
Trabajo Fin de Grado
Grado en Medicina

Adherencia terapéutica en los trastornos psicóticos y factores asociados

Autora:

LEIRE FERNÁNDEZ IZAGIRRE

Directora:

LUCÍA INCHAUSTI LÓPEZ DE LARRUCEA

© 2018, Leire Fernández Izagirre

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS.....	1
1.1.1. Características clave de los trastornos psicóticos.....	1
1.1.2. Clasificación de los trastornos psicóticos.....	2
1.1.3. Epidemiología de los trastornos psicóticos.....	5
1.2. BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO.....	6
1.3. FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS.....	6
1.3.1. Tasas de adherencia terapéutica de los antipsicóticos.....	6
1.3.2. Factores que contribuyen a la falta de adherencia en las psicosis.....	8
1.3.3. Consecuencias de la falta de adherencia a antipsicóticos.....	9
1.4. MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA EN LAS PSICOSIS.....	10
1.4.1. Métodos de medición objetivos directos.....	11
1.4.2. Métodos de medición objetivos indirectos.....	11
1.4.3. Métodos de medición subjetivos.....	12
1.5. POR QUÉ SE REALIZA ESTE TRABAJO.....	13
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	13
2.1. HIPOTESIS.....	13
2.2. OBJETIVOS.....	14
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
3.1 MÉTODOS.....	14
3.1.1. Lugar donde se ha desarrollado el estudio.....	14
3.1.2. Tipo de estudio.....	15
3.1.3. Población de estudio.....	15
3.1.4. Criterios de inclusión.....	15
3.1.5. Criterios de exclusión.....	16
3.1.6. Procedimiento del estudio.....	16
3.1.7. Análisis estadístico.....	17
3.2. MATERIALES.....	17

3.2.1. Cuestionario DAI-10.....	17
3.2.2. Variables estudiadas.....	18
4. RESULTADOS.....	19
4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES.....	19
4.2. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA.....	20
4.2.1. Edad y adherencia terapéutica.....	20
4.2.2. Género y adherencia terapéutica.....	21
4.2.3. Origen y adherencia terapéutica.....	22
4.2.4. Nivel de estudios y adherencia terapéutica.....	22
4.2.5. Estado civil y adherencia terapéutica.....	23
4.2.6. Religión y adherencia terapéutica.....	24
4.2.7. Hogar y convivencia y adherencia terapéutica.....	25
4.2.8. Situación laboral y adherencia terapéutica.....	26
4.3. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA.....	27
4.3.1. Diagnóstico y adherencia terapéutica.....	27
4.3.2. Edad de inicio de la enfermedad y adherencia terapéutica...	28
4.3.3. Duración de la enfermedad y adherencia terapéutica.....	29
4.3.4. Tipo de ingreso y adherencia terapéutica.....	30
4.3.5. Número de ingresos y adherencia terapéutica.....	31
4.3.6. Tratamiento y adherencia terapéutica.....	32
4.3.7. Efectos adversos de la medicación antipsicótica y adherencia terapéutica.....	34
4.3.8. Hábitos tóxicos y adherencia terapéutica.....	36
4.3.9. Comorbilidades psiquiátricas y adherencia terapéutica.....	37
5. DISCUSIÓN.....	38
6. CONCLUSIONES.....	45
7. BIBLIOGRAFÍA.....	46

ANEXOS

ANEXO 1.....	51
ANEXO 2.....	52
ANEXO 3.....	54
ANEXO 4.....	55
ANEXO 5.....	56
ANEXO 6.....	57
ANEXO 7.....	58

1. INTRODUCCIÓN

1.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los trastornos psicóticos son un grupo de enfermedades mentales, que se clasifican según el DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2014 (1) en: los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los trastornos del espectro esquizofrénico son la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y dos trastornos de la personalidad: el trastorno esquizotípico y el trastorno esquizoide. Además existen otros trastornos psicóticos, como son la psicosis inducida por sustancias/medicamentos, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, psicosis atípica y psicosis no especificada. Pese a ser un grupo heterogéneo, todos estos trastornos psicóticos se caracterizan por presentar delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y/o síntomas negativos. En todo el mundo, los trastornos psicóticos son considerados enfermedades mentales graves, que pueden provocar una discapacidad importante, afectando al desempeño educativo y laboral de los pacientes, además de la estigmatización y discriminación que comúnmente asocian.

1.1.1. Características clave de los trastornos psicóticos

Tanto los trastornos del espectro de la esquizofrenia como los otros trastornos psicóticos, se definen por presentar una o más de las siguientes cinco anomalías (1):

1.1.1.1. Delirios

Son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Los delirios se consideran extravagantes cuando son claramente inverosímiles, incomprensibles y si no proceden de experiencias de la vida corriente; aunque también existen los delirios no extravagantes. Existen diversos tipos de delirios dependiendo de su contenido: delirio persecutorio, referencial, somático, de grandeza, erotomaníaco, nihilista, de control, místico religioso, celotípico...

1.1.1.2. Alucinaciones

Son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial: alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, gustativas, olfatorias; pero en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados las alucinaciones auditivas (en forma de voces) son las más comunes.

1.1.1.3. Pensamiento desorganizado

Habitualmente se infiere a partir del discurso del paciente, el cual cambia de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas), o cuyas respuestas no están relacionadas con las preguntas que se le realizan.

1.1.1.4. Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)

Se puede manifestar de diferentes maneras, desde un comportamiento infantililoide a la agitación motora impredecible. Otras características son el comportamiento catatónico (disminución marcada de la reactividad al entorno), movimientos estereotipados repetidos, mirada fija, muecas, mutismo y ecolalia.

1.1.1.5. Síntomas negativos

Son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Los síntomas negativos más frecuentes en la esquizofrenia son: la disminución de la expresión de las emociones, abulia, anhedonia, alogía, y asocialidad.

1.1.2. Clasificación de los trastornos psicóticos

1.1.2.1. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo que comprende todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, que asocian un deterioro del funcionamiento laboral, de las relaciones interpersonales y del cuidado personal. Los síntomas definitorios de la esquizofrenia son los delirios, las alucinaciones, el discurso y comportamiento desorganizados y los síntomas negativos (como la abulia y la anhedonia), los cuales persisten durante un periodo de tiempo continuo de

mínimo seis meses. Aparte de estas características clave que definen la esquizofrenia, existen otros síntomas muy frecuentes en estos pacientes, como el afecto inapropiado, ánimo disfórico, alteración del patrón del sueño, falta de interés por comer, despersonalización, desrealización, preocupaciones somáticas, ansiedad, fobias,...

Otro síntoma típico de la esquizofrenia es la falta de conciencia de la enfermedad, siendo este el factor que predice con mayor frecuencia el incumplimiento del tratamiento, así como mayores tasas de recaída, un mayor número de tratamientos involuntarios, un peor funcionamiento psicosocial y un peor curso de la enfermedad.

En cuanto al desarrollo de la enfermedad, el curso es favorable alrededor del 20% de los pacientes, y un pequeño número de individuos se recupera por completo. Sin embargo, la mayoría de los individuos con esquizofrenia sigue requiriendo apoyo para su vida diaria, y muchos permanecen crónicamente enfermos, con exacerbaciones y remisiones de los síntomas activos, mientras que otros sufren un curso de deterioro progresivo. Además, esta enfermedad asocia un alto riesgo de suicidio (alrededor del 20% intenta suicidarse en al menos una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa) y las tasas de comorbilidad son elevadas tanto para otras enfermedades psiquiátricas como para enfermedades médicas: trastornos por uso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, sobrepeso, diabetes, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, lo que provoca un acortamiento de la esperanza de vida de estas personas (1).

1.1.2.2. Trastorno esquizofreniforme

Los síntomas característicos son idénticos a los de la esquizofrenia, pero se distinguen por su diferente duración: la duración total del trastorno esquizofreniforme es de al menos 1 mes pero menor de 6 meses. Otra característica que distingue esta enfermedad es la ausencia de un criterio que requiera deterioro del funcionamiento social y laboral; aunque dichas alteraciones puedan estar presentes, no son necesarias para su diagnóstico.

Un tercio de los pacientes con diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme se recuperan dentro del periodo de 6 meses, pero los dos tercios restantes recibirá posteriormente un diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo (1).

1.1.2.3. Trastorno esquizoafectivo

En esta enfermedad, existe un episodio mayor del estado de ánimo, ya sea un estado maníaco o depresivo mayor, concurrente con los síntomas cardinales de la esquizofrenia. El trastorno esquizoafectivo, también se asocia a disfunción social y laboral, aunque no sea un criterio diagnóstico como sí lo es en la esquizofrenia. El pronóstico del trastorno esquizoafectivo es algo mejor que el de la esquizofrenia, pero peor que de los trastornos del estado de ánimo (1).

1.1.2.4. Trastorno esquizoide

Trastorno que se clasifica dentro de los trastornos de la personalidad del cluster A (raros-excéntricos). La característica esencial es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en situaciones interpersonales. Los pacientes se muestran indiferentes a las oportunidades de desarrollar relaciones cercanas y no tienen satisfacción de ser parte de una familia u otro grupo social, prefieren pasar el tiempo solos en lugar de estar con otras personas. Suelen tener muy poco interés en tener experiencias sexuales con otra persona y disfrutan de pocas o de ninguna actividad. En general, carecen de reactividad emocional visible, tienen dificultades para responder adecuadamente a los acontecimientos importantes de la vida y no corresponden con gestos o expresiones faciales como las sonrisas o los asentimientos.

En respuesta al estrés, éstas personas pueden experimentar episodios psicóticos breves, y en otros casos el trastorno de la personalidad esquizoide puede ser el antecedente previo de un trastorno delirante o de una esquizofrenia (1).

1.1.2.5. Trastorno esquizotípico

Este trastorno también se encuentra dentro de los trastornos de la personalidad del cluster A. La característica esencial es un patrón general de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las

relaciones cercanas, así como la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Las personas con trastorno de la personalidad esquizotípico suelen tener ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales (como ilusiones corporales), pensamientos y discursos extraños, ideas paranoides y ansiedad social excesiva.

Pese a que tiene un curso relativamente estable, una pequeña proporción de pacientes con trastorno esquizotípico desarrolla esquizofrenia u otro trastorno psicótico en el futuro (1).

1.1.2.6. Trastorno delirante

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos 1 mes. Aparte del impacto directo producido por los delirios, el deterioro del funcionamiento psicosocial puede estar más circunscrito que en otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño. Aunque en algunos casos, el deterioro puede ser importante e incluir un rendimiento laboral deficiente, aislamiento social y/o problemas conyugales, el funcionamiento global medio es habitualmente mejor que el observado en la esquizofrenia. Una característica habitual de los sujetos con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y apariencia cuando no se habla acerca de sus ideas delirantes o se actúa en base a ellas.

Aunque, por lo general, el diagnóstico es estable, una proporción de sujetos desarrollará posteriormente una esquizofrenia (1).

1.1.3. Epidemiología de los trastornos psicóticos

Pese a que la incidencia de los trastornos psicóticos es baja, la mayoría de estas enfermedades tienen una evolución crónica, lo que hace que su prevalencia sea alta, en torno al 0.3-0.7% de la población (1). Según la Organización Mundial de la Salud, 2016 (2), existen más de 21 millones de personas afectadas por la esquizofrenia en todo el mundo.

1.2. BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

A pesar de la alta prevalencia y la gravedad de los trastornos psicóticos, la esquizofrenia y los trastornos del espectro son enfermedades tratables mediante la farmacoterapia y el apoyo psicosocial.

