAPTACIÓN (ESCALA)**

601. ¿Qué personas conforman actualmente el hogar del paciente? (Respuestas múltiples)

1. Esposo (a)

2. Hijos (a) del paciente

3. Padre del paciente
  4. Madre del paciente
  5. Hermanos (a) del paciente
  6. Abuelos del paciente
  7. Tíos (a) del paciente
  8. Otras personas
- ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

602. ¿Aparte de su familia, el paciente se relaciona con otras personas?

1. \_\_\_\_\_ Siempre
2. \_\_\_\_\_ Casi siempre
3. \_\_\_\_\_ Algunas veces
4. \_\_\_\_\_ Casi nunca
5. \_\_\_\_\_ Nunca

603. ¿El paciente es acompañado a las consultas de psiquiatría por sus familiares?

1. \_\_\_\_\_ Siempre
2. \_\_\_\_\_ Casi siempre
3. \_\_\_\_\_ Algunas veces
4. \_\_\_\_\_ Casi nunca
5. \_\_\_\_\_ Nunca

## **VII AUTOAGRESIÓN**

701. El paciente ha realizado a lo largo de la vida intentos suicidas?

1. \_\_\_\_\_ Si
2. \_\_\_\_\_ No pase al capítulo VIII

702. A lo largo de la vida, que número de intentos suicidas ha tenido el paciente? \_

703 Cuando fue la última vez que realizó un intento suicida el paciente?

- \_\_\_\_\_ días  
\_\_\_\_\_ meses  
\_\_\_\_\_ años

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “FACTORES DE RIESGO PREVENIBLES ASOCIADOS A HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS EN BOGOTÁ”

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es muy importante que usted lea y entienda ciertos puntos importantes en la realización de este estudio:

(a) La participación en este estudio es totalmente voluntaria.

(b) La naturaleza de esta investigación, su propósito, sus limitaciones, sus riesgos, sus inconvenientes, incomodidades y cualquier información pertinente al resultado de este, le será explicada por el equipo de investigadores.

(c) Si tiene algún interrogante sobre el estudio por favor no dude en manifestarlo a alguno de los investigadores, quien con mucho gusto, le contestará sus preguntas

(d) **CONFIDENCIALIDAD:** La información que ustedes suministraran mediante el cuestionario son de carácter absolutamente confidencial y para propósitos exclusivos de investigación científica, de manera que solamente usted y el equipo de investigación tendrá acceso a estos datos, no tendrá forma de identificación. Por ningún motivo se divulgará esta información sin su consentimiento.

(e) De acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”), este estudio puede ser clasificado como una “Investigación con riesgo mínimo”. Se cumplirá con lo establecido por el Ministerio de Protección Social colombiano (antiguo Ministerio de Salud), la ley 84 de 1989 y la ley 2381 de 1993.

(f) El estudio sigue los lineamientos jurídicos y éticos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”). También se desarrolla de acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”), y cumplirá con la ley 84 de 1989 y la ley 2381 de 1993 establecida por el Ministerio de Protección Social Colombiano (antiguo Ministerio de Salud), este estudio puede ser clasificado como una “Investigación con riesgo mínimo”.

Cualquier información adicional usted puede obtenerla directamente con:  
Dr. Milcíades Ibáñez Pinilla y Dra. Claudia Vanegas. Tel (91)6252111 (Ext. 1504), 316-8758728 o clínica de la Paz.

**EXPLICACIÓN DEL TRABAJO**

**OBJETIVO:**

Dado al aumento de hospitalización de pacientes psicóticos y los costos que se generan para el sistema general de seguridad social, es importante para este estudio Identificar los factores prevenibles asociados con la frecuencia de hospitalización en pacientes psicóticos en Bogotá.

**PROCEDIMIENTO:**

Este estudio es observacional sin ninguna intervención para el paciente y por lo tanto es una "Investigación con riesgo mínimo". Donde se evaluarán factores relacionados con hospitalización mediante un cuestionario y se completara con la información de la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información obtenida.

