



Universidad de La Laguna



# **LOS FACTORES QUE AFECTAN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ESQUIZOFRENIA.**

Autora: Nuria Betancor Hernández.

Tutor: Juan José Suárez Sánchez.

Titulación: Grado en Enfermería.

Universidad de La Laguna. Sede La Palma.

Curso 2016-17.



Universidad de La Laguna



Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería.

**LOS FACTORES QUE AFECTAN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN  
ESQUIZOFRENIA.**

AUTOR/A:

Nuria Betancor Hernández.

Firma del alumno/a:

TUTOR/A:

Juan José Suárez Sánchez.

Firma del profesor/a:

La Palma, a 29 de mayo de 2017.

## Resumen.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a más de 21 millones de personas del mundo, por lo tanto, la importancia de una buena adherencia al tratamiento es de suma trascendencia para que haya menos ingresos hospitalarios que lo dará lugar a una mejor calidad de vida del paciente.

El objetivo de este proyecto es conocer los factores que afectan en la adherencia al tratamiento con antipsicóticos de acción prolongada. Para ello, se realizará un estudio prospectivo y trasversal cuya población objeto serán los pacientes con esquizofrenia que acuden a la consulta de enfermería de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma, con este propósito se realizarán una serie de cuestionarios para conocer cuáles son dichos factores.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, adherencia, antipsicóticos de larga duración.

## **Abstract.**

The schizophrenia is a mental disease which affects to more than 21 million people around the world, because of that the adherence to treatments is an important value to reduce number of hospitalization and improve life quality in all patients affected by this disease.

The main objective of this project is to study the different factors that involve the adherence in people treated with extended release antipsychotics. With that propose, a prospective and transversal study will be performed, a several questionnaires will be done to schizophrenic patients which are treated at Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma

**Keywords:** schizophrenia, adherence, long-acting antipsychotics.

# Índice

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1. Introducción. ....                | 1  |
| 1.1 Concepto. ....                   | 1  |
| 1.2 Problema. ....                   | 3  |
| 1.3 Antecedentes. ....               | 3  |
| 1.4 Justificación. ....              | 6  |
| 1.5 Hipótesis. ....                  | 7  |
| 1.6 Objetivos. ....                  | 7  |
| 2. Metodología. ....                 | 8  |
| 2.1 Diseño de la investigación: .... | 8  |
| 2.2 Población. ....                  | 8  |
| 2.3 Instrumentos de medida. ....     | 10 |
| 3. Recogida de datos. ....           | 10 |
| 4. Análisis estadístico. ....        | 11 |
| 5. Consideraciones éticas. ....      | 11 |
| 6. Cronograma. ....                  | 12 |
| 7. Presupuesto. ....                 | 13 |
| 8. Limitaciones del estudio. ....    | 14 |
| 9. Discusión y conclusión. ....      | 14 |
| 10. Bibliografía. ....               | 15 |
| 11. Anexos. ....                     | 17 |
| 11.1 Anexo 1. ....                   | 17 |
| 11.2 Anexo 2. ....                   | 18 |
| 11.3 Anexo 3. ....                   | 19 |
| 11.4 Anexo 4. ....                   | 22 |

# 1. Introducción.

## 1.1 Concepto.

### 1.1.1 Esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo. Esta enfermedad se ha vinculado a tener una notable discapacidad. La esquizofrenia abarca un conjunto de patologías en las que intervienen alteraciones genéticas y ambientales. Aunque la prevalencia es similar entre ambos sexos, existe una leve diferencia, siendo más común en los hombres; en cuanto a la edad en la que comienza los síntomas, en varones oscila entre los 15-25 años, mientras que en las mujeres varía entre los 25-35.<sup>1</sup>

Los principales síntomas se dividen en dos tipos: <sup>2</sup>

- Síntomas positivos: hiperactividad, ideas delirantes, alucinaciones, trastorno del pensamiento, etc.
- Síntomas negativos: hipoactividad, aislamiento social, aplanamiento emocional, anhedonia, renuncia a las realizaciones de actividades domésticas, etc.