La medicación antipsicótica juega un papel vital en el tratamiento de los trastornos psicóticos y el control de los síntomas. Numerosos estudios han demostrado que los antipsicóticos disminuyen la gravedad de la enfermedad (3) y mejoran el funcionamiento de los pacientes (4) reduciendo las tasas de recaídas y hospitalizaciones (5) y mejorando los síntomas positivos y negativos típicos de la esquizofrenia (6). Es decir, el tratamiento continuo a largo plazo con antipsicóticos y su correcta adherencia por parte de los pacientes, contribuyen a mejorar considerablemente la calidad de vida de las personas con esquizofrenia (7). Además, la adherencia adecuada reduce substancialmente los costes de la atención sanitaria y disminuye el uso de recursos para episodios psicóticos agudos (8).

Pese a todo esto, el incumplimiento de la medicación antipsicótica es común en pacientes esquizofrénicos.

1.3. FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

1.3.1. Tasas de adherencia terapéutica de los antipsicóticos

Según la Organización Mundial de la Salud, 2003 (9), la adherencia terapéutica es el grado en el que el comportamiento de una persona al tomar el medicamento (o ejecutar cambios en el estilo de vida), se corresponden con las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria. Por tanto, el concepto de no-adherencia terapéutica hace referencia a una gran diversidad de conductas, que pueden ir desde tomar solo parte del tratamiento, interrumpir un medicamento antes de que el tratamiento se haya completado, tomar más o menos dosis de lo prescrito o tomar la dosis en el momento del día equivocado, hasta el rechazo total de la medicación o no acudir a las citas concertadas con los profesionales de salud. Además, la falta de adherencia puede ser no intencional, como consecuencia del

olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento, o intencional, consecuencia de una decisión consciente del paciente (10).

Aunque las tasas de adherencia terapéutica de los trastornos psiquiátricos varían de un estudio a otro dependiendo de factores como la población estudiada, diferentes métodos de medición de la adherencia, criterios de adherencia terapéutica, periodo de observación o el diseño del estudio, todos los autores concluyen que un número considerable de pacientes con trastornos psicóticos tienen dificultades con la adherencia en algún momento de su enfermedad y existe un claro consenso sobre que la falta de adherencia es un problema de gran importancia en estos pacientes.

En la revisión sistemática de Vellingan et al., 2017 (3), se concluye que al menos el 40%- 50% de los pacientes con trastornos psicóticos graves son no-adherentes con sus tratamientos psicofarmacológicos. Además, este estudio muestra que el cumplimiento terapéutico empeora a lo largo del tiempo, siendo la falta de adherencia de un 36% de los pacientes en el primer año y aumentando al 61% al transcurrir cuatro años con la enfermedad. En la revisión sistemática de García et al., 2016 (11), los datos sobre las tasas de adherencia en pacientes psicóticos son similares: solo el 42% de los pacientes con esquizofrenia cumple su tratamiento farmacológico. En el estudio transversal de Baylé et al., 2015 (12), se estudiaron 1.610 pacientes psicóticos a los que se les realizó el cuestionario MAQ (*Medication Adherence Questionnaire*). Los resultados de este estudio muestran que la adherencia a la medicación oral fue baja en el 53.2% de los pacientes y media en el 29.5%, el 64.0% de los pacientes ocasionalmente olvidaban tomar su medicación, el 63.6% descuidaron el momento correcto para tomar el medicamento y el 60.7% interrumpieron su medicación cuando se sintieron mejor. Novick et al., 2015 (13), realizaron un estudio prospectivo observacional con 903 pacientes, según el cual las tasas de baja adherencia son de dos tercios de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y que el 40% de los pacientes tratados con antipsicóticos deja de tomar su medicación en el periodo de un año. El metaanálisis de Czobor et al., 2015 (14), muestra resultados de adherencia parecidos en los pacientes con trastornos psicóticos: el 50% de los pacientes con esquizofrenia no se adhiere completamente al tratamiento. Además, según los resultados del estudio transversal de Mert et al., 2015

(15), el trastorno psiquiátrico con mayor falta de adherencia resultó ser la esquizofrenia con una tasa de no-adherencia de hasta el 80%, seguido del trastorno bipolar con una tasa de hasta 64% y por la depresión con una falta de adherencia de hasta el 60%.

Por todo esto, no es de extrañar que el primer medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de E.E.U.U. con un sistema de seguimiento digital capaz de rastrear si los pacientes toman adecuadamente su medicación, sea el Aripiprazol, un antipsicótico atípico (de segunda generación) usado en el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia. Esta primera pastilla “inteligente”, se denomina Abilify MyCite, lleva insertado un sensor ingerible que al ponerse en contacto con los jugos gástricos se activa en el estómago y envía un mensaje a una aplicación móvil, con lo que el paciente, sus familiares o su médico pueden conocer si se ha ingerido el fármaco o no. De esta forma, se pretende abordar el costoso problema que supone que millones de pacientes en E.E.U.U. no tomen su medicación según lo recetado (16).

1.3.2. Factores que contribuyen a la falta de adherencia en las psicosis

Para comprender las razones de las altas cifras de incumplimiento terapéutico y poder desarrollar en un futuro intervenciones que mejoren la adherencia a los medicamentos en los trastornos psicóticos, es importante identificar los factores que contribuyen a la falta de adherencia en estos pacientes.

En la revisión sistemática de Vellingan et al., 2017 (3), en la cual se revisan 36 artículos publicados entre 2005 y 2015, se concluye que los factores de riesgo que favorecen la falta de adherencia son: la ausencia de *insight* (la falta de conciencia de enfermedad y, por tanto, la falta de conciencia de necesidad de medicación), una actitud negativa ante la medicación (percepción de falta de eficacia y beneficios), efectos adversos secundarios a la medicación (efectos extrapiramidales, sedación, aumento de peso, elevación de prolactina, entre otros), una alianza terapéutica pobre con el psiquiatra, el uso perjudicial de alcohol y/u otras drogas ilegales y el deterioro cognitivo (mala función ejecutiva y afectación de la memoria prospectiva que lleva a los olvidos). En el estudio de Mert et al., 2015 (15), se analizaron otros factores

sociodemográficos como posibles factores de riesgo de la falta de adherencia, como son la edad, el género, el estado civil, el nivel de educación, la convivencia y el lugar de residencia. El-Mallakh y Findlay, 2015 (17), afirman que existen factores que contribuyen a la falta de adherencia en los pacientes con trastornos psicóticos. Estos factores son la edad del paciente (los jóvenes asocian mayores tasas de incumplimiento terapéutico), el inicio precoz de la enfermedad, el consumo de tóxicos, no tener una buena alianza terapéutica con el psiquiatra, la presencia de efectos adversos asociados a la medicación, ser varón, pertenecer a una minoría étnica, tener un bajo nivel de estudios, la falta de apoyo familiar y/o social, no tener un hogar propio, restricciones económicas y la baja participación en las actividades sociales o el aislamiento social debido a la falta de familiares y amigos (situación muy común en estos pacientes). En el estudio de Kane et al., 2013 (18), se concluye que la existencia de comorbilidades psiquiátricas también contribuyen a la falta de adherencia terapéutica. En la revisión bibliográfica de Haddad et al., 2014 (19), además de las características descritas hasta ahora, se incluye como factor que contribuye a la falta de adherencia los regímenes de medicación complejos, como una frecuencia de dosificación más alta y complicada. Este estudio demostró que la simplificación del régimen de tratamiento mejora la adherencia a antipsicóticos en los pacientes con psicosis. Algunos autores consideran que el tipo de antipsicótico y la vía de administración también son factores que afectan a la adherencia del paciente. Por ejemplo, según el estudio de Warikoo et al., 2014 (20), la falta de adherencia es mayor en los antipsicóticos típicos (1ª generación) que en los atípicos (2ª generación); y en los estudios de Haddad et al., 2014 (19) y Popp et al., 2014 (21), se concluye que los antipsicóticos orales están sujetos a una peor adherencia que la medicación depot.

1.3.3. Consecuencias de la falta de adherencia a antipsicóticos

Diversos estudios han revelado el impacto negativo que tiene la falta de adherencia a los antipsicóticos en la evolución de las enfermedades psicóticas. Según la revisión bibliográfica de Higashi et al., 2013 (22), las consecuencias de la no-adherencia afectan a tres niveles: al paciente, a la sociedad y al sistema sanitario. Vellingan et al., 2009 (23), en su revisión, concluyen que los pacientes no-adherentes tienen 3-5

veces más riesgo de recaídas sintomáticas y por tanto más riesgo de ingreso que los pacientes adherentes. Además, según este autor, los pacientes que no cumplen el tratamiento tienen 3.75 veces más riesgo de suicidio que los buenos adherentes, mientras que según las revisiones bibliográficas de Llorca et al., 2008 (24) y Leucht y Heres, 2006 (25), la no adherencia de antipsicóticos en pacientes esquizofrénicos aumenta el riesgo de suicidio hasta 4-7 veces más que en los pacientes con buena adherencia. El ensayo aleatorizado de Morken et al., 2008 (26), revela que la no-adherencia además de asociarse a mayor riesgo de recaídas sintomáticas también aumenta las tasas de hospitalización y asocia más síntomas psicóticos persistentes. Marcus y Olfson, 2008 (27), en su análisis retrospectivo, informan que el incumplimiento terapéutico en los pacientes esquizofrénicos provoca mayor riesgo de ingreso y más días, más riesgo de ingresar en UCI, más días de tratamiento y mayores costes para el sistema sanitario. La revisión de Byerly et al., 2007 (8), revela que la falta de adherencia se asocia con exacerbación de síntomas psicóticos, aumento de agresiones, peor pronóstico, mayor uso del hospital y del servicio de emergencias e importantes costes sanitarios. Así mismo, el estudio prospectivo de Ascher-Svanum et al., 2006 (31), demuestra que el incumplimiento está significativamente asociado con mayores tasas de ingreso psiquiátrico, uso de los servicios de emergencias psiquiátricas, violencia, arrestos, disminución de las funciones mentales, menos satisfacción vital, mayor abuso de sustancias y más problemas relacionados con el alcohol.

De todos estos estudios se concluye, que la consecuencia de no-adherencia más frecuente en los pacientes psicóticos es la necesidad de ingreso. Además, según el estudio de Higashi et al., 2013 (22), éste es un factor clave en el aumento de los costes de la atención sanitaria.

1.4. MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA EN LAS PSICOSIS

El hecho de que el fenómeno de la adherencia sea múltiple y complejo es responsable de la dificultad que existe para disponer de un sistema de evaluación “gold standard”. En la actualidad, no existe un método único que sea considerado de referencia para medir la adherencia. En la revisión bibliográfica de De las Cuevas y Sanz, 2016 (10), se explican los métodos disponibles para medir la adherencia al

tratamiento psiquiátrico. Estos se clasifican en métodos objetivos (directos e indirectos) y métodos subjetivos (escalas y cuestionarios que se realizan con la opinión o la historia clínica del paciente).