**BENEFICIOS ADICIONALES:**

Poder generar en estos factores modificables, permitirán generar programas de prevención para disminuir la hospitalización y aumentar la calidad de vida de los pacientes y por lo tanto disminuir los costos para el sistema de salud.

**AUTORIZACION VOLUNTARIA DEL ESTUDIO**

Habiendo sido enterado/a del contenido del presente estudio, informado/a que no tendré ningún beneficio directo ni problemas en el mismo y que se han resuelto todas mis dudas acerca de la investigación, Yo (paciente o cuidador)

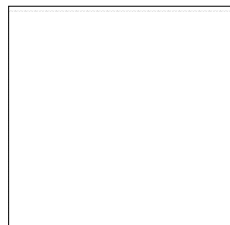
\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_  
voluntariamente en el estudio

CC:

participar

\_\_\_\_\_  
firma paciente o cuidador/representante legal

\_\_\_\_\_  
Huella digital índice derecho



Firma testigo 1 \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Investigador principal

Bogota D.C Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 dd mm aaaa

## ANEXO 4

### Tabla operacional de variables

Variables estudiadas	Escala o categoría	Escala de medición	Tipo de variable	Relación de variable	Fuente principal	
<b>Género</b>	<i>Masculino</i>	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>Femenino</i>					
<b>Edad</b>	<i>Numérica</i>	Discreta	Numérica	Independiente	Cuestionario	
<b>E Civil</b>	<i>Soltero</i>	Nominal policotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>Separado</i>					
	<i>Casado</i>					
	<i>U libre</i>					
	<i>Viudo</i>					
<b>Nivel Educativo</b>	<i>Secundaria</i>	Nominal policotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>Primaria</i>					
	<i>Universitario</i>					
	<i>Posgrado</i>					
	<i>Ninguno</i>					
<b>Estrato socioeconómico</b>	<i>I</i>	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>II</i>					
	<i>III</i>					
	<i>IV</i>					
	<i>V</i>					
	<i>VI</i>					
<b>Ocupación</b>	<i>Si</i>	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>No</i>					
<b>Desempeño Laboral</b>	<i>Excelente</i>	Nominal policotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>Sobresaliente</i>					
	<i>Bueno</i>					
	<i>Aceptable</i>					
	<i>No trabaja</i>					
<b>Consumo de alcohol</b>	<i>No</i>	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	<i>Si</i>					
<b>Sustancias</b>	<b>Cigarrillo</b>	<i>Si</i>	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario



Variables estudiadas		Escala o categoría	Escala de medición	Tipo de variable	Relación de variable	Fuente principal	
psicoactivas en el último mes	Marihuana	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
	Cocaína	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
	Bazuco	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
	Extasis	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
	Administrativas	Medicamentoa entregados a tiempo en el último mes	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
			Si				
Entrega completa de Medicamentos en el último mes		No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
Frecuencia de entrega Total de medicamentos de medicamentos en el último año por parte de la EPS		Nunca	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Casi nunca					
		Algunas veces					
		Casi siempre					
		Siempre					
Variables de Adherencia/ No adherencia		Consumo a diario de dosis completas	Nunca	Ordinal	Cualitativa	Dependiente	Cuestionario
	Casi nunca						
	Algunas veces						
	Casi siempre						
	Siempre						
	Número de días que dejó de tomar el medicamento en el último mes	0 días	Ordinal	Cualitativa	Dependiente	Cuestionario	
		1 a 5 días					
		6 a 10 días					
		11 a 15 días					
		16 a 20 días					
		21 a 30 días					
	Ha suspendido el medicamento por efectos adversos	No refiere eventos adversos	Nominal dicotómica	Cualitativa	Dependiente	Cuestionario	
		No					
		Si					
	Adherencia recodificada 3 variables	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Dependiente	Cuestionario	
Si							
Medicamentos	Haloperidol	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
	Clozapina	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					
	Risperdal, Olanzapina y Quetiapina	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
		Si					

