

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia
terapéutica en pacientes con esquizofrenia**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR:

Roció Barreto López

ASESOR:

Dra. Fiorella Ramírez Espínola

Trujillo – Perú

2017

MIEMBROS DEL JURADO

DRA. LOZANO IBAÑEZ, ROSA ANGELA

PRESIDENTE

DRA. JARA PEREDA, LUZ MILAGROS

SECRETARIA

DR. MUÑOZ ARTEAGA, ELIZABETH

VOCAL

FECHA DE SUSTENTACIÓN

24 DE MARZO DEL 2017

ASESOR:

DRA. RAMIREZ ESPINOLA, FIORELLA

Docente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Privada Antenor Orrego

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios ya que él es el cimiento de mi vida.

A mis padres Víctor y Vilma con todo el amor y por ser parte fundamental de este sueño ya que sin ellos no hubiera sido posible este logro.

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a Dios por no haberme permitido caer en los momentos difíciles, por estar siempre acompañándome en cada paso que doy por manifestarse ante mí de una u otra manera y estar siempre a mi lado.

A mis padres por estar siempre a mi lado. A mi madre por su entrega y su amor a lo largo de este camino, a mi Padre porque a pesar de la distancia siempre estuvo dándome su aliento y cariño. Esto es por ustedes y para ustedes.

A los amigos que conocí a lo largo de todos estos años y que se fueron convirtiendo en una segunda familia para mí.

A mi asesora por su constante apoyo en la realización de este trabajo

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

PORTADA

PAGINA DE DEDICATORIA

PAGINA DE AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	16
DISCUSION.....	23
CONCLUSIONES	26
SUGERENCIAS.....	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
ANEXOS.....	34

RESUMEN

Objetivo: Demostrar si la disfunción familiar es factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Victor Lazarte Echegaray.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, seccional transversal. La población de estudio estuvo constituida por 178 pacientes adultos con esquizofrenia; las cuales fueron divididas en 2 grupos: con o sin adherencia terapéutica ; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a las variables edad, genero ni procedencia. La frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con no adherencia terapéutica fue 34%. La frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica fue 16%. La Disfunción familiar es factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia con un odds ratio de 2.79 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: La disfunción familiar es factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Victor Lazarte Echegaray.

Palabras Clave: Disfunción familiar, no adherencia terapéutica, esquizofrenia

ABSTRACT

Objective: To demonstrate if family dysfunction is a factor associated with noncompliance in patients with schizophrenia at the Victor Lazarte Echegaray Hospital.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, cross sectional study was carried out. The study population consisted of 178 adult patients with schizophrenia; Which were divided into 2 groups: with therapeutic or therapeutic noncompliance; The odds ratio and chi-square test were calculated.

Results: There were no significant differences between the study groups in relation to the variables age, gender or origin. The frequency of familial dysfunction in patients with schizophrenia with noncompliance was 34%. The frequency of familial dysfunction in patients with schizophrenia with therapeutic compliance was 16%. Family dysfunction is a factor associated with noncompliance in patients with schizophrenia with an odds ratio of 2.79 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: Family dysfunction is a factor associated with noncompliance in patients with schizophrenia at the Victor Lazarte Echegaray Hospital.

Keywords: *Family dysfunction, therapeutic noncompliance, schizophrenia*

I. INTRODUCCION

1.1 Marco teórico:

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con una revisión de un centenar de investigaciones epidemiológicas, este trastorno acontece en todas las poblaciones, con una prevalencia en un rango de 0,2 a 2% y una incidencia anual de aproximadamente 1 por 1.000^{1,2}.

Más allá de la sintomatología clínica de los pacientes (distorsiones en los procesos de pensamiento, de percepción y alteraciones de la afectividad) quienes padecen este trastorno sufren un enorme costo económico y social; en particular, un alto grado de estigmatización, siendo la esquizofrenia la condición que más a menudo se identifica con la enfermedad mental^{3,4,5}.