1.4.1. Métodos de medición objetivos directos

Los métodos objetivos directos se basan en la determinación del psicofármaco prescrito, de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en fluidos biológicos como la sangre, orina, saliva o en el pelo. En general, este tipo de determinaciones son muy objetivas y específicas y obtienen índices de incumplimiento más elevados que los métodos indirectos. Aun así, tienen escasa utilidad ya que son caras, se dispone de un escaso número de fármacos que puedan ser detectados y necesitan de una infraestructura sofisticada no disponible en la práctica clínica psiquiátrica habitual. Otros aspectos negativos de estos métodos objetivos es que pueden dar por buenos cumplidores a aquellos pacientes que toman adecuadamente su medicación únicamente los días previos a la cita con sus médicos, y que las diferencias individuales en el metabolismo de cada paciente hacen que en la mayoría de los psicofármacos las determinaciones plasmáticas solo sean útiles para determinar si el tratamiento se ha tomado o no, pero no sirven para establecer si las dosis han sido las indicadas (10).

1.4.2. Métodos de medición objetivos indirectos

Los métodos objetivos indirectos más empleados son el recuento de comprimidos, tecnología de monitorización y bases de datos de las farmacias. Todos ellos presentan numerosos inconvenientes: en el caso del recuento de comprimidos el paciente debería llevar sus envases de medicamentos a la consulta y podría tirar parte de su tratamiento para parecer adherentes; las tecnologías de monitorización tienen un coste alto, por lo que no se usan en la práctica psiquiátrica habitual; y en las bases de datos de las farmacias aunque el paciente retire sus medicamentos de la farmacia, no se puede tener la certeza de que el paciente cumple el tratamiento en la dosis y modo adecuados (10).

1.4.3. Métodos de medición subjetivos

Los métodos subjetivos valoran la conducta de los pacientes, así como sus conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento. Aunque sean menos fiables que los métodos directos, son más sencillos y económicos, por lo que resultan extremadamente útiles en la práctica clínica psiquiátrica. Además, sirven para investigar y valorar el grado de adherencia en condiciones reales de la práctica clínica habitual, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica. Tanto los pacientes como las historias clínicas, proporcionan una estimación razonable de la tendencia a la medicación en el campo de la psiquiatría clínica y son menos costosos y más aceptables que otras técnicas invasivas.

En la actualidad, las formas más comunes de evaluar la adherencia a los fármacos psiquiátricos, tanto en la investigación como en la práctica clínica, son el autoinforme del paciente y el informe del médico a cargo del paciente (10).

Diversos autores (28, 29, 30), concluyen que las creencias y actitudes de los pacientes psiquiátricos hacia su enfermedad y tratamiento predicen mejor su adherencia al tratamiento que cualquier otra variable clínica. Por esta razón, algunos de los cuestionarios más empleados en la valoración de la adherencia se centran en el análisis de las creencias y actitudes de los pacientes.

En la actualidad se dispone de una amplia gama de escalas de valoración del cumplimiento terapéutico, algunos de los más utilizados son: Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (DAI-10), Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8 ítems (MMAS-8), Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ) y la Escala Informativa de Cumplimiento de la Medicación (MARS).

1.4.3.1. Escala DAI-10

La escala DAI-10 autoaplicada es un test específico para los trastornos psicóticos, desarrollada por Hogan, Awad y Eastwood en 1983, que valora la respuesta subjetiva y las actitudes de los pacientes psicóticos hacia su tratamiento. Indica si los pacientes están satisfechos con su medicación y evalúa su grado de comprensión sobre cómo

les afecta el tratamiento. La escala tiene 10 ítems que son calificados por los pacientes como verdaderos o falsos. Las respuestas correctas puntúan +1 y las incorrectas -1. Así, la puntuación total va desde -10 hasta +10, siendo las puntuaciones más altas indicadoras de actitudes más positivas hacia la medicación y mejor adherencia (10).

El DAI-10 ha demostrado una alta validez discriminativa y alta confiabilidad (32). Además, es de fácil administración, se realiza en 5-10 minutos, no requiere de un nivel sociocultural muy alto para su comprensión y no es excesivamente larga (33). Finalmente, señalar que el estudio de Robles García et al., 2004 (34), tradujo al castellano el DAI-10 y demostró que la versión castellana posee una validez convergente y una confiabilidad moderada.

Por todo ello, el inventario DAI-10 se considera una herramienta razonable para medir la respuesta subjetiva al tratamiento con fármacos antipsicóticos.

1.5. POR QUÉ SE REALIZA ESTE TRABAJO

Como se ha señalado anteriormente, pese a los beneficios que aportan los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de los diferentes trastornos psicóticos, la falta de adherencia a día de hoy sigue siendo muy común en estas enfermedades, produciendo efectos negativos que perjudican gravemente tanto al paciente, como a sus familias, a la sociedad y al sistema sanitario. Muchos autores consideran la falta de adherencia el aspecto más importante y desafiante del tratamiento de estas enfermedades. Es por todo esto, que se decide desarrollar este tema en el Trabajo de Fin de Grado, con intención de estudiar la falta de adherencia terapéutica en las psicosis e intentar señalar variables que puedan estar asociadas con esa falta de adherencia.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

2.1.1. Hipótesis principal

La hipótesis principal de este trabajo es la siguiente: “Los pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría con diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, puntúan bajo en la escala DAI-10, lo que demuestra una mala adherencia terapéutica”.

2.1.2. Hipótesis secundaria

La hipótesis secundaria de este trabajo es la siguiente: “Existen variables que están asociadas a la falta de adherencia en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos”.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo principal

Estudiar el nivel de adherencia farmacológica en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otro trastorno del espectro ingresados en el Servicio de Psiquiatría.

2.2.2. Objetivo secundario

Estudiar si existen variables que estén asociadas a la falta de adherencia terapéutica en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MÉTODOS

3.1.1. Lugar donde se ha desarrollado el estudio

El estudio se ha realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto. Pese a que el Servicio de Psiquiatría se encuentra dividido en 2 zonas dentro del hospital (consultas externas y área de hospitalización), el estudio solo se ha llevado a cabo en el pabellón Escuza (área de hospitalización), por ser donde se encuentran los pacientes ingresados. Éste pabellón recibe los ingresos de Bilbao, excepto de los barrios de Deusto y San Ignacio que corresponden al Hospital de Zamudio. El pabellón Escuza cuenta con 42 camas de adultos: 20 camas en la 1ª planta y 22 camas en la 2ª planta. Además, en el sótano de Escuza se encuentra la Unidad Infanto-Juvenil, que consta de 8 camas donde ingresan niños y adolescentes

menores de 18 años. El nivel medio de ocupación del pabellón de Escuzza se sitúa por encima del 95%, siendo las patologías más atendidas las psicosis (esquizofrenias), los trastornos afectivos (depresivos y bipolares) y los trastornos de personalidad.

3.1.2. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional transversal no probabilístico sobre una muestra de casos consecutivos.

3.1.3. Población de estudio

Se estudiaron 90 pacientes que fueron ingresados, voluntaria o involuntariamente, en el pabellón de Escuzza del H.U. de Basurto entre el 27 de noviembre de 2017 y el 27 de febrero de 2018, con diagnóstico principal de esquizofrenia o trastornos del espectro (trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizotípico, trastorno esquizoide, trastorno delirante, psicosis atípica y psicosis no especificada) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). A los pacientes se les invitó a participar en el estudio cuando su psiquiatra lo consideró clínicamente apropiado.

Pese a que se recogieron todos los datos sociodemográficos y clínicos de los 90 pacientes, hubo un paciente que no quiso realizar el test DAI-10, por lo que los resultados obtenidos, finalmente, han sido sobre 89 pacientes.

3.1.4. Criterios de inclusión

Para participar en el estudio los pacientes debían cumplir todos los siguientes criterios:

- Ser mayores de 18 años.
- Tener un diagnóstico previo al ingreso de esquizofrenia o trastornos del espectro.
- Tener pautado un tratamiento con antipsicóticos antes del ingreso.

- Estar ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del H.U. de Basurto entre el 27 de noviembre de 2017 y el 27 de febrero de 2018.
- Tener suficiente conocimiento del castellano y capacidad de comunicación.

3.1.5. Criterios de exclusión

Quedaron excluidos del estudio aquellos pacientes que cumplían alguno de los siguientes criterios:

- Ser menor de 18 años.
- No tener un diagnóstico previo de esquizofrenia o trastorno del espectro, o ser diagnosticado en el ingreso de primer episodio psicótico.
- No tener pautado un tratamiento antipsicótico a su llegada al hospital.
- Tener problemas de comunicación y/o comprensión.

3.1.6. Procedimiento del estudio

Para conocer los ingresos de pacientes con diagnósticos de esquizofrenia o trastornos del espectro, se usó el censo de la 1ª y 2ª planta del pabellón Escuza, donde se encuentra el área de hospitalización de adultos. Una vez detectados los pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el estudio, se hablaba con su psiquiatra para que informara del momento adecuado para incluirle en el estudio, que solía coincidir con el momento en el que el paciente alcanzaba la estabilidad clínica. Llegado este momento, se explicaba al paciente en qué consistía el estudio y, si daba permiso tras ser correctamente informado, se le invitaba a participar. A los pacientes que aceptaron participar, se les entregó el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems o DAI-10 (*Drug Attitude Inventory-10*) (**Anexo 1**) para que lo rellenaran. A continuación, se realizaba una breve entrevista con el paciente para extraer información de variables que a veces no se recogen en la historia clínica del paciente, como por ejemplo el nivel de estudios, si el paciente cree en alguna religión o no y si el paciente refiere efectos adversos del tratamiento antipsicótico. Para completar la información del resto de variables se usaba la historia clínica del paciente, a la cual se accedía a través del programa informático “Clinic” de Osakidetza. Una vez

obtenido el resultado del DAI-10 y recogida la información de las otras 17 variables sociodemográficas y clínicas (**Anexo 2**) de cada paciente, se realizó la base de datos del estudio.

3.1.7. Análisis estadístico

Las variables categóricas se han descrito mediante recuento y porcentajes; las variables cuantitativas, mediante la media (desviación estándar) y/o mediana (rango intercuartil). Para el análisis de la asociación entre variables categóricas se ha empleado la prueba de χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según corresponda. Para la comparación de las variables cuantitativas por grupos, se ha empleado la prueba t de Student, o la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación de la primera. Para el análisis estadístico se empleó el software IBM SPSS v23 y se ha considerado un nivel de significación estadística si $p < 0.05$.

3.2. MATERIALES

3.2.1. Cuestionario DAI-10 (Anexo 1)

El DAI-10 es una escala autoaplicada de 10 ítems, de respuesta dicotómica verdadero-falso, con la que se valoró la percepción subjetiva de los pacientes sobre la toma de su medicación antipsicótica y su propia actitud y decisión. Una vez el paciente finaliza el cuestionario se suma la puntuación de sus respuestas, puntuando +1 las respuestas correctas y -1 las incorrectas (las respuestas correctas son aquellas en las que se señala “verdadero” en los ítems 1, 3, 4, 7, 9 y 10, y en las que se señala “falso” en los ítems 2, 5, 6, y 8). Por tanto, la puntuación total oscila entre -10 y +10. A mayor puntuación total, se considera que la actitud del paciente ante la medicación es más positiva y se asume que el paciente es adherente a su tratamiento. Por el contrario, las puntuaciones totales más bajas indican que la actitud del paciente ante la medicación es negativa y, por tanto, se considera no-adherente. Pese a que no existen puntos de corte definidos en el DAI-10, en este estudio se ha considerado que las puntuaciones positivas indican que el paciente es cumplidor y que las puntuaciones negativas y 0 indican que el paciente es no cumplidor, como se ha

considerado en estudios previos (20, 35 y 36). El DAI-10 está traducido y validado al castellano y es de dominio público.