Variables estudiadas		Escala o categoría	Escala de medición	Tipo de variable	Relación de variable	Fuente principal
	Sinogán	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Otros medicamentos	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	El paciente sabe que medicamentos toma	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
Efectos adversos	Mareo	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Temblor	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Rigidez	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Estreñimiento	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Visión borrosa	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Problemas sexuales	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
Otros efectos	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	No					
Ningún efecto adverso	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	No					
Reconoce la enfermedad	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	No					
Familiares con enfermedad Mental	Padre	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Madre	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Hermanos	No aplica	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		Si				
	Abuelos	No	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		Si				
	Tios	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Hijos	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
Otros Familiares	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	No					
Ningún Familiar	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	No					

Variables estudiadas		Escala o categoría	Escala de medición	Tipo de variable	Relación de variable	Fuente principal
	Familiars 1 Grado (papa,mama,hijos, hnos)	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Familiars 2 Grado (Resto)	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
Edad inicio de síntomas		Media	Discreta/Numérica	Numérica	Independiente	Cuestionario
Cumplimiento de citas		Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
N° consultas en el último año		1	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		2				
		3				
		4				
		5				
		6				
N° de hospitalizaciones por Enf mental		0	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		1 a 5				
		6 a 10				
		11 a 15				
		16 a 20				
		21 a 25				
		25 a 30				
		30 a 35				
35 a 40						
Familiars con que vive	Esposo (a)	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Hijos	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Padre	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Madre	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Hermanos	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Abuelos	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
	Tios	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		No				
Otros Familiars	Si	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario	
	No					
Relación con otras personas		Siempre	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
		Casi siempre				
		Algunas veces				

<b>Variables estudiadas</b>	<b>Escala o categoría</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Relación de variable</b>	<b>Fuente principal</b>
	<i>Casi nunca</i>				
	<i>Nunca</i>				
<b>Lo acompañan los familiares a la consulta</b>	<i>Siempre</i>	Ordinal	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	<i>Casi siempre</i>				
	<i>Algunas veces</i>				
	<i>Casi nunca</i>				
	<i>Nunca</i>				
<b>Antecedentes de Intentos de suicidio</b>	<i>Si</i>	Nominal dicotómica	Cualitativa	Independiente	Cuestionario
	<i>No</i>				