El incumplimiento a largo plazo de los tratamientos, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres. En las enfermedades psiquiátricas, el 60% de medicamentos se toman incorrectamente o no se toman en su totalidad. Las cifras de incumplimiento en esquizofrenia oscilan entre el 40% y el 80%^{6,7}.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que

logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución^{8,9,10}.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema. Este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas, toda vez que el incumplimiento hace ineficaz el tratamiento ordenado, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria^{11,12,13}.

Los costos directos en la atención de la esquizofrenia se derivan principalmente de las hospitalizaciones y la atención brindada en instituciones de salud. Se estima que el costo de los medicamentos tan sólo representa entre 1.1% y 9% del costo directo de la enfermedad. El incremento en hospitalizaciones psiquiátricas y el mayor uso de los recursos sanitarios son consecuencia del incumplimiento terapéutico^{14,15,16}.

El incumplimiento terapéutico es particularmente elevada cuando el tratamiento es con antipsicóticos orales, incluso superior a 70% en los primeros 18 meses de tratamiento, lo que lleva a replantear el manejo del tratamiento a largo plazo para la esquizofrenia. Los pacientes con poca adherencia a los medicamentos orales muestran una mejor adherencia a los medicamentos inyectables de liberación prolongada^{17,18}.

El olvidar tomar el medicamento, pensar que el medicamento no es necesario, la percepción subjetiva de falta de eficacia o la intolerancia a los efectos secundarios son algunas de las razones por las cuales los pacientes abandonan el tratamiento con antipsicóticos^{19,20}.

El funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar y es un importante concepto que ayuda a la comprensión de los esfuerzos para manejar las situaciones creadas por las enfermedades mentales severas. En este sentido, es necesario además tener en cuenta los factores culturales de esta población^{21,22}.

Diversas investigaciones han constatado que la esquizofrenia tiene un impacto en la familia; se ha encontrado que las familias que viven con un miembro con una enfermedad crónica o severa constantemente se ajustan y adaptan a la enfermedad o a los cambios en la situación familiar. Una enfermedad crónica, como la esquizofrenia, puede dar lugar a un incremento en el malestar emocional y físico de la familia y un funcionamiento familiar deteriorado^{23,24}.

La enfermedad mental severa afecta a todos los aspectos del funcionamiento familiar, encontrándose alterado tanto los roles como las relaciones familiares. Estas alteraciones incluyen finanzas, empleo, vida social, salud física, relaciones maritales y familiares, y actividades de la vida diaria. Además, se pueden experimentar cambios en la identidad familiar^{25,26}.

El hecho de vivir con un familiar que padece esquizofrenia genera en primer lugar un impacto emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen un gran impacto económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo^{27,28}.

Otro aspecto importante es el costo físico, que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación, entre otros; y finalmente se tiene el impacto social, por la tensión que origina la

estigmatización, aislamiento y falta de interacción social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico, temor a la conducta impredecible, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador^{29,30}.

Se ha observado que un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente^{31,32}.

1.2 Antecedentes:

Glick I, et al (Norteamérica, 2012); desarrollaron una investigación con la finalidad de precisar la influencia de la disfunción familiar en relación con el incumplimiento terapéutico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 50 pacientes quienes fueron divididos en 27 pacientes con incumplimiento terapéutico y 23 pacientes con cumplimiento terapéutico; observando que la frecuencia de disfunción familiar fue de 33% en el grupo de pacientes con cumplimiento terapéutico y fue de hasta 72% en el grupo con incumplimiento terapéutico ($p < 0.05$); diferencia que resulto significativa³³.

Urizar A, et al (Chile, 2012); llevaron a cabo una investigación con el objetivo de describir los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia; participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes, por medio de un estudio seccional transversal prospectivo; encontrando que la media observada en percepción del funcionamiento familiar en los cuidadores fue 7.59 (DT= 2.37; Rango= 0 - 10). De acuerdo con las categorías indicadas por el instrumento, se observa que del total de familiares, un 71.40% se encuentra en la categoría de familia funcional y un 28.60% se

encuentra en el nivel de disfunción, de los cuales un 5.70% corresponde a disfunción grave y un 22.90% a disfunción leve ($p < 0.05$)³⁴.