3.2.2. Variables estudiadas (Anexo 2)

3.2.2.1. Variable dependiente

La variable dependiente del estudio es “la adherencia al tratamiento antipsicótico”, siendo analizada como variable cualitativa nominal dicotómica: buena adherencia, mala adherencia. Esta variable ha sido medida en los 89 pacientes a través de la escala DAI-10.

3.2.2.2. Variables independientes

Como variables independientes se han estudiado:

- Variables sociodemográficas: “edad” (en años cumplidos), “género” (mujer, hombre), “origen” (local, extranjero), “nivel de estudios” (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios), “estado civil” (soltero, casado, separado/divorciado, viudo), “hogar y convivencia” (vive acompañado en su casa, vive solo en su casa, institucionalizado, sin residencia fija, vive en la calle), “situación laboral” (activo, en paro, pensionista/jubilado, estudiante, incapacidad laboral) y “religión” (creyente, no creyente).
- Variables clínicas: “diagnóstico” (esquizofrenia, otra psicosis), “edad de inicio de la enfermedad” (en años), “duración de la enfermedad” (en años), “último ingreso” (voluntario, involuntario), “número de ingresos en psiquiatría” (1, entre 2 y 5, entre 6 y 10, más de 10), “tratamiento farmacológico” (antipsicótico típico oral, antipsicótico típico depot, antipsicótico atípico oral, antipsicótico atípico depot, polifarmacia psiquiátrica), “efectos adversos del tratamiento antipsicótico” (síntomas extrapiramidales, aumento de peso, sedación, disfunción sexual, efectos adversos subjetivos, no tiene), “consumo de tóxicos” (consume, no consume), “comorbilidades psiquiátricas” (sí, no).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

Las características sociodemográficas de la muestra estudiada se resumen en el **Anexo 3**. Un total de 89 pacientes realizaron la escala DAI-10, siendo la edad media de esta muestra de 41.84 años, con una desviación estándar de 13.950. La mayoría de los pacientes fueron hombres (60.7%). En cuanto al origen, la mayoría (73.0%) fueron europeos occidentales (locales), correspondiéndose con un 27.0% los pacientes extranjeros (se detectaron magrebíes, sudamericanos, asiáticos, de raza negra y de etnia gitana). En lo que respecta al nivel de estudios, un 4.5% de los pacientes no tenía estudios, el 21.3% tenía estudios primarios, el 48.3% estudios secundarios y el 25.8% tenía estudios universitarios. Respecto al estado civil, la mayoría de pacientes (66.3%) se encontraba soltero, mientras que el 15.7% estaba casado, el 14.6% divorciado y el 3.4% eran viudos. El 61.8% de los pacientes creía en alguna religión. Los pacientes que vivían acompañados en un hogar propio fueron el 46.1%, un 19.1% vivían en un hogar propio pero solos, el 16.9% se encontraba institucionalizado, el 11.2% no tenía una residencia fija y el 6.7% vivía en la calle. En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los pacientes (36.0%) estaban incapacitados laboralmente, el 29.2% se encontraba en paro, el 18.0% estaba laboralmente activo, el 13.5% eran pensionistas o jubilados y un 3.4% eran estudiantes.

Por otro lado, las características clínicas de los pacientes, se recogen en el **Anexo 4**. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia fueron el 43.8%, frente al 56.2% restante que fue diagnosticado de otra psicosis diferente a la esquizofrenia (se detectaron trastornos esquizoafectivos, trastornos delirantes, trastornos esquizoides y psicosis no especificadas). La edad media de inicio de la enfermedad psicótica fue de 27.93 años, con una desviación estándar de 11.403. La duración de la enfermedad en la muestra tuvo una media de 14.02 años, con una desviación estándar de 10.902. La mayoría de los pacientes (75.3%) ingresaron de manera involuntaria. En lo que respecta al número de ingresos que han tenido en total por su enfermedad, la mayoría

de pacientes (43.8%) había ingresado entre 2 y 5 veces, mientras que el 34.8% había ingresado más de 10 veces, el 19.1% había ingresado entre 6 y 10 veces y 2.2% ingresó una sola vez. En lo referido al tratamiento, la mayoría de pacientes (78.7%) tenía una pauta de tratamiento polifarmacológica, es decir, asociaba más de un antipsicótico y/o asociaba fármacos de otras familias (anticolinérgicos, antidepresivos, eutimizantes, ansiolíticos, hipnóticos). La mayoría de pacientes (75.3%) incluía en su pauta un antipsicótico de segunda generación (atípico) con vía de administración oral, el 37.1% un antipsicótico de segunda generación (atípico) depot, el 7.9% un antipsicótico de primera generación (típico) oral y el 2.2% un antipsicótico de primera generación (típico) depot. En cuanto a los efectos adversos debidos a la medicación antipsicótica, el 84.3% de los pacientes estudiados presentaron efectos adversos. Ha de tenerse en cuenta que en la gran mayoría de los casos un mismo paciente refería varios efectos adversos a la vez. Teniendo esto en cuenta, la mayoría referían sedación (68.5%), el 51.7% aumento de peso, el 36.0% disfunción sexual, el 32.6% efectos extrapiramidales y el 24.7% efectos subjetivos. Respecto al consumo de tóxicos, la mayoría no consumían ni alcohol ni drogas ilegales (38.2%), el 31.5% consumía solo drogas ilegales, el 23.6% consumía tanto alcohol como drogas ilegales y el 6.7% consumía solo alcohol. Respecto a las comorbilidades psiquiátricas, la mayoría de pacientes (57.3%) estaba diagnosticado de dos o más enfermedades psiquiátricas en el mismo momento. Finalmente, la adherencia terapéutica medida con la escala DAI-10 tuvo como resultado “mala adherencia” en un 51.7% de los pacientes, con un resultado medio de 0.49 (valor máximo de la escala 10, mínimo -10) y una desviación estándar de 6.490. En el **Anexo 5** se muestra mediante un diagrama de barras el recuento obtenido para cada resultado de la escala DAI-10.

4.2. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA

4.2.1. Edad y adherencia terapéutica

En la **Tabla 1** se muestra que la edad media de los pacientes con mala adherencia fue de 39.33 años con una desviación estándar de 14.518, mientras que la edad media de los pacientes con buena adherencia fue de 44.53 años con una desviación estándar de 12.946, es decir, los pacientes con mal cumplimiento de su medicación antipsicótica fueron algo más jóvenes que los buenos cumplidores. La relación entre la edad y la adherencia a la medicación antipsicótica no resultó ser estadísticamente significativa ($p = 0.078$).

Tabla 1. Edad y adherencia terapéutica según DAI-10.

Adherencia DAI-10	Edad media	N	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
mala adherencia	39,33 años	46	14,518	39,50	18	66
buena adherencia	44,53 años	43	12,946	42,00	20	80
Total	41,84 años	89	13,950	40,00	18	80

4.2.2. Género y adherencia terapéutica

En la **Tabla 2** se recogen las diferencias en la adherencia terapéutica según el género: el 53.7% de los hombres mostró mala adherencia, frente al 51.4% de las mujeres que demostraron tener buena adherencia. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia entre hombres y mujeres ($p = 0.636$).

Tabla 2. Género y adherencia terapéutica según DAI-10.

		Género		Total	
		Hombre	Mujer		
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	29	17	46
		% de Género	53,70%	48,60%	51,70%
	buena adherencia	Recuento	25	18	43
		% de Género	46,30%	51,40%	48,30%
Total	Recuento	54	35	89	
	% de Género	100,00%	100,00%	100,00%	

4.2.3. Origen y adherencia terapéutica

Como se puede observar en la **Tabla 3**, el 52.3% de los pacientes locales tuvieron un resultado en la escala DAI-10 de mala adherencia, mientras que el 50% de los extranjeros fueron mal adherentes. En este caso, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento terapéutico y el origen del paciente ($p = 0.847$).

Tabla 3. Origen y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Origen		Total
			Local	Extranjero	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	34	12	46
		% dentro de Origen	52,3%	50,0%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	31	12	43
		% dentro de Origen	47,7%	50,0%	48,3%
Total	Recuento	65	24	89	
	% dentro de Origen	100,0%	100,0%	100,0%	

4.2.4. Nivel de estudios y adherencia terapéutica

La **Tabla 4** resume la asociación entre el nivel de estudios que poseen los pacientes de la muestra y la adherencia a su medicación. En ella se aprecia como el 100% de los pacientes sin estudios fueron mal adherentes y que el 57.9% de los que tenían estudios primarios también fueron mal adherentes. En cambio, el 51.2% de los pacientes que habían cursado estudios secundarios tuvieron una buena adherencia y el 56.5% de los que realizaron estudios universitarios también tuvieron buena adherencia. Es decir, en la **Tabla 4** se observa como a medida que aumenta el nivel de estudios mejora la adherencia. Al igual que en los casos anteriores la relación entre el nivel de estudios y la adherencia terapéutica no resultó ser estadísticamente significativa ($p = 0.188$).

Tabla 4. Nivel de estudios y adherencia terapéutica según DAI-10.

		Estudios				Total	
		sin estudios	estudios primarios	estudios secundarios	estudios universitarios		
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	4	11	21	10	46
		% dentro de Estudios	100,00%	57,90%	48,80%	43,50%	51,70%
	buena adherencia	Recuento	0	8	22	13	43
		% dentro de Estudios	0,00%	42,10%	51,20%	56,50%	48,30%
Total	Recuento	4	19	43	23	89	
	% dentro de Estudios	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

4.2.5. Estado civil y adherencia terapéutica

Como se recoge en la **Tabla 5**, los pacientes solteros y divorciados tuvieron mala adherencia en un 52.5% y 76.9%, respectivamente. Por el contrario, el 64.3% de los casados y el 100% de los viudos mostraron una buena adherencia. La relación entre el estado civil de los pacientes y la adherencia terapéutica sí fue estadísticamente significativa ($p = 0.047$).

Tabla 5. Estado civil y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Estado Civil				Total
			soltero	casado	divorciado	viudo	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	31	5	10	0	46
		% dentro de Estado Civil	52,5%	35,7%	76,9%	0,0%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	28	9	3	3	43
		% dentro de Estado Civil	47,5%	64,3%	23,1%	100,0%	48,3%
Total	Recuento	59	14	13	3	89	
	% dentro de Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

4.2.6. Religión y adherencia terapéutica

Las diferencias en la adherencia entre los pacientes creyentes y los que no creían en ninguna religión se muestran en la **Tabla 6**. El 52.7% de los creyentes tuvo mala adherencia frente al 50% de los no creyentes. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia entre los pacientes creyentes y los no creyentes ($p = 0.802$).

Tabla 6. Religión y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Religión		Total
			creyente	no creyente	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	29	17	46
		% dentro de Religión	52,7%	50,0%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	26	17	43
		% dentro de Religión	47,3%	50,0%	48,3%
Total	Recuento	55	34	89	
	% dentro de Religión	100,0%	100,0%	100,0%	

4.2.7. Hogar y convivencia y adherencia terapéutica

La **Tabla 7**, resume la relación entre la situación en la que vive el paciente y su adherencia terapéutica. El 51.2% de los pacientes que viven acompañados por familiares en su propia casa tuvieron buena adherencia y el 64.7% de los que vivían solos en su propia casa también tuvieron buena adherencia. En cambio, el 60.0% de los institucionalizados, el 70.0% de los pacientes sin residencia fija y el 66.7% de los pacientes que vivían en la calle mostraron mala adherencia terapéutica a los antipsicóticos. Esta asociación no resultó ser estadísticamente significativa ($p = 0.371$).