## ANEXO 5

### Resultados descriptivos

Variables estudiadas		Hospitalizados	%	Ambulatorios	%	Total	%	
		121	65,8%	63	34,2%	184	100,0%	
Género	Masculino	121	100,0%	0	0,0%	121	65,8%	
	Femenino	0	0,0%	63	100,0%	63	34,2%	
Edad	Númerica	Media 40,2 + 12,3 años Mediana 42 años	NA	Media 43,5 + 11,3 años Mediana 44 años	NA	Media 41,4 + 12,1 años Mediana 42,5 años	NA	
E Civil	Soltero	94	77,7%	39	61,9%	133	72,3%	
	Separado	10	8,3%	7	11,1%	17	9,2%	
	Casado	8	6,6%	8	12,7%	16	8,7%	
	Ulibre	7	5,8%	6	9,5%	13	7,1%	
	Viuvo	2	1,7%	3	4,8%	5	2,7%	
Nivel Educativo	Secundaria	73	60,3%	44	69,8%	117	63,6%	
	Primaria	22	18,2%	7	11,1%	29	15,8%	
	Universitario	22	18,2%	10	15,9%	32	17,4%	
	Posgrado	3	2,5%	2	3,2%	5	2,7%	
Estrato socioeconómico	Ninguno	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
	III	53	43,8%	33	52,4%	86	46,7%	
	II	50	41,3%	23	36,5%	73	39,7%	
	I	10	8,3%	3	4,8%	13	7,1%	
	IV	6	5,0%	4	6,3%	10	5,4%	
	V	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
Ocupación	VI	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
	Sí	55	45,5%	21	33,3%	76	41,3%	
Desempeño Laboral	No	66	54,5%	42	66,7%	108	58,7%	
	Excelente	14	11,6%	4	6,3%	18	9,8%	
	Sobresaliente	8	6,6%	5	7,9%	13	7,1%	
	Buena	25	20,7%	9	14,3%	34	18,5%	
	Aceptable	8	6,6%	2	3,2%	10	5,4%	
Consumo de alcohol	No trabaja	66	54,5%	43	68,3%	109	59,2%	
	No	45	37,2%	38	60,3%	83	45,1%	
Sustancias psicoactivas en el último mes	Sí	76	62,8%	25	39,7%	101	54,9%	
	Cigarrillo	Sí	44	36,4%	16	25,4%	60	32,6%
		No	77	63,6%	47	74,6%	124	67,4%
	Marihuana	Sí	13	10,7%	2	3,2%	15	8,2%
		No	108	89,3%	61	96,8%	169	91,8%
	Cocaína	Sí	3	2,5%	0	0,0%	3	1,6%
		No	118	97,5%	63	100,0%	181	98,4%
	Bazuco	Sí	2	1,7%	0	0,0%	2	1,1%
		No	119	98,3%	63	100,0%	182	98,9%
	Éxtasis	Sí	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		No	121	100,0%	63	100,0%	184	100,0%
	Administrativas	Medicamentos entregados a tiempo en el último mes	Sí	98	81,0%	57	90,5%	155
No			23	19,0%	6	9,5%	29	15,8%
Entrega completa de Medicamentos en el último mes		Sí	99	81,8%	52	82,5%	151	82,1%
		No	22	18,2%	11	17,5%	33	17,9%
Frecuencia de entrega Total de medicamentos de medicamentos en el último año por parte de la EPS		Siempre	85	70,2%	45	71,4%	130	70,7%
		Casi siempre	12	9,9%	7	11,1%	19	10,3%
		Algunas veces	12	9,9%	8	12,7%	20	10,9%
		Casi nunca	6	5,0%	0	0,0%	6	3,3%
Nunca		6	5,0%	3	4,8%	9	4,9%	