Por otro lado, como mencionamos anteriormente, la esquizofrenia es un conjunto de patologías, por lo que a continuación explicaremos los tipos de esquizofrenia que podemos encontrar, hasta ahora, según dichas patologías:

- Esquizofrenia paranoide: Se caracteriza por la aparición de delirios (de persecución, celos o de misiones que el paciente tiene que cumplir) y alucinaciones auditivas. Predominan los síntomas positivos sobre los negativos. Generalmente, los pacientes con esta patología suelen debutar con una edad mayor a la media y suelen tener buen pronóstico y mejor adherencia al tratamiento.<sup>2</sup>
- Esquizofrenia hebefrénica: Se representa con ideas delirantes extrañas y fragmentadas y con tendencia a la divagación. La afectividad suele ser inapropiada, con risas en momentos poco adecuados y, también, acostumbra a verse un deterioro global de la personalidad, ya que este tipo de esquizofrenia se caracteriza por aparecer en mayor proporción en la adolescencia.

- Esquizofrenia catatónica: Principalmente, podemos ver dentro de este tipo la presencia de trastornos psicomotores - agitación, estupor, negativismo a la flexibilidad cérica y la catalepsia -. Es poco frecuente, pero es la que debuta en edades más tempranas y suele tener un peor pronóstico.
- Esquizofrenia indiferenciada: Se le llama así cuando no predomina la sintomatología de un tipo por encima de otra.
- Esquizofrenia residual: Se trata de una etapa avanzada de la enfermedad, al menos de 1 año de evolución, en la que vemos una ausencia de síntomas positivos y en caso de que estén presentes se encuentran atenuados. Sin embargo, los pacientes mantienen una continua alteración de síntomas negativos.
- Esquizofrenia simple: Es muy poco frecuente; en ella, desde el inicio podemos ver gran variedad de síntomas negativos y un grave deterioro social.<sup>2</sup>
- Depresión postesquizofrénica: Se basa en un trastorno depresivo después de un brote esquizofrénico. No todos los autores lo consideran factor de la esquizofrenia. <sup>2</sup>

### 1.1.2 Adherencia terapéutica

En 1994, Mion Junios, definió la adherencia al tratamiento como "medida del grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y la prescripción del profesional de salud, incluyendo medidas farmacológicas o no". Diferentes autores han ido ampliando este concepto y lo definen como "el grado en el cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones médico/sanitarias, en relación a los fármacos o tratamiento prescrito". Además de esto, se habla de coincidir en una serie de hábitos, como el no consumo de tóxicos, por ejemplo, e incluso en asistir a las visitas programadas con los sanitarios.<sup>3</sup>

Muchos artículos hacen una diferencia significativa en cuanto a los términos adherencia y cumplimiento, haciendo ver que este último se refiere a conseguir que el paciente realice las instrucciones del médico. La OMS (Organización Mundial de la Salud) en 2003, añade a todo esto que la diferencia es que "adherencia" conlleva el consentimiento del paciente, es decir, que está de acuerdo con las recomendaciones.<sup>3,4</sup>

## **1.2 Problema.**

Debido a la ausencia de conciencia de enfermedad que caracteriza a los pacientes con un trastorno psiquiátrico, no todos consiguen una correcta adherencia al tratamiento, por lo que el problema que vamos a tratar es el siguiente: ¿qué factores influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia en la isla de La Palma?

Existen multitud de fármacos para tratar esta enfermedad, los llamados antipsicóticos; sin embargo, nos centraremos en los antipsicóticos de acción prolongada (depot), los cuales se administran cada 15 o 28 días mediante un inyectable intramuscular y la medicación se va liberando poco a poco en el cuerpo. Recientemente ha salido al mercado un inyectable trimestral, el cual solo haría falta administrarlo 4 veces al año. No obstante, a este perfil de pacientes les suele costar cambiar una rutina que tienen interiorizada, por lo que son reacios a cambiar de inyectable.

Existen varios depot, en España, los más comunes son Modecate (decanoato de flufenazina), Abilify Maintena (Aripiprazol), Risperdal Consta (Risperidona) y Xeplion (Palmitato de paliperidona); por otro lado, encontramos el fármaco mencionado anteriormente Trevicta trimestral (palmitato de paliperidona). Este último contiene el principio activo de Xeplion, por lo que, para poder administrar este fármaco, los pacientes primero deben ser consumidores de Xeplion.