Tabla 7. Hogar y convivencia y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Hogar					Total
			acompañado en su casa	solo en su casa	institucionalizado	sin residencia fija	en la calle	
Adherencia mala DAI-10	adherencia	Recuento	20	6	9	7	4	46
		% dentro de Hogar	48,8%	35,3%	60,0%	70,0%	66,7%	51,7%
buena adherencia		Recuento	21	11	6	3	2	43
		% dentro de Hogar	51,2%	64,7%	40,0%	30,0%	33,3%	48,3%
Total		Recuento	41	17	15	10	6	89
		% dentro de Hogar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.2.8. Situación laboral y adherencia terapéutica

Los datos se resumen en la **Tabla 8**, donde se muestra que el 68.8% de los pacientes laboralmente activos tuvieron buena adherencia, mientras que el 57.7% de los pacientes que se encontraba en paro tuvieron mala adherencia. Dentro de los pensionistas o jubilados el 66.7% resultaron ser buenos adherentes, así como el 66.7% de los estudiantes. Por último, el 65.6% de los pacientes incapacitados laboralmente tuvieron mala adherencia. La asociación entre la situación laboral de los pacientes y la adherencia terapéutica no fue estadísticamente significativa ($p = 0.109$).

Tabla 8. Situación laboral y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Situación Laboral					Total
			activo	en paro	pensionista/jubilado	estudiante	incapacidad laboral	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	5	15	4	1	21	46
		% dentro de Situación Laboral	31,3%	57,7%	33,3%	33,3%	65,6%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	11	11	8	2	11	43
		% dentro de Situación Laboral	68,8%	42,3%	66,7%	66,7%	34,4%	48,3%
Total		Recuento	16	26	12	3	32	89
		% dentro de Situación Laboral	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.3. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LA MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA

4.3.1. Diagnóstico y adherencia terapéutica

En la **Tabla 9** se muestra como el 61.5% de los pacientes con esquizofrenia fueron mal adherentes, mientras que los pacientes con otra psicosis tuvieron una mala adherencia del 44.0%. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con otras psicosis ($p = 0.100$).

Tabla 9. Diagnóstico y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Diagnóstico		Total
			Esquizofrenia	otra psicosis	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	24	22	46
		% dentro de Diagnóstico	61,5%	44,0%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	15	28	43
		% dentro de Diagnóstico	38,5%	56,0%	48,3%
Total		Recuento	39	50	89
		% dentro de Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

4.3.2. Edad de inicio de la enfermedad y adherencia terapéutica

La **Tabla 10** muestra como la edad media de inicio de la enfermedad psicótica en los pacientes con mala adherencia fue de 25.74 años, con una desviación estándar de 9.236; mientras que la edad media de inicio en los pacientes buenos adherentes fue de 30.28 años, con una desviación estándar de 13.043. La relación entre la edad de inicio de la psicosis y la adherencia terapéutica a los antipsicóticos no fue estadísticamente significativa ($p = 0.060$).

Tabla 10. Edad de inicio de la enfermedad y adherencia terapéutica según DAI-10.

Adherencia DAI-10		Edad de Inicio
mala adherencia	Media	25,74
	N	46
	Desviación estándar	9,236
	Mediana	22
	Mínimo	14
	Máximo	53
buena adherencia	Media	30,28
	N	43
	Desviación estándar	13,043
	Mediana	27
	Mínimo	15
	Máximo	79

4.3.3. Duración de la enfermedad y adherencia terapéutica

La **Tabla 11** muestra como la media de los años de duración de la enfermedad psicótica en los pacientes con mala adherencia fue de 13.59 años, con una desviación estándar de 11.226; mientras que la media de los años de duración en los pacientes buenos adherentes fue de 14.49 años, con una desviación estándar de 10.658. La relación entre la duración de la psicosis y la adherencia terapéutica tampoco fue estadísticamente significativa ($p = 0.699$).

Tabla 11. Duración de la enfermedad y adherencia terapéutica según DAI-10.

Adherencia DAI-10		Duración (años)
mala adherencia	Media	13,59
	N	46
	Desviación estándar	11,226
	Mediana	11,5
	Mínimo	1
	Máximo	46
buena adherencia	Media	14,49
	N	43
	Desviación estándar	10,658
	Mediana	13
	Mínimo	1
	Máximo	46

4.3.4. Tipo de ingreso y adherencia terapéutica

En la **Tabla 12** se puede apreciar como el 72.7% de los pacientes que ingresaron voluntariamente tuvieron un resultado de buena adherencia en la escala DAI-10, mientras que el 59.7% de los pacientes que ingresaron de forma involuntaria tuvieron un resultado de mala adherencia. En este caso, existieron diferencias estadísticamente significativas en la adherencia entre los pacientes que ingresaban voluntariamente y los que no ($p = 0.008$).

Tabla 12. Tipo de ingreso y adherencia terapéutica según DAI-10.

		Tipo de ingreso		Total	
		voluntario	involuntario		
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	6	40	46
		% dentro de Tipo de ingreso	27,30%	59,70%	51,70%
	buna adherencia	Recuento	16	27	43
		% dentro de Tipo de ingreso	72,70%	40,30%	48,30%
Total		Recuento	22	67	89
		% dentro de Tipo de ingreso	100,00%	100,00%	100,00%

4.3.5. Número de ingresos y adherencia terapéutica

Como se observa en la **Tabla 13**, los pacientes con 1 solo ingreso, en el 100% de los casos presentaron buena adherencia terapéutica y el 53.8% de los pacientes que ingresaron entre 2 y 5 veces tenía buena adherencia. En cambio, el 64.7% de los que ingresaron entre 6 y 10 veces mostraron una mala adherencia al igual que el 54.8% de los pacientes que ingresaron en más de 10 ocasiones. La relación entre el número de ingresos por la enfermedad y la adherencia terapéutica a antipsicóticos no fue estadísticamente significativa ($p = 0.273$).

Tabla 13. Número de ingresos y adherencia terapéutica según DAI-10.

		n° Ingresos				Total	
		1 ingreso	entre 2 y 5	entre 6 y 10	más de 10		
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	0	18	11	17	46
		% dentro de n° Ingresos	0,00%	46,20%	64,70%	54,80%	51,70%
	buena adherencia	Recuento	2	21	6	14	43
		% dentro de n° Ingresos	100,00%	53,80%	35,30%	45,20%	48,30%
Total		Recuento	2	39	17	31	89
		% dentro de n° Ingresos	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

4.3.6. Tratamiento y adherencia terapéutica

Los datos que muestran el tipo de antipsicótico con la vía de administración y la adherencia para cada uno de ellos se muestran en la **Tabla 14**. En la muestra hubieron muy pocos pacientes que tuviesen pautado un antipsicótico típico (1ª generación), por lo que no pudieron realizarse comparaciones entre los diferentes tipos de antipsicóticos. Por esta misma razón, tampoco se pudieron comparar las adherencias entre los pacientes que únicamente tomaban un antipsicótico típico con los que únicamente tomaban un antipsicótico atípico (2ª generación), ya que en la muestra solamente había un paciente que tomara exclusivamente antipsicóticos de 1ª generación.

Tabla 14. Tipo de antipsicótico y adherencia terapéutica según DAI-10.

		\$MultiRespTTo ^a					Total
		AP típico (1G) oral	AP típico (1G) depot	AP Atípico (2G) oral	AP Atípico (2G) depot	Polifarmacia	
Adherencia DAI-10	Recuento	3	1	32	22	33	46
	mala adherencia % dentro de \$MultiRespTTo	42,90%	50,00%	47,80%	66,70%	47,10%	
	Recuento	4	1	35	11	37	43
	buena adherencia % dentro de \$MultiRespTTo	57,10%	50,00%	52,20%	33,30%	52,90%	
Total	Recuento	7	2	67	33	70	89

Por otro lado, se asocian solo las vías de administración con la adherencia al tratamiento (**Tabla 15**). En esta tabla se muestra como el 61.9% de los pacientes con medicación depot tuvieron mala adherencia, el 56.4% de los pacientes con medicación oral fueron buenos cumplidores y el 69.2% de los pacientes que tenían pauta tanto medicación oral como depot fueron malos adherentes. En este caso, la relación entre el tipo de vía de administración y la adherencia terapéutica a antipsicóticos no fue estadísticamente significativa ($p = 0.142$).

Tabla 15. Vía de administración y adherencia terapéutica según DAI-10.

		Vía de administración			Total	
		Depot	Oral	ambas		
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	13	24	9	46
		% dentro de Vía de administración	61,90%	43,60%	69,20%	51,70%
	buena adherencia	Recuento	8	31	4	43
		% dentro de Vía de administración	38,10%	56,40%	30,80%	48,30%
Total		Recuento	21	55	13	89
		% dentro de Vía de administración	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

4.3.7. Efectos adversos de la medicación antipsicótica y adherencia terapéutica

Como se recoge en la **Tabla 16**, el 78.6% de los pacientes que no presentaban efectos adversos fueron buenos adherentes, frente al 57.3% de los pacientes que padecían uno o varios efectos adversos que fueron mal adherentes. La asociación entre presentar efectos adversos y la adherencia resultó ser estadísticamente significativa ($p = 0.014$).

Tabla 16. Presencia de efectos adversos y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Algún tipo de efecto adverso		Total
			no EA	Algún EA	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	3	43	46
		% dentro de Algún tipo de efecto adverso	21,4%	57,3%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	11	32	43
		% dentro de Algún tipo de efecto adverso	78,6%	42,7%	48,3%
Total	Recuento		14	75	89
	% dentro de Algún tipo de efecto adverso		100,0%	100,0%	100,0%

La presencia de los efectos adversos fue analizada individualmente, los datos se recogen en la **Tabla 17**, donde se observa que la presencia de cualquiera de los efectos adversos muestra un mayor porcentaje de malas adherencias. Por el contrario, como se ha comentado, el 78.6% de los pacientes que no presentaban ningún efecto adverso eran buenos adherentes. En esta tabla también se puede observar que el efecto adverso que más veces se repitió en los pacientes fue la sedación (61 pacientes), seguido del aumento de peso (46), la disfunción sexual (32), los síntomas extrapiramidales (29) y los efectos adversos subjetivos (22). Solo 14 pacientes refirieron que no presentaban ningún efecto adverso.

Tabla 17. Tipos de efectos adversos y adherencia terapéutica según DAI-10.

		\$MultiRespEA ^a						Total	
		síntomas extrapiramidales	aumento peso	sedación	disfunción sexual	efectos subjetivos	No tiene		
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	19	24	37	21	15	3	46
		% dentro de \$MultiRespEA	65,50%	52,20%	60,70%	65,60%	68,20%	21,40%	
	buna adherencia	Recuento	10	22	24	11	7	11	43
		% dentro de \$MultiRespEA	34,50%	47,80%	39,30%	34,40%	31,80%	78,60%	
Total		Recuento	29	46	61	32	22	14	89

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

4.3.8. Hábitos tóxicos y adherencia terapéutica

La **Tabla 18** resume la asociación entre el consumo de tóxicos y el cumplimiento terapéutico. En ella se aprecia que el 61.8% de los pacientes no consumidores tenía buen cumplimiento, mientras que el 60% de los pacientes que consumían tóxicos (alcohol y/o drogas ilegales) mostraban una mala adherencia. Esta asociación entre hábitos tóxicos y adherencia terapéutica fue estadísticamente significativa ($p = 0.046$).