Variables de Adherencia/ No adherencia	Consumo a diario de dosis completas	<i>Siempre</i>	83	68,6%	43	68,3%	126	68,5%	
		<i>Casi siempre</i>	22	18,2%	12	19,0%	34	18,5%	
		<i>Algunas veces</i>	6	5,0%	3	4,8%	9	4,9%	
		<i>Casi nunca</i>	7	5,8%	3	4,8%	10	5,4%	
	Número de días que dejó de tomar el medicamento en el último mes	<i>Nunca</i>	3	2,5%	2	3,2%	5	2,7%	
		<i>0 días</i>	73	60,3%	41	65,1%	114	62,0%	
		<i>1 a 5 días</i>	23	19,0%	14	22,2%	37	20,1%	
		<i>6 a 10 días</i>	12	9,9%	4	6,3%	16	8,7%	
		<i>11 a 15 días</i>	3	2,5%	1	1,6%	4	2,2%	
	Ha suspendido el medicamento por efectos adversos	<i>16 a 20 días</i>	5	4,1%	2	3,2%	7	3,8%	
		<i>21 a 30 días</i>	5	4,1%	1	1,6%	6	3,3%	
		<i>Sí</i>	24	19,8%	15	23,8%	39	21,2%	
	Adherencia recodificada 3 variables	<i>No</i>	77	63,6%	40	63,5%	117	63,6%	
<i>No refiere evento</i>		20	16,5%	8	12,7%	28	15,2%		
Medicamentos	Haloperidol	<i>Sí</i>	29	24,0%	17	27,0%	46	25,0%	
		<i>No</i>	92	76,0%	46	73,0%	138	75,0%	
	Clozapina	<i>Sí</i>	65	53,7%	36	57,1%	101	54,9%	
		<i>No</i>	56	46,3%	27	42,9%	83	45,1%	
	Risperdal, Olanzapina y Sinogán	<i>Sí</i>	13	10,7%	7	11,1%	20	10,9%	
		<i>No</i>	108	89,3%	56	88,9%	164	89,1%	
	Otros medicamentos	<i>Sí</i>	19	15,7%	8	12,7%	27	14,7%	
		<i>No</i>	102	84,3%	55	87,3%	157	85,3%	
	El paciente sabe que medicamentos toma	<i>Sí</i>	72	59,5%	32	50,8%	104	56,5%	
		<i>No</i>	49	40,5%	31	49,2%	80	43,5%	
	Efectos adversos	Mareo	<i>Sí</i>	118	97,5%	61	96,8%	179	97,3%
			<i>No</i>	3	2,5%	2	3,2%	5	2,7%
		Temblor	<i>Sí</i>	15	12,4%	9	14,3%	24	13,0%
<i>No</i>			106	87,6%	54	85,7%	160	87,0%	
Rigidez		<i>Sí</i>	27	22,3%	15	23,8%	42	22,8%	
		<i>No</i>	94	77,7%	48	76,2%	142	77,2%	
Estreñimiento		<i>Sí</i>	17	14,0%	4	6,3%	21	11,4%	
		<i>No</i>	104	86,0%	59	93,7%	163	88,6%	
Visión borrosa		<i>Sí</i>	19	15,7%	14	22,2%	33	17,9%	
		<i>No</i>	102	84,3%	49	77,8%	151	82,1%	
Problemas sexuales		<i>Sí</i>	24	19,8%	11	17,5%	35	19,0%	
		<i>No</i>	97	80,2%	52	82,5%	149	81,0%	
Otros efectos		<i>Sí</i>	14	11,6%	1	1,6%	15	8,2%	
	<i>No</i>	107	88,4%	62	98,4%	169	91,8%		
Ningún efecto adverso	<i>Sí</i>	43	35,5%	27	42,9%	70	38,0%		
	<i>No</i>	78	64,5%	36	57,1%	114	62,0%		
Reconoce la enfermedad	<i>Sí</i>	34	28,1%	13	20,6%	47	25,5%		
	<i>No</i>	87	71,9%	50	79,4%	137	74,5%		
Familiares con enfermedad Mental	Padre	<i>Sí</i>	103	85,1%	54	85,7%	157	85,3%	
		<i>No</i>	18	14,9%	9	14,3%	27	14,7%	
	Madre	<i>Sí</i>	7	5,8%	3	4,8%	10	5,4%	
		<i>No</i>	114	94,2%	60	95,2%	174	94,6%	
	Hermanos	<i>Sí</i>	6	5,0%	8	12,7%	14	7,6%	
		<i>No aplica</i>	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
	Abuelos	<i>Sí</i>	10	8,3%	13	20,6%	23	12,5%	
		<i>No</i>	110	90,9%	50	79,4%	160	87,0%	
	Tios	<i>Sí</i>	5	4,1%	3	4,8%	8	4,3%	
		<i>No</i>	116	95,9%	60	95,2%	176	95,7%	
	Hijos	<i>Sí</i>	17	14,0%	6	9,5%	23	12,5%	
		<i>No</i>	104	86,0%	57	90,5%	161	87,5%	
	Otros Familiares	<i>Sí</i>	0	0,0%	2	3,2%	2	1,1%	
<i>No</i>		121	100,0%	61	96,8%	182	98,9%		
Ningún Familiar	<i>Sí</i>	17	14,0%	5	7,9%	22	12,0%		
	<i>No</i>	104	86,0%	58	92,1%	162	88,0%		
Familiares 1 Grado (papa,mama,hijos,	<i>Sí</i>	73	60,3%	36	57,1%	109	59,2%		
	<i>No</i>	48	39,7%	27	42,9%	75	40,8%		
Familiares 2 Grado (Resto)	<i>Sí</i>	21	17,4%	20	31,7%	41	22,3%		
	<i>No</i>	100	82,6%	43	68,3%	143	77,7%		
Edad inicio de síntomas	<i>Sí</i>	21	17,4%	7	11,1%	28	15,2%		
	<i>No</i>	100	82,6%	56	88,9%	156	84,8%		
Media		8,5 años min 12 max 57	NA	Media 27,3 + 10,5	NA	23.8±9.6	NA		