## **1.3 Antecedentes.**

Desde el principio de los tiempos han existido las enfermedades mentales, aunque se han "tratado" de manera diferente.

En escritos griegos y egipcios se relatan y explican casos que en la actualidad se diagnosticarían con alguna enfermedad mental, pero en ese entonces simplemente se atribuían a malos espíritus y demonios.

A la Edad Media se le denomina en la actualidad la "era de la alineación", está caracterizada por la exclusión e, incluso, se llegaba a quemar en la hoguera a los enfermos.<sup>5</sup>

Durante el s. XVII, sin embargo, ocurrió lo opuesto; en esta época existió una tendencia a proteger y a amparar a los pacientes, lo que llevaba a su confinamiento en hospitales, procurándoles un trato más humano.<sup>5</sup>



A finales del s. XVIII y principios del s. XIX se desarrolla "la era del tratamiento moral", el cual se basaba en la tortura y encarcelamiento y, en algunos lugares, se llegó, incluso, a usar la guillotina. Pero gracias a Philippe Pinel y William Tuke, se comenzó a luchar contra este tipo de encarcelamiento que incluía cadenas y grilletes y a disminuir la preocupación que la sociedad sufría por el novedoso tratamiento en libertad de la locura.

No fue hasta 1896 cuando Kraepelin definió por primera vez el término demencia precoz, que hasta entonces había estado dividida en varias enfermedades que se caracterizaban por un deterioro crónico funcional de áreas afectivas del ser humano, instalando así, las bases de los síntomas negativos de las enfermedades mentales. En ese mismo año, Freud descubrió la interpretación psicodinámica en la paranoia crónica, que más tarde fue catalogada como demencia precoz en forma paranoide.<sup>5</sup>

Desde el año 1911, Bleuler, se centró en el trastorno formal del pensamiento y en el trastorno de la asociación. Bleuler fue el primero en explicar los síntomas esquizofrénicos, diferenciando síntomas primarios y secundarios, y así, dividió los síntomas en dos enfermedades: esquizofrenia simple y trastorno esquizofrénico.<sup>6</sup>

Gracias a esto, a finales del s. XIX y principios del s. XX, comienza una corriente que supone la creación de hospitales, momento en el que aparece la enfermería psiquiátrica. Durante el siglo pasado, surgen varias teorías sobre la relación interpersonal y emocional que influyen en la enfermedad mental, por lo que nace la necesidad de un tratamiento para su entorno, lo que hace que la enfermería desarrolle nuevas funciones para el tratamiento del entorno familiar y de grupo.<sup>5,6</sup>

Las definiciones de salud han ido cambiando a lo largo de la historia, pero siempre han estado centradas en la ausencia de enfermedad. No fue hasta los años setenta cuando la OMS definió la salud como "una yuxtaposición de grados de bienestar de los campos psíquicos, físicos y social" abarcando así la salud mental como un factor relevante en la propia definición de salud.<sup>7</sup>

La adherencia es un tema que siempre ha preocupado a los psiquiatras puesto que conlleva a una mejora de la enfermedad y a una correcta eficacia del tratamiento. No solo hay que tener en cuenta el cumplimiento del tratamiento ya que la adherencia es además seguir una dieta saludable, hacer ejercicio de manera periódica, no tener hábitos tóxicos, etc., pues todo ello influye a que haya menos brotes y recaídas.<sup>7</sup>

Aunque cada vez hay un mejor tratamiento de la esquizofrenia, todavía existe un problema con la adherencia y el incumplimiento. Esto supone graves problemas clínicos y además altos costes debido al aumento de la frecuencia de las supervisiones a realizar.