Tabla 18. Hábitos tóxicos y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Consumo de Tóxicos		Total
			no consume	consume tóxicos	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	13	33	46
		% dentro de Consumo de Tóxicos	38,2%	60,0%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	21	22	43
		% dentro de Consumo de Tóxicos	61,8%	40,0%	48,3%
Total	Recuento		34	55	89
	% dentro de Consumo de Tóxicos		100,0%	100,0%	100,0%

4.3.9. Comorbilidades psiquiátricas y adherencia terapéutica

La asociación entre presentar otras enfermedades psiquiátricas concomitantes y la adherencia a la medicación antipsicótica se resumen en la **Tabla 19**. En ella se observa que el 60.5% de los pacientes que no tenían comorbilidades psiquiátricas eran buenos adherentes, mientras que el 60.8% de los pacientes con comorbilidades psiquiátricas no lo era. En este caso, también se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.047$) entre padecer comorbilidades psiquiátricas y no padecerlas.

Tabla 19. Comorbilidades psiquiátricas y adherencia terapéutica según DAI-10.

			Comorbilidades Psiquiátricas		Total
			no	si	
Adherencia DAI-10	mala adherencia	Recuento	15	31	46
		% dentro de Comorbilidades Psiquiátricas	39,5%	60,8%	51,7%
	buena adherencia	Recuento	23	20	43
		% dentro de Comorbilidades Psiquiátricas	60,5%	39,2%	48,3%
Total	Recuento		38	51	89
	% dentro de Comorbilidades Psiquiátricas		100,0%	100,0%	100,0%

En el **Anexo 6** se resumen los resultados anteriormente descritos sobre las variables sociodemográficas, mientras que en el **Anexo 7** se resumen los resultados de las variables clínicas vistos hasta ahora.

5. DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio han sido que los pacientes ingresados con diagnóstico de psicosis han mostrado tener una mala adherencia a su medicación antipsicótica y que existen características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que influyen en esta adherencia, como son el estado civil del paciente, el tipo de ingreso, efectos adversos asociados a los antipsicóticos, el consumo de tóxicos y las comorbilidades psiquiátricas.

Este estudio ha mostrado que más de la mitad (51.7%) de los pacientes psicóticos que fueron evaluados con la escala DAI-10 eran malos adherentes a su mediación antipsicótica. Este dato es similar a las tasas de adherencia de las revisiones bibliográficas de Vellingan et al., 2017 (3) y de García et al, 2016 (11), que

mostraron que al menos un 40-50% de los pacientes con trastornos psicóticos y el 58% de los pacientes con esquizofrenia, respectivamente, no cumplían su tratamiento farmacológico. Este estudio también muestra una tasa de adherencia muy similar a la de los pacientes analizados en el estudio transversal de Baylé et al., 2015 (12), donde la adherencia a la medicación oral fue baja en el 53,2% de los pacientes con esquizofrenia. Además, el metaanálisis realizado por Czobor et al., 2015 (14) también concluyó que el 50% de los pacientes con esquizofrenia no se adhiere correctamente al tratamiento. Otro estudio que coincide con altos porcentajes de mala adherencia es el realizado por Novick et al., 2015 (13), donde se muestra que las tasas de baja adherencia son de dos tercios de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, algo mayores que las del estudio presente.

Según los resultados obtenidos en este estudio, la edad no resultó ser un factor que determine la adherencia a los antipsicóticos. Aun así, en el estudio se puede observar que los pacientes con mala adherencia a su medicación antipsicótica tuvieron una media de edad menor que los pacientes buenos cumplidores, es decir, se aprecia una tendencia en la que los pacientes más jóvenes fueron peor adherentes que los de mayor edad ($p = 0.078$). Estos datos coinciden con los expuestos en el estudio de El-Mallakh y Findlay, 2015 (17), donde se afirma que los pacientes jóvenes tienen más dificultades para cumplir su tratamiento antipsicótico, y con el estudio de Lafeuille et al., 2016 (37), según el cual los pacientes con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años mostraban una mejor adherencia. Por otro lado, según el estudio de Mert et al., 2015 (15), la edad del paciente no era un factor que influyese en la adherencia terapéutica. Para poder afirmar con seguridad si la edad es un factor determinante en la adherencia o no, sería necesario realizar un nuevo estudio con un tamaño muestral mucho mayor que aumentase la potencia estadística.

Según el estudio presente, otras características sociodemográficas de los pacientes, como son el género, el origen, ser creyente o tener un hogar propio no influyen en la adherencia de los pacientes. Otros estudios también coinciden con estos resultados. Según Mert et al., 2015 (15) y Sendt et al., 2015 (38), ni el género del paciente ni poseer un hogar propio determinan su adherencia; a su vez, Kane et al., 2013 (18), demuestra que ni el género ni la raza del paciente influyen. En cambio, Lafeuille et al., 2016 (37) y El-Mallakh y Findlay, 2015 (17) afirman que ser varón, pertenecer a

una minoría étnica y vivir en la calle sí son características que contribuyen a una mala adherencia. En este estudio, aunque no se ha alcanzado la significación estadística con estas variables, sí se ha determinado que un mayor porcentaje de varones fueron mal adherentes y que los pacientes que no tenían un hogar propio donde vivir (los que vivían en la calle y los que no poseían una residencia fija) eran también peor adherentes al tratamiento. Es llamativo, que los pacientes institucionalizados también mostraran una mala adherencia al tratamiento (60.0%), ya que este tipo de pacientes disponen de cuidadores cuyo objetivo es que cumplan adecuadamente su medicación. Esto podría deberse a que la escala DAI-10 valora las actitudes de los pacientes hacia su tratamiento, por lo que no se puede afirmar con certeza que un paciente con mala actitud hacia los antipsicóticos realmente no los esté tomando. Por ello, es probable que los pacientes institucionalizados tuvieran una adherencia adecuada gracias a la labor de sus cuidadores, pese a que su actitud ante los antipsicóticos sea negativa (resultado DAI-10 negativo). Por todo esto, sería interesante diseñar un nuevo estudio con un método de medición de adherencia objetivo, más fiable, además de seleccionar una muestra mayor para obtener unos resultados más exactos.

En cuanto al nivel de estudios de los pacientes, este estudio no ha mostrado que el nivel de estudios determine la adherencia a los antipsicóticos. En cambio, se aprecia que existe una tendencia, en la que a mayor nivel de estudios mejor adherencia terapéutica ($p = 0.188$): los pacientes con mejor adherencia fueron los que poseían estudios universitarios, a continuación los que cursaron estudios secundarios, luego los que solo realizaron estudios primarios y los que peor adherencia mostraron fueron aquellos pacientes sin estudios. Con este factor (nivel de estudios), también existe controversia entre diferentes estudios. Según Kane et al., 2013 (18), el nivel de estudios determina la adherencia a los antipsicóticos, mientras que el estudio de Mert et al., 2015 (15), demuestra que el nivel de estudios no influye en la adherencia. Una vez más, para hacer frente a estas controversias, sería necesario diseñar un nuevo estudio con mayor tamaño muestral, lo que podría permitir que se alcanzara la significación estadística.

Según los resultados obtenidos en el trabajo presente, la situación laboral del paciente tampoco determina su adherencia a la medicación antipsicótica, al igual que

se afirma en el estudio de Kane et al., 2013 (18). En cambio, los hallazgos del estudio de El-Mallakh y Findlay, 2015 (17) y muestran que tener ingresos económicos es un factor que favorece la correcta adherencia terapéutica. Aun así, este trabajo sí determina que el 68.8% de los pacientes que se encontraban laboralmente activos y el 66.7% de los que recibían una pensión eran buenos cumplidores, frente al 42.3% de los que se encontraban en paro y el 34.4% de los que estaban laboralmente incapacitados. Pese a que el estudio parece mostrar que aquellos pacientes con situaciones laborales cómodas se adhieren mejor al tratamiento, sería necesario aumentar el tamaño muestral para obtener resultados más válidos.

En cuanto al estado civil, este estudio ha determinado que se trata de un factor que influye en la adherencia a la medicación antipsicótica ($p = 0.047$). Estar casado o haberlo estado (actualmente los pacientes viudos) ha mostrado tener mejores tasas de adherencia, frente a estar soltero o divorciado. Los datos obtenidos coinciden con El-Mallakh y Findlay, 2015 (17), quienes afirman que disponer de un apoyo familiar es determinante en cuanto a la adherencia terapéutica se refiere.

El tipo de diagnóstico de psicosis no ha resultado ser influyentes en la adherencia según los resultados del presente estudio, es decir, padecer esquizofrenia u otro tipo de psicosis no ha mostrado ser determinante a la hora de tener un mejor o peor cumplimiento de la medicación antipsicótica.

Según este estudio, la edad de inicio de la enfermedad psicótica no ha mostrado ser influyente en el cumplimiento farmacológico ($p = 0.060$), pero se puede observar como la aparición más temprana de la enfermedad psicótica tiene una tendencia hacia un peor cumplimiento del tratamiento psicótico, frente a los pacientes que desarrollan una psicosis en edades más tardías. Por el contrario, según El-Mallakh y Findlay, 2015 (17), el inicio de la enfermedad a una edad temprana sí determina la actitud del paciente ante la adherencia de su medicación. Una vez más, se cree que deberían realizarse estudios con tamaños muestrales mayores para poder dar resultados más fiables.

La duración de la enfermedad tampoco mostró ser un factor influyente en la adherencia a antipsicóticos, al igual que demuestra el estudio de Kane et al., 2013

(18), donde se concluye que una evolución larga de la enfermedad psicótica no determina una mejor o peor adherencia a la medicación.

En cuanto al tipo de ingreso, este estudio ha mostrado que se trata de un factor que determina el cumplimiento farmacológico de los pacientes con psicosis ($p = 0.008$). Según los datos hallados en este trabajo, el 72.7% de los pacientes que ingresaron de manera voluntaria fueron buenos adherentes, frente al 40.3% de los ingresos involuntarios. Esto puede deberse a que los pacientes que deciden ingresar por decisión propia, suelen comprender su situación clínica, muestran una mayor capacidad de *insight*, suelen mostrarse más colaboradores y esto se ve reflejado en la correcta adherencia que suelen presentar.

En cambio, el número de ingresos debido a la enfermedad psicótica no ha mostrado influir en el cumplimiento terapéutico, a diferencia de lo demostrado por varios estudios (8, 23, 26, 27 y 31) donde se puede observar que los pacientes con más hospitalizaciones tienen una peor adherencia a su medicación antipsicótica. En este estudio no se han observado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.273$), pudiendo deberse al pequeño tamaño de la muestra y a la agrupación realizada en la variable, por lo tanto, sería interesante realizar un análisis en el que se estudie esta variable como cuantitativa continua y añadir más individuos a la muestra. Aun así, en este estudio sí se puede observar como los pacientes con menos ingresos (1 solo ingreso y entre 2 y 5 ingresos) tienen mejor adherencia que los pacientes que ingresaron en más ocasiones.