Cumplimiento de citas	Si	94	77,7%	45	71,4%	139	75,5%	
	No	27	22,3%	18	28,6%	45	24,5%	
Nºconsultas en el último año	1	22	18,2%	7	11,1%	29	15,8%	
	2	15	12,4%	17	27,0%	32	17,4%	
	3	31	25,6%	14	22,2%	45	24,5%	
	4	50	41,3%	25	39,7%	75	40,8%	
	5	2	1,7%	0	0,0%	2	1,1%	
	6	1	0,8%	0	0,0%	1	0,5%	
Nºde hospitalizaciones por Enf mental	0	16	13,2%	12	19,0%	28	15,2%	
	1 a 5	73	60,3%	33	52,4%	106	57,6%	
	6 a 10	19	15,7%	12	19,0%	31	16,8%	
	11 a 15	4	3,3%	1	1,6%	5	2,7%	
	16 a 20	3	2,5%	2	3,2%	5	2,7%	
	21 a 25	2	1,7%	0	0,0%	2	1,1%	
	25 a 30	3	2,5%	2	3,2%	5	2,7%	
	30 a 35	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	35 a 40	1	0,8%	1	1,6%	2	1,1%	
Familiares con que vive	Espos(a)	Si	13	10,7%	15	23,8%	28	15,2%
		No	108	89,3%	48	76,2%	156	84,8%
	Hijos	Si	12	9,9%	21	33,3%	33	17,9%
		No	109	90,1%	42	66,7%	151	82,1%
	Padre	Si	41	33,9%	13	20,6%	54	29,3%
		No	80	66,1%	50	79,4%	130	70,7%
	Madre	Si	77	63,6%	29	46,0%	106	57,6%
		No	44	36,6%	34	54,0%	78	42,4%
	Hermanos	Si	59	48,8%	24	38,1%	83	45,1%
		No	62	51,2%	39	61,9%	101	54,9%
	Abuelos	Si	4	3,3%	0	0,0%	4	2,2%
		No	117	96,7%	63	100,0%	180	97,8%
	Tios	Si	5	4,1%	0	0,0%	5	2,7%
		No	116	95,9%	63	100,0%	179	97,3%
	Otros Familiares	Si	15	12,4%	13	20,6%	28	15,2%
		No	106	87,6%	50	79,4%	156	84,8%
Relación con otras personas	Siempre	36	29,8%	30	47,6%	66	35,9%	
	Casi siempre	17	14,0%	7	11,1%	24	13,0%	
	Algunas veces	33	27,3%	12	19,0%	45	24,5%	
	Casi nunca	25	20,7%	10	15,9%	35	19,0%	
	Nunca	10	8,3%	4	6,3%	14	7,6%	
Lo acompañan los familiares a la consulta	Siempre	55	45,5%	26	41,3%	81	44,0%	
	Casi siempre	23	19,0%	16	25,4%	39	21,2%	
	Algunas veces	16	13,2%	9	14,3%	25	13,6%	
	Casi nunca	14	11,6%	5	7,9%	19	10,3%	
	Nunca	13	10,7%	7	11,1%	20	10,9%	
Antecedentes de Intentos de suicidio	Si	33	27,3%	22	34,9%	55	29,9%	
	No	88	72,7%	41	65,1%	129	70,1%	

DOCTOR

RICARDO DE LA ESPRIELLA

Director

Educación Médica

Apreciado colega,

Siguiendo los lineamientos del comité de bioética de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz hemos revisado el proyecto de tesis presentado por los doctores Deyanira Ortiz Ramírez y Milcíades Ibáñez Pinilla dentro del plan de estudios que llevan para la maestría en epidemiología de la Universidad del Valle – con título *Factores De Riesgo Modificables, Asociados A Hospitalización En Pacientes Psicóticos En Bogotá*.

El comité considera que los aspectos bioéticos a tener en cuenta siguen una planeación y presentación correcta. No hay comentarios ni recomendaciones por parte del comité.

Se da por aprobado.

Atentamente,

PABLO ZULETA GONZALEZ

Presidente Comité de Bioética