La tasa de cumplimiento en la esquizofrenia está en torno al 50%, este porcentaje varía según el tipo de tratamiento, ya que hay mejor adherencia al tratamiento depot y peor en medicación oral.<sup>7</sup>

Esta tasa varía también si tenemos en cuenta la evolución de la enfermedad y del paciente. Generalmente, hay un mayor cumplimiento después de un alta hospitalaria; sin embargo, cuanto más joven es el paciente, peor adherencia al tratamiento tiene, puesto que este no considera que necesite la medicación necesaria para su mejoría. Por otro lado, cuando el paciente es anciano, nos encontramos con un déficit de adherencia debido al deterioro cognitivo característico de estos pacientes. Hay estudios que también asocian el consumo de tóxicos con las urgencias psiquiátricas. La no adherencia al tratamiento conlleva que los pacientes esquizofrénicos sufran recaídas de hasta un 81,2% en los siguientes 5 años.

Para hacer una evaluación de la adherencia que tienen los pacientes se suelen usar dos parámetros: métodos objetivos y métodos subjetivos.

Se denominan métodos objetivos a los parámetros que se pueden cuantificar: el recuento de las pastillas, la revisión de los registros de las farmacias, la detección de fármacos en el organismo mediante análisis (de sangre y de orina), etc.; asimismo, los métodos subjetivos son los referidos a los aspectos cualitativos, que son los que se obtienen mediante una entrevista al paciente teniendo en cuenta lo que este manifiesta al facultativo.<sup>7</sup>

Sin embargo, aunque consideremos esto, el cumplimiento de cada paciente puede variar en cualquier momento. El paciente puede tomar más dosis, dejar de tomar la medicación, no asistir a la consulta de enfermería para la administración del depot, tomar menos dosis de medicación, etc.

Se conocen factores que hacen que la adherencia sea mejor o peor. Estos generalmente, se dividen en diferentes factores:

- personales
- relacionados con el entorno
- relacionados con el médico
- relacionados con el propio tratamiento.<sup>7</sup>

En los factores personales podemos resaltar que existen estudios en los que se refleja que el sexo masculino tiene una peor adherencia al tratamiento que el femenino; y como comentamos antes, los jóvenes tienden a tener una peor adherencia que los adultos. Respecto al consumo de tóxicos como drogas y alcohol, estos también influyen

en el incumplimiento; tampoco podemos olvidar el insight (conciencia de enfermedad), ya que cuando se detecta un bajo insight esto conlleva que haya una tendencia a un nivel bajo de adherencia, puesto que si el paciente no tiene consciencia de que padece una enfermedad, no va seguir el tratamiento.<sup>7,8</sup>

Los factores relacionados con el entorno se basan sobretodo en la convivencia. Si el paciente vive solo, hay más posibilidades de que haya incumplimiento terapéutico, sin embargo, el convivir con alguien implica un mayor cumplimiento; por el contrario, un entorno estresante y que no entiende la enfermedad puede conllevar a una baja adherencia. Igualmente, si la perspectiva de la sociedad respecto a la enfermedad es negativa, el paciente va a evitar mostrar que padece una enfermedad, lo que puede llevarlo a no tomar la medicación; esto acarrearía su posible ingreso en el hospital, lo que haría la enfermedad visible, lo que da lugar a que la sociedad tenga una percepción más negativa de la enfermedad, ya que solo se manifiesta cuando el paciente se descompensa.<sup>8</sup>

Los factores relacionados con los sanitarios se basan en una correcta relación terapéutica, cuanto mejor sea la relación con el paciente, mejor será la adherencia. También es importante que todo el equipo multiprofesional esté de acuerdo con el tratamiento y piense lo mismo de este, pues si cada uno tiene una visión totalmente diferente, el paciente puede sentirse contrariado.<sup>7,8</sup>

Por último, es muy importante tener en cuenta los factores que se relacionan con el tratamiento. Los efectos secundarios son el principal problema del incumplimiento del tratamiento antipsicótico, los pacientes que han sufrido algún efecto adverso tanto en la antigüedad como actualmente son más reacios a llevar una correcta adherencia. Nos encontramos con estudios que indican que existe un mayor cumplimiento en antipsicóticos atípicos, sin embargo, también, hallamos otros que lo desmienten. Lo que sí está demostrado es que existe una mayor adherencia al tratamiento depot intramuscular que al tratamiento oral, aunque no se han encontrado demasiados estudios sobre este tema.<sup>8</sup>

#### **1.4 Justificación.**

La realización de diferentes estudios sobre la esquizofrenia ha impulsado la aplicación y desarrollo de nuevos fármacos que mejoran los síntomas, de tal manera que la enfermedad puede llegar a ser más tolerable para el paciente, dando lugar a la aplicación de administraciones intramusculares durante un periodo de tiempo prudencial

de tal forma que el paciente pueda llevar una vida diaria más común. No obstante, como he comentado anteriormente, no hay demasiados estudios sobre la adherencia al tratamiento de acción prolongada intramuscular (depot).