Este trabajo no pudo determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de antipsicótico pautado, ya que en la muestra estudiada solo había un paciente que tuviese pautado un antipsicótico típico (1ª generación) exclusivamente, por ello no se pudo comparar la adherencia frente a la de los antipsicóticos atípicos (2ª generación) y la polifarmacia. Es por esto, que sería necesario realizar un estudio con mayor tamaño muestral y así aumentar las posibilidades de reclutar un mayor porcentaje de pacientes con una pauta de antipsicóticos de 1ª generación. Varios estudios han demostrado que el tipo de antipsicótico que toman los pacientes influye en la adherencia. Haddad et al., 2014 (19) y Kane et al., 2013 (18), concluyen en sus estudios que los regímenes de medicación contribuyen al cumplimiento de los

pacientes, siendo los pacientes con polifarmacia los que peor adherencia mostraban. Por otro lado, Warikoo et al., 2014 (20) demuestra que la falta de adherencia es mayor en los antipsicóticos de 1ª generación que en los de 2ª generación al de 3 meses de tratamiento. Estas conclusiones también se observan en la revisión sistemática de Sendt et al., 2015 (38). Esto puede deberse a que cada generación de antipsicóticos asocia efectos adversos diferentes, algunos de ellos menos tolerables por los pacientes que otros, como ocurre con los efectos extrapiramidales y la disfunción sexual, más frecuentes en los antipsicóticos típicos (39). Además de esto, también podría influir en la adherencia la eficacia en el control de los síntomas negativos de las psicosis, siendo los antipsicóticos típicos menos eficaces en esto (40).

En cuanto a la vía de administración, este estudio no mostró que fuera influyente en el cumplimiento de la medicación antipsicótica, a diferencia de lo que muestran los estudios de Popp et al., 2014 (21) y Haddad et al., 2014 (19) y en la revisión sistemática de Sendt et al., 2015 (38), quienes afirman que los antipsicóticos administrados vía oral tienen una peor adherencia que los antipsicóticos depot. El presente estudio, obtuvo unos resultados contrarios a estas afirmaciones: el 61.9% de los pacientes con medicación depot eran peor adherentes, frente al 43.6% con medicación oral. Es posible que este resultado sea debido a que los psiquiatras cambiaron la medicación oral por medicación depot a aquellos pacientes que habían mostrado una actitud negativa ante la medicación antipsicótica y no cumplían la pauta. Estos pacientes, en el momento del estudio, se encontraban con medicación depot, pero su actitud ante la medicación seguía siendo negativa, es decir, obtuvieron puntuaciones negativas en la escala DAI-10. Es por esto, que sería interesante realizar un estudio longitudinal, para poder llevar a cabo un seguimiento temporal de los pacientes y así poder discriminar si la mala adherencia se debe a la vía de administración o a que debido a una mala adherencia previa se decidió pautar medicación depot a los pacientes, como se cree que pudo ocurrir en este caso.

Según el estudio presente, la aparición de efectos adversos asociados a los antipsicóticos ha mostrado tener influencia en su adherencia ($p = 0.014$). Claramente, los efectos indeseados que experimentan los pacientes por culpa a la medicación que

toman, motivan a estos a dejar de tomarla (57.3% de mala adherencia en los pacientes que padecían algún efecto adverso). El efecto adverso más frecuente en la muestra estudiada fue la sedación, seguido del aumento de peso, la disfunción sexual y los síntomas extrapiramidales. El efecto adverso menos frecuente fueron los efectos subjetivos referidos por los pacientes, que a su vez, asociaron la mayor tasa de mala adherencia (68.2%). Los estudios de Vellingan et al., 2017 (3), El-Mallakh y Findlay, 2015 (17), Sendt et al., 2015 (38) y Kane et al., 2013 (18), apoyan estos resultados.

Los hábitos tóxicos de los pacientes, según los resultados de este estudio, han mostrado ser un factor que determina la adherencia a la medicación antipsicótica ($p = 0.046$). Como también demuestran los estudios de Vellingan et al., 2017 (3), El-Mallakh y Findlay, 2015 (17) y Kane et al., 2013 (18), los pacientes que consumen de forma habitual alcohol y/o drogas ilegales muestran unas tasas de mala adherencia mayores (60.0% según este estudio). Esto puede deberse a que el consumo de tóxicos ocasiona alteraciones en la conducta de estos pacientes, lo que les puede llevar a tener un menor *insight* de la enfermedad y a responsabilizarse menos de ella. Por otro lado, tanto las drogas como el alcohol podrían provocar un deterioro cognitivo y disminución de las funciones ejecutivas de los pacientes, lo que les puede llevar a no tomar correctamente la medicación y a tener olvidos. Además de esto, el alcohol y las drogas podrían interaccionar con los antipsicóticos y provocar efectos indeseados que animen a los pacientes a abandonar el tratamiento.

Finalmente, la comorbilidad psiquiátrica también demostró ser un factor que influye en la adherencia a antipsicóticos ($p = 0.047$). Aquellos pacientes que además de la psicosis asociaban otras enfermedades psiquiátricas, presentaron una peor adherencia a su tratamiento (60.8%), como también se demuestra en el estudio de Kane et al., 2013 (18). Estos resultados pueden ser debidos a que la asociación de varias enfermedades mentales alteren más fácilmente la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad y que al necesitar más tipos de fármacos la pauta de tratamiento sea más difícil de cumplir y que se produzcan más interacciones, con los efectos adversos que esto supone.

A la hora de interpretar todos estos resultados, debe tenerse en cuenta que la adherencia fue medida con un método de medición subjetivo, la escala DAI-10. Pese a que se trata de un método adecuado para medir la adherencia, es una escala autoaplicada, y por tanto, puede estar sujeta a parcialidad. Por ello, sería interesante diseñar un nuevo estudio con un método de medición objetivo, y por tanto, más fiable, como el recuento de píldoras o el análisis bioquímico, junto con un método como el utilizado en el presente estudio.

6. CONCLUSIONES

La falta de adherencia a los antipsicóticos es alta en los pacientes ingresados con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis. Pese a los nuevos avances que se irán dando en el tratamiento de estas enfermedades, es posible que estas tasas de mala adherencia continúen existiendo si no se realizan las intervenciones necesarias para combatirla, provocando un fracaso terapéutico. Deberían continuar las investigaciones en este campo para desarrollar herramientas que permitan identificar a los pacientes no adherentes con facilidad, buscar posibles soluciones a este problema (por ejemplo medicación depot con menos efectos adversos) y, sobre todo, ser capaces de prevenirlo.

Por otro lado, algunas características sociodemográficas y clínicas han demostrado ser factores que influyen en la falta de adherencia a los antipsicóticos de manera significativa: estar soltero o divorciado, ingresar de manera involuntaria en el hospital, la presencia de efectos adversos asociados a los antipsicóticos, el consumo de alcohol y/o drogas ilegales y la presencia de comorbilidades psiquiátricas. Además de estos factores, otros han mostrado una tendencia hacia la falta de adherencia: ser joven, tener un nivel bajo de estudios, estar en paro o incapacitado laboralmente, inicio de la enfermedad en edades tempranas y un número alto de ingresos debidos a la enfermedad psicótica. Deberían realizarse más estudios que identifiquen los factores asociados al incumplimiento terapéutico de estos pacientes, para poder desarrollar estrategias y planes de tratamiento integral que mejoren la adherencia de estos pacientes tan vulnerables, facilitándoles así el éxito en su recuperación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. Sección II. p87-118.
2. World Health Organization [Internet]. Abril 2016 [acceso 21 de octubre de 2017]. Esquizofrenia[3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
3. Vellingan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference Adherence*. 2017; 11:449-468.
4. Lee H, Kane I, Sereika SM, Cho RY, Jolley CJ. Medication-taking behaviours in young adults with schizophrenia: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Junio 2011; 18(5):418-24.
5. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 379(9831):2063–2071.
6. Furukawa TA, Levine SZ, Tanaka S, et al. Initial severity of schizophrenia and efficacy of antipsychotics: participant-level meta-analysis of 6 placebo-controlled studies. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(1):14–21.
7. Hayhurst KP, Drake RJ, Massie JA, et al. Improved quality of life over one year is associated with improved adherence in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2014; 29:191–196.
8. Byerly MJ, Thompson A, Carmody T, Bugno R, Erwin T, Kashner M et al. Validity of electronically monitored medication adherence and conventional adherence measures in schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2007; 58(6):844–847.
9. World Health Organization [Internet]. 2003 [acceso 21 de octubre de 2017]. Adherence to long term therapies: evidence for action. Disponible en:

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

10. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2016; 7:25-30.
11. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E et al. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol*. Agosto 2016; 36(4):355-371.
12. Baylé FJ, Tesier A, Bouju S, Misdrahi D. Medication adherence in patients with psychotic disorders: an observational survey involving patients before they switch to long-acting injectable risperidone. *Patient Prefer Adherence*. 2015; 9:1333-1341.
13. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatients observational study. *BMC Psychiatry*. 2015; 189.
14. Czobor P, Van Dorn RA, Citrome L, Kahn RS, Fleischhacker WW, Volavka J. Treatment adherence in schizophrenia: a patient-level metaanalysis of combined CATIE and EUFEST studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. Agosto 2015; 25(8):1158-1166.
15. Mert DG, Turgut NH, Kelleci M, Semiz M. Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Prefer Adherence*. 2015; 9:87-93.
16. Estados Unidos permite el uso del primer medicamento conectado. *El Correo*. 21 de Noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.elcorreo.com/tecnologia/investigacion/estados-unidos-permite-20171121175352-ntrc.html>.
17. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015; 11:1077-1090.
18. Kane JM, Kishimoto T, Correl CU. Non-adherence to medication in patients with

psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*. Octubre 2013; 12:216-226.

19. Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*. 2014; 5:43-62.

20. Warikoo N, Chakrabarti S, Grover S. Adherence and continuation of treatment with first- and second-generation antipsychotics in schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2014; 36(1):33-39.

21. Popp BS, Manea MM, Moraru MO. Treatment adherence and social functioning in patients diagnosed with schizophrenia and treated with antipsychotic depot medication. *Clujul Medical*. 2014; 87(2):109-112.

22. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literatúra review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2013; 3(4):200-218.

23. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70(4):1-46.

24. Llorca PM. Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Reserach*. 2008; 161:235-247.

25. Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(5):3-8.

26. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2008; 8:32-39.

27. Marcus S, Olfson M. Outpatient antipsychotic treatment and inpatient costs of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008; 34: 173-180.

28. Hansen HV, Kessing LV. Adherence to antidepressant treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2007; 7: 57-62.

29. Russell J, Kazantzis N. Medication beliefs and adherence to antidepressants in primary care. *The New Zealand Medical Journal*. 2008; 121:14-20.
30. Jónsdóttir H, Friis S, Horne R, Pettersen KI, Reikvam A, Andreassen OA. Beliefs about medications: Measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009; 119: 78-84.
31. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro JP, Dolder CR. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(7):1114–1123.
32. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res*. 2010; 69(6):591–599.
33. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medicación del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008; 40(8):413-417.
34. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. Evaluación de actitudes al medicamento en pacientes con esquizofrenia: propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2004; 32(3):138-142.
35. Hussain S, Imran N, Hotiana UA, Mazhar N, Asif A. Illness perceptions in patients of schizophrenia: a preliminary investigation from Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci*. 2017; 33(4):829-834.
36. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017; 13:567-576.
37. Lafeuille MH, Frois C, Cloutier M, Duh MS, Lefebvre P, Pesa J et al. Factors associated with adherence to the HEDIS Quality Measure in Medicaid patients with schizophrenia. *Am Health Drug Benefits*. 2016; 9(7):399-410.

38. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015; 225(1-2):14-30.
39. Montejo AL, Majadas S, Rico-villademoros F, Llorca G, De La Gandara J, Franco M et al. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *J Sex Med.* Octubre 2010; 7(10):3404-3413.
40. Masand PS. Differential pharmacology of atypical antipsychotics: clinical implications. *Am J Health-Syst Pharm.* 2007; 64:3-8.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DAI-10 (*Drug Attitude Inventory-10 items*)

Por favor, lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera, rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa o en su mayor parte falsa, rodee con un círculo la F. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente.

Por favor, responda todas las frases dando su propia opinión (no hay respuestas correctas ni incorrectas).

Sus respuestas se utilizarán solo con fines de investigación, son estrictamente confidenciales y de ninguna manera afectarán su tratamiento.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo | V | F |
| 2. Me siento raro/a, como un zombi, con la medicación | V | F |
| 3. Tomo la medicación por mi libre elección | V | F |
| 4. La medicación hace que me sienta más relajado/a | V | F |
| 5. La medicación hace que me sienta más cansado/a y lento/a | V | F |
| 6. Tomo medicación sólo cuando me siento enfermo/a | V | F |
| 7. Me siento más normal con medicación | V | F |
| 8. Es antinatural para mi cuerpo y mi mente estar controlado/a por medicación | V | F |
| 9. Mis pensamientos son más claros con medicación | V | F |
| 10. Gracias a la medicación puedo prevenir estar enfermo | V | F |

ANEXO 2

ESTUDIO SOBRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS DEL ESPECTRO

Código paciente:

A) VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad:

Origen:

- local

- extranjero

Estado civil:

- soltero

- casado

- separado/divorciado

- viudo

Situación laboral:

- activo

- en paro

- pensionista/jubilado

- estudiante

- incapacidad laboral

Género:

- mujer:

- hombre:

Nivel de estudios:

- sin estudios

- estudios primarios

- estudios secundarios

- estudios universitarios

Hogar y convivencia:

- vive acompañado en su casa

- vive solo en su casa

- institucionalizado

- sin residencia fija

- vive en la calle

Religión:

- creyente

- no creyente

B) VARIABLES CLÍNICAS

Diagnóstico:

- esquizofrenia

- otra psicosis

Último ingreso:

- voluntario

- involuntario

Tratamiento farmacológico:

- Antipsicótico típico (1ºG) oral

- Antipsicótico típico (1ºG) depot

- Antipsicótico atípico (2ºG) oral

- Antipsicótico atípico (2ºG) depot

- polifarmacia psiquiátrica

Edad de inicio: Años de duración:

Nº de ingresos en PSQ (inclusive este último):

1

entre 2 y 5

entre 6 y 10

más de 10

Efectos adversos del tto:	
- síntomas extrapiramidales	<input type="checkbox"/>
- aumento de peso	<input type="checkbox"/>
- sedación	<input type="checkbox"/>
- disfunción sexual	<input type="checkbox"/>
- efectos adversos subjetivos	<input type="checkbox"/>
- no tiene	<input type="checkbox"/>

Comorbilidades psiquiátricas:	
- sí	<input type="checkbox"/>
- no	<input type="checkbox"/>

Consumo de tóxicos:	
- alcohol	<input type="checkbox"/>
- drogas ilegales	<input type="checkbox"/>
- alcohol y drogas ilegales	<input type="checkbox"/>
- no consume	<input type="checkbox"/>

Adherencia según DAI-10:	
- buena adherencia	<input type="checkbox"/>
- mala adherencia	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3

Tabla de características sociodemográficas de los pacientes. n = 89

VARIABLE	n (%)
Edad en años (media (D.E.))	41.84 (13.950)
Género	
Hombre	54 (60.7%)
Mujer	35 (39.3%)
Origen	
Local	65 (73.0%)
Extranjero	24 (27.0%)
Estudios	
Sin estudios	4 (4.5%)
Estudios primarios	19 (21.3%)
Estudios secundarios	43 (48.3%)
Estudios universitarios	23 (25.8%)
Estado civil	
Soltero	59 (66.3%)
Casado	14 (15.7%)
Divorciado	13 (14.6%)
Viudo	3 (3.4%)
Religión	
Creyente	55 (61.8%)
No creyente	34 (38.2%)
Hogar	
Acompañado en su casa	41 (46.1%)
Solo en su casa	17 (19.1%)
Institucionalizado	15 (16.9%)
Sin residencia fija	10 (11.2%)
En la calle	6 (6.7%)
Situación laboral	
Activo	16 (18.0%)
En paro	26 (29.2%)
Pensionista/jubilado	12 (13.5%)
Estudiante	3 (3.4%)
Incapacidad laboral	32 (36.0%)

D.E.= desviación estándar.

ANEXO 4

Tabla de características clínicas de los pacientes. n = 89.

VARIABLE	n (%)
Diagnóstico	
Esquizofrenia	39 (43.8%)
Otra psicosis	50 (56.2%)
Edad de inicio en años (media (D.E.))	
	27.93 (11.403)
Duración en años (media (D.E.))	
	14.02 (10.902)
Ingreso	
Involuntario	67 (75.3%)
Voluntario	22 (24.7%)
Nº de ingresos	
1 ingreso	2 (2.2%)
entre 2 y 5	39 (43.8%)
entre 6 y 10	17 (19.1%)
más de 10	31 (34.8%)
Tratamiento	
AP típico (1G) oral	7 (7.9%)
AP típico (1G) depot	2 (2.2%)
AP atípico (2G) oral	67 (75.3%)
AP atípico (2G) depot	33 (37.1%)
Polifarmacia	70 (78.7%)
Efectos adversos	
	75 (84.3%)
Síntomas extrapiramidales	29 (32.6%)
Aumento de peso	46 (51.7%)
Sedación	61 (68.5%)
Disfunción sexual	32 (36.0%)
Efectos subjetivos	22 (24.7%)
No tiene	14 (15.7%)
Consumo de tóxicos	
Alcohol	6 (6.7%)
Drogas ilegales	28 (31.5%)
Alcohol y drogas ilegales	21 (23.6%)
No consume	34 (38.2%)
Comorbilidades psiquiátricas	
	51 (57.3%)
Adherencia DAI-10	
Mala adherencia	46 (51.7%)
Buena adherencia	43 (48.3%)

D.E.= desviación estándar.

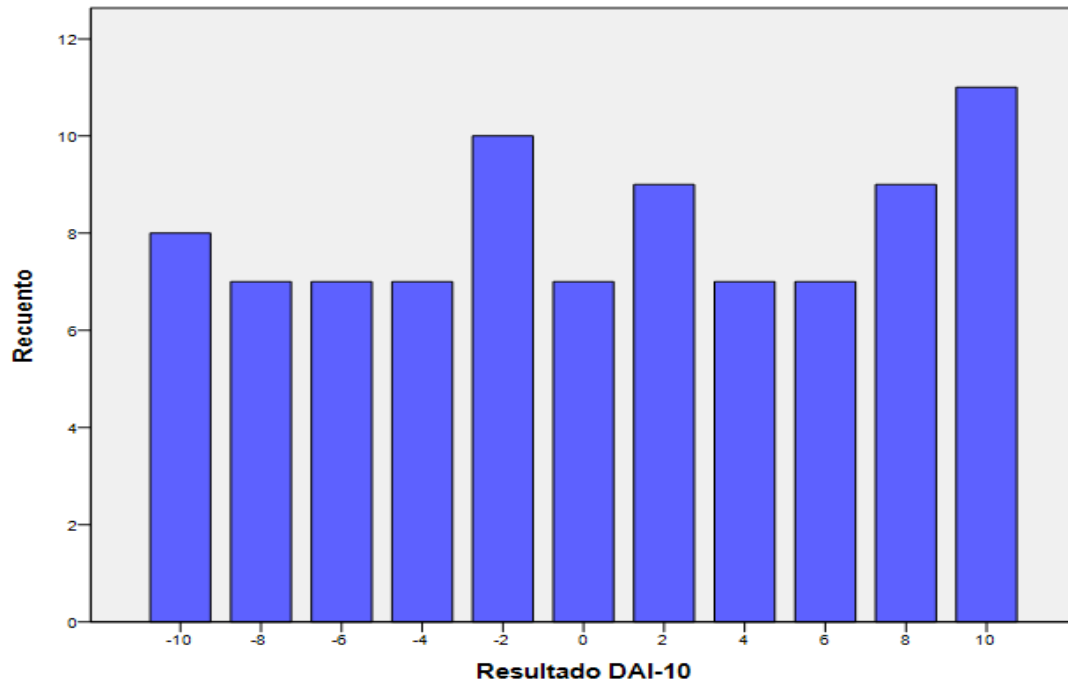
ANEXO 5

Diagrama de barras. Se muestra el recuento de cada resultado obtenido en la escala DAI-10.

ANEXO 6

Tabla de resumen de las variables sociodemográficas asociadas a la adherencia terapéutica.

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	MALA ADHERENCIA	BUENA ADHERENCIA	p
EDAD (media)	39.33 años	44.53 años	0.078
GÉNERO			0.636
Hombre	53.7%	46.3%	
Mujer	48.6%	51.4%	
ORIGEN			0.847
Local	52.3%	47.7%	
Extranjero	50.0%	50.0%	
NIVEL DE ESTUDIOS			0.188
Sin estudios	100.0%	0.0%	
Estudios primarios	57.9%	42.1%	
Estudios secundarios	48.8%	51.2%	
Estudios universitarios	43.5%	56.5%	
ESTADO CIVIL			0.047
Soltero	52.5%	47.5%	
Casado	35.7%	64.3%	
Divorciado	76.9%	23.1%	
Viudo	0.0%	100.0%	
RELIGIÓN			0.802
Creyente	52.7%	47.3%	
No creyente	50.0%	50.0%	
HOGAR Y CONVIVENCIA			0.371
Acompañado en su casa	48.8%	51.2%	
Solo en su casa	35.3%	64.7%	
Institucionalizado	60.0%	40.0%	
Sin residencia fija	70.0%	30.0%	
En la calle	66.7%	33.3%	
SITUACIÓN LABORAL			0.109
Activo	31.3%	68.8%	
En paro	57.7%	42.3%	
Pensionista/jubilado	33.3%	66.7%	
Estudiante	33.3%	66.7%	
Incapacidad laboral	65.6%	34.4%	

ANEXO 7

Tabla de resumen de las variables clínicas asociadas a la adherencia terapéutica.

VARIABLE CLÍNICA	MALA ADHERENCIA	BUENA ADHERENCIA	p
DIAGNÓSTICO			0.100
Esquizofrenia	61.5%	38.5%	
Otra psicosis	44.0%	56.0%	
EDAD DE INICIO (media)	25.74 años	30.28 años	0.060
DURACIÓN ENFERMEDAD (media)	13.59 años	14.49 años	0.699
TIPO DE INGRESO			0.008
Voluntario	27.3%	72.7%	
Involuntario	59.7%	40.3%	
NÚMERO DE INGRESOS			0.273
1 ingreso	0.0%	100.0%	
Entre 2 y 5	46.2%	53.8%	
Entre 6 y 10	64.7%	35.3%	
Más de 10	54.8%	45.2%	
VÍA DE ADMINISTRACIÓN			0.142
Depot	61.9%	38.1%	
Oral	43.6%	56.40%	
Ambas	69.2%	30.8%	
EFFECTOS ADVERSOS			0.014
No	21.4%	78.6%	
Sí	57.3%	42.7%	
CONSUMO DE TÓXICOS			0.046
No	38.2%	61.8%	
Sí	60.0%	40.0%	
COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS			0.047
No	39.5%	60.5%	
Sí	60.8%	39.2%	