La poca adherencia comentada en la esquizofrenia hace saltar las alarmas de que existen uno o más factores que no funcionan correctamente y en el caso de los depot aún más debido a la falta de información. Los fármacos atípicos tienen menos efectos adversos que los típicos y, sin embargo, no tienen un cumplimiento significativamente mayor; esto hace pensar que los efectos secundarios no son el problema principal de la no adherencia al tratamiento.

El tratamiento depot supone una mayor seguridad de control de cumplimiento siempre y cuando el paciente acuda a su consulta con la regularidad acordada, también proporciona un mayor contacto con el paciente por lo que se pueden observar con mayor regularidad las preocupaciones que el paciente tenga sobre la enfermedad y el tratamiento y, por otro lado, es mucho más sencillo recordar una fecha concreta de aplicación de la medicación que conseguir el hábito de tomarla diariamente.

Sin embargo, la población todavía es reacia a la administración del tratamiento de acción prolongada puesto que ir a la consulta a administrársela da la sensación de estar más enfermo.

### **1.5 Hipótesis.**

El tratamiento de acción prolongada intramuscular en la esquizofrenia, tiene una mayor adherencia que la administración de medicación vía oral, pero, sin embargo, sigue habiendo una no adherencia relevante; teniendo además menos efectos secundarios que la medicación tradicional.

### **1.6 Objetivos.**

#### 1.6.1 Objetivos generales:

- El principal objetivo es conocer cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de acción prolongada.

### 1.6.2 Objetivos específicos:

- Valorar el grado de conocimiento que tienen los pacientes y sus familias sobre la enfermedad.
- Determinar el grado de consciencia de enfermedad que tienen los pacientes.
- Conocer las principales preocupaciones tanto del paciente como de su familia.

## **2. Metodología.**

### **2.1 Diseño de la investigación:**

El método que he elegido se basa en un estudio explicativo, prospectivo y transversal.

### **2.2 Población.**

#### 2.2.1 Población de estudio.

La población del estudio a investigar estará formada por los pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos de acción prolongada en la Unidad de Salud Mental ambulatoria situada en el Hospital General de La Palma. La muestra será de 380 pacientes que acuden a dicha consulta.

#### 2.2.2 Ámbito de estudio.

La isla de La Palma consta de dos Unidades de Salud Mental Ambulatoria (USM), una situada en el Centro de Salud de Los Llanos de Aridane y la otra, y en la que realizaremos el estudio, está en el Hospital General de La Palma. Estas consultas se encargan de realizar el seguimiento y tratamiento de los pacientes con trastornos mentales de toda la isla.

La USM situada en Los Llanos abarca los municipios de: Garafía, Puntagorda, Tijarafe, El Paso, Los Llanos de Aridane, Tazacorte y la mitad de Fuencaliente. La USM del Hospital y en la que realizaremos el estudio asume los pacientes de los siguientes

municipios de la isla: Santa Cruz de La Palma, Puntallana, Mazo, Breña Baja, Breña Alta, San Andrés y Sauces, Barlovento y la otra mitad del municipio de Fuencaliente.

Aunque esta unidad se encuentra ubicada en el Hospital General de La Palma, no hay que confundirla con la Unidad de Internamiento Breve, situada también en el hospital al lado de las consultas.

### 2.2.3 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Paciente de más de 18 años.
- Que sepa leer.
- El paciente debe padecer esquizofrenia.
- Su tratamiento incluya antipsicóticos de acción prolongada.

Criterios de exclusión:

- Paciente menor de edad.
- Que su domicilio no se encuentre en la zona de estudio.
- Que exponga que no quiera participar verbalmente.
- Que esté inhabilitado judicialmente.

### 2.2.4 Variables.

Variables sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Número de hijos.
- Situación laboral.

Otras variables:

- Factores que afectan a la adherencia.
- Conocimiento de efectos secundarios.

### **2.3 Instrumentos de medida.**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica por distintas bases de datos, entre ellas Dialnet plus, Google Académico y Biblioteca Virtual de la ULL; utilizando como descriptores: Adherencia terapéutica, esquizofrenia, depot.

La captación de pacientes para la realización del estudio se realizará a medida que estos acudan a las consultas de enfermería de la USM del HGLP. Primero se les explicará en qué consiste el estudio y la finalidad de este y se les invitará a participar. Si aceptan, se les entregará un consentimiento informado (Anexo 1) que deberán firmar para iniciar el estudio.

A continuación, o en las siguientes consultas, según se pacte con el paciente, se les pasará una serie de cuestionarios. Para empezar se le realizará el test de Morisky-Green (Anexo 2) para comprobar el cumplimiento terapéutico con el resto de medicación que se toma el paciente y, posteriormente, realizaremos un cuestionario previamente validado (Anexo 3).

- Test Morisky-Green: Originalmente fue desarrollado para el cumplimiento de los pacientes con hipertensión arterial, con el transcurso del tiempo este test se fue introduciendo en la valoración del cumplimiento terapéutico para multitud de enfermedades. Este test se basa en 4 preguntas con respuesta dicotómica sí/no, que reflejan el cumplimiento del paciente. Por lo que si el paciente recibe poca puntuación el paciente es incumplidor y si obtiene las actitudes correctas es cumplidor.<sup>9,10</sup>

## **3. Recogida de datos.**

Por escrito, se le solicitará al Gerente del Hospital General de La Palma la autorización para realizar el estudio (Anexo 4). Como hemos comentado con anterioridad, la recolección de datos lo realizará la enfermera de Salud Mental, la cual estará a disposición de los pacientes para la resolución de cualquier duda o problema que se les pueda plantear.

## **4. Análisis estadístico.**

En este estudio, los datos obtenidos en las dos encuestas serán recopilados y clasificados con ayuda del programa de análisis estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)<sup>11</sup>.

## **5. Consideraciones éticas.**

El estudio busca conocer los factores que afectan en mayor medida a la población con esquizofrenia de la isla de La Palma en cuanto a la correcta administración y adherencia al tratamiento. Se les invitará a participar, con el pretexto de poder abandonar el estudio en el momento en que el paciente lo considere.

Todos los datos de los pacientes serán tratados y amparados por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal.



## 6. Cronograma.

| Actividades.                                 | Meses.      |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
|--|-------------|---|---|---|----------|---|---|---|------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------|---|---|---|--|--|
|  | Septiembre. |   |   |   | Octubre. |   |   |   | Noviembre. |   |   |   | Diciembre. |   |   |   | Enero. |   |   |   |  |  |
|  | 1           | 2 | 3 | 4 | 1        | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1      | 2 | 3 | 4 |  |  |
| Entrega de autorizaciones y consentimientos. |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Validación de los cuestionarios.             |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Captación de pacientes.                      |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Entrega de consentimiento informado          |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Recogida de consentimiento.                  |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Realizaciones de encuestas.                  |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Recogida de datos.                           |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Análisis de datos.                           |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |
| Elaboración de informes.                     |             |   |   |   |          |   |   |   |            |   |   |   |            |   |   |   |        |   |   |   |  |  |

## 7. Presupuesto.

| <b>Gastos fijos:</b>          |                   |                     |         |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|---------|
| <b>Personal</b>               | Coste por hora.   | Número de horas.    | Total.  |
| <b>Investigador</b>           | -                 | -                   | -       |
| <b>Apoyo estadístico.</b>     | 30€               | 20€                 | 600€    |
|                               |                   | Subtotal:           | 600€    |
| <b>Gastos variables:</b>      |                   |                     |         |
| <b>Material</b>               | Coste por unidad. | Número de unidades. | Total.  |
| <b>Paquete 500 folios.</b>    | 3,5€              | 2                   | 7€      |
| <b>Paquete 10 bolígrafos.</b> | 3,99€             | 1                   | 3,99€   |
| <b>Grapadora.</b>             | 1,50€             | 1                   | 1,50€   |
| <b>Caja de grapas.</b>        | 1,36€             | 1                   | 1,36€   |
| <b>Gastos de impresión</b>    | 0,03€             | 450                 | 13,5€   |
|                               |                   | Subtotal:           | 27,35€  |
|                               |                   | Total:              | 627,35€ |

## **8. Limitaciones del estudio.**

Al realizar las encuestas, podremos encontrarnos con que los encuestados no contesten con total sinceridad, porque, aunque es totalmente anónimo, puede que, al no conocer a la investigadora no confíen en ella, una característica común en los pacientes de salud mental.

## **9. Discusión y conclusión.**

La esquizofrenia es una enfermedad, al igual que muchas otras, de la cual se desconocen muchos parámetros, y sobre todo la causa que la produce, por lo que tampoco hay cura.

Por esta razón, es importante conocer qué factores son los que más afectan a la adherencia al tratamiento para así, poder tratarlos y de esta manera conseguir que el paciente pueda llevar el tratamiento de la mejor forma posible, dando lugar a que tenga menos recaídas, y por lo tanto, si el paciente tiene menos recaídas, tendrá menos ingresos, lo que conllevará a un menor coste sanitario.

Este estudio intentará conocer los factores mencionados anteriormente y así poder hacer que el paciente tenga una mejor adherencia, ya que conseguir esto sería de vital importancia, puesto que afecta a muchos planos de la vida del paciente.

Una buena adherencia terapéutica conllevará a padecer menos brotes, menos recaídas y menos ingresos hospitalarios. Esto hará que el paciente se sienta mejor con su enfermedad, llegándola a ver como algo natural y que forma parte de él, lo que daría lugar a que la sociedad en la que el paciente conviva también aprenda a vivir con la enfermedad de manera más sencilla y tolerante, lo que llevaría a una mejor calidad de vida del paciente.

Llegar a conocer los factores de que afectan a la adherencia, en el plano de la enfermería, supone una mejora en la forma de abordar la enfermedad y el tratamiento. Cuando se conocen los problemas que afectan al paciente, es más sencillo llegar a mejorar la propia adherencia.

## 10. Bibliografía.

1. Esquizofrenia. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. No 397. Abril 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

2. Sanz Fuentenebrero J. Trastornos psicóticos. En: Rubio Valladolid G, director. Fundamentos de psiquiatría: bases científicas para el manejo clínico. España: Panamericana; 2015.

3. González, J; Cuixart, I; Manteca, H; Carbonell, M; Armengol, J, Azcon, MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Rev. Enferm. Glob. 2005 nov. No 7. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/475>

4. Lluch Canut, MT; Biel Ties, A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva enfermera. Rev. Presencia. 2006, ene-jun. Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>

5. Belmont Molina, A. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. Med. Gráfico. 2011. No 1. Vol. 10. 53-55. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111j.pdf>

6. Albert Gutiérrez, JJ. Sobre las esquizofrenias. Informació Psicológica. 2002. No.79 3-9. Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/504>

7. Hernández Fleta, JL; Acosta Artiles, FJ; Pereira Miragaia, J. Adherencia Terapéutica. Cuad. Psiquiatría Comunitaria. 2009.Vol.9 No 1. 13-18. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>

8. Hernández Fleita, JL; Acosta Artilles, FJ; Pereira Miragaia, J. La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. Cuad. Psiquiatría Comunitaria.2009. Vol. 9. No 1. 29-46. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>

9. Rodríguez Chamarro, MA; García-Jiménez, E; Amariles, P; Rodríguez Chamarro, A; Faus, MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. 2008, No8. Vol. 40, 413-417. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720766>

10. Ingaramo, R; Vita, N; Bendersky, M; Arnolt, M; Bellido, C. Estudio nacional sobre la adherencia al tratamiento. Rev. Arg. Cardiología. 2005. Vol. 34, 104-111. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf>

11. IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Disponible en: <http://www.spss.com/>

## 11. Anexos.

### 11.1 Anexo 1.

Consentimiento informado para la realización del estudio de adherencia terapéutica.

Yo, Nuria Betancor Hernández, estoy investigando sobre los factores que afectan a la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, enfermedad que, a día de hoy, todavía no se conoce una cura definitiva. Por lo que le invito a participar en este estudio.

Con el presente consentimiento, se da constancia de que el paciente es consciente y está de acuerdo en el estudio que se está llevando a cabo, y que requiere de su colaboración para conocer así los factores que intervienen en el correcto cumplimiento y adherencia al tratamiento que se administra en la consulta de enfermería de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de La Palma.

Se le realizarán una serie de cuestionarios, en los que se recogerán datos como la edad, el sexo, y algunos factores que le afecten personalmente, sin embargo, en ningún momento se revelará su identidad, ya que en los cuestionarios no es necesario poner su nombre u otro tipo de datos identificativos. En todo momento se conservará el anonimato y la confidencialidad.

De igual forma, se le informa de que en cualquier momento está en su derecho de decidir abandonar dicho estudio, así como expresar cualquier duda o sugerencia que le pueda surgir y se le facilitará un número de teléfono de la investigadora en caso de que así lo desee.

Formulario del consentimiento:

Dº/Dª.....con  
DNI..... A día ..... de ..... del 2017, he comprendido el informe y he sido  
debidamente informado/a, por lo que autorizo a que se me incluya en el programa del  
estudio.

Firma Investigador titular.

Firma del paciente o  
responsable.

## 11.2 Anexo 2.

### Test Morisky- Green.

¿Olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

- Sí.
- No.

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

- Sí.
- No.

Quando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

- Sí.
- No.

Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar lo?

- Sí.
- No.

### 11.3 Anexo 3.

Edad. Especificar: .....

Sexo.

- Hombre.
- Mujer.

Situación laboral.

- Ocupado/a.
- En paro.
- Estudiante.
- Jubilado/a.
- Incapacidad laboral.
- Otros. Especificar: .....

Estado civil.

- Soltero/a.
- Casado/a.
- Viudo/a.
- Separado/a – Divorciado/a
- Otros. Especificar: .....

¿Vive solo?

- Sí.
- No.



Si su respuesta anterior fue "No", ¿con quién vive?

Especificar: .....

¿Va la su consulta periódicamente para la administración de la medicación?

- Sí.
- No.

¿Qué medicación se administra en dicha consulta?

Especificar: .....

¿Siente alguno de estos síntomas? Marque los que haya notado.

- Aumento de peso.
- Disminución del apetito.
- Náuseas/vómitos.
- Diarreas/estreñimiento.
- Priapismo (erección prolongada y dolorosa).
- Disminución de la libido.
- Disfunción eréctil.
- Trastorno de la eyaculación.
- Amenorrea (Ausencia de la menstruación).
- Otras alteraciones en la menstruación.
- Disfunción sexual.
- Sequedad de boca.
- Somnolencia.
- Agitación.
- Temblores.
- Otros. Especificar: .....

No he tenido ningún síntoma.

¿Ha dejado de inyectarse el medicamento por la aparición de alguno de los síntomas anteriores?

Sí.

No.

Si su respuesta anterior fue "Sí" ¿Por cuáles?

Especificar: .....

.....

Si ha ocurrido por otra razón, ¿por qué ha sido?

Especificar: .....

.....

#### **11.4 Anexo 4.**

##### *Solicitud de permiso para realizar estudio a la Gerencia del Hospital General de La Palma.*

D<sup>a</sup> Nuria Betancor Hernández, con DNI: 54109553Y, investigadora titular del estudio de: Los factores que influyen en la adherencia terapéutica en paciente con esquizofrenia.

Solicita:

El consentimiento para acceder a la consulta de enfermería de Salud mental de la Unidad de Salud mental del Hospital General de La Palma para realizar un estudio en el que se valorarán los factores que influyen en la adherencia que tienen los pacientes con esquizofrenia al tratamiento con antipsicóticos de acción prolongada. Para ello, se requiere la autorización para la realización de una serie de cuestionarios a cada paciente que se preste voluntario para la realización de dicha investigación.

Fdo. Nuria Betancor Hernández.