Higashi K, et al (Japón, 2013); desarrollaron una investigación con la finalidad de precisar los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico, por medio de una revisión sistemática de tipo metanálisis en el que se incluyeron a 15 estudios observacionales analíticos de casos y controles retrospectivos en el que se incluyeron a 12348 pacientes; observando que la disfunción familiar fue un factor determinante para el incumplimiento terapéutico ($p < 0.05$)³⁵.

Nunes A, et al (Colombia, 2015); desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar la influencia de la familia en la evolución de la historia natural de pacientes con esquizofrenia así como en la adherencia al tratamiento en estos pacientes, por medio de un estudio seccional transversal en el que se incluyeron a 55 pacientes con esquizofrenia observando que el impacto de la enfermedad en la familia fue negativo con empeoramiento económico en el 65% de los casos y con pérdida de actividad laboral en el 53% de familiares; observando además que esta disfunción familiar propicio el incumplimiento terapéutico en la mayoría de pacientes esquizofrénicos ($p < 0.05$)³⁶.

Obra C, et al (España, 2015); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de precisar los factores y motivos de abandono terapéutico así como determinar la prevalencia de recaídas de la esquizofrenia en un estudio observacional descriptivo transversal; se incluyeron 13 pacientes en el estudio, observando que el 85% de la población refiere haber olvidado tomar el tratamiento alguna vez o haberlo abandonado y además afirman preferir no tomarlo. El 15% restante, no ha olvidado tomar el tratamiento y prefieren tomarlo; además se observó que la relación con la familia es para el 46% regular, para el 39% es muy buena y para el 15% restante es buena³⁷.

1.3 Justificación:

La esquizofrenia constituye una enfermedad mental crónica y discapacitante, que requiere de una estrategia terapéutica farmacológica y no farmacológica la cual aplicada de manera efectiva y oportuna permite recuperar y mantener la funcionalidad del paciente en un porcentaje importante de casos, en tal sentido el incumplimiento terapéutico constituye una barrera importante en el manejo de estos pacientes, toda vez que limita la posibilidad de mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes; en tal sentido resulta de interés caracterizar todos aquellos factores que influyan en la adherencia al tratamiento; existe evidencia reciente que expone la influencia del entorno familiar en cuanto al logro de los objetivos terapéuticos, tomando en cuenta que en determinados momentos de la historia familiar de la enfermedad el paciente presenta considerables limitaciones que le impiden valerse por sí mismo; tomando en cuenta ello se plantea que la disfunción familiar tiene efecto significativo en la capacidad del paciente de conseguir el cumplimiento de la terapia farmacológica; en tal sentido creemos conveniente verificar esta asociación en nuestro medio; tomando en cuenta que no existen estudios similares, por tal motivo es que nos planteamos realizar la presente investigación.

1.4 Formulación del Problema Científico:

¿Es la disfunción familiar un factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Victor Lazarte Echeagaray.

1.5 Hipótesis

Hipótesis nula (H₀):

La disfunción familiar es factor asociado para no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Victor Lazarte Echeagaray.

Hipótesis alterna (Ha):

La disfunción familiar no es factor asociado para no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Victor Lazarte Echegaray.

1.6 Objetivos**Objetivos generales:**

Demostrar si la disfunción familiar es factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Victor Lazarte Echegaray.

Objetivos específicos:

Precisar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica y sin ella

Comparar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica y sin ella

Contrastar la edad, género y procedencia entre pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica y sin ella.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL:

Población Universo:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Durante el período entre Enero – Marzo 2017.

Poblaciones de Estudio:

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período entre Enero – Marzo 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 15 años; de ambos sexos; que provean la información necesaria para identificar a las variables en estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes con retraso mental; con demencia; con secuela neurológica; que presenten un evento cerebrovascular o cardiovascular agudo durante el periodo de estudio.

2.2. MUESTRA:

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período entre Enero – Marzo 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el período Enero – Marzo 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios de una sola población³⁸:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe : Prevalencia hospitalaria estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (disfunción familiar): 0.85 (85%)

$qe = 1 - pe$

$peqe$: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 178 \text{ pacientes}$$

2.3 Diseño de Estudio

Estudio analítico, observacional, prospectivo, seccional transversal.

P	NR	G1	X1
		G2	X1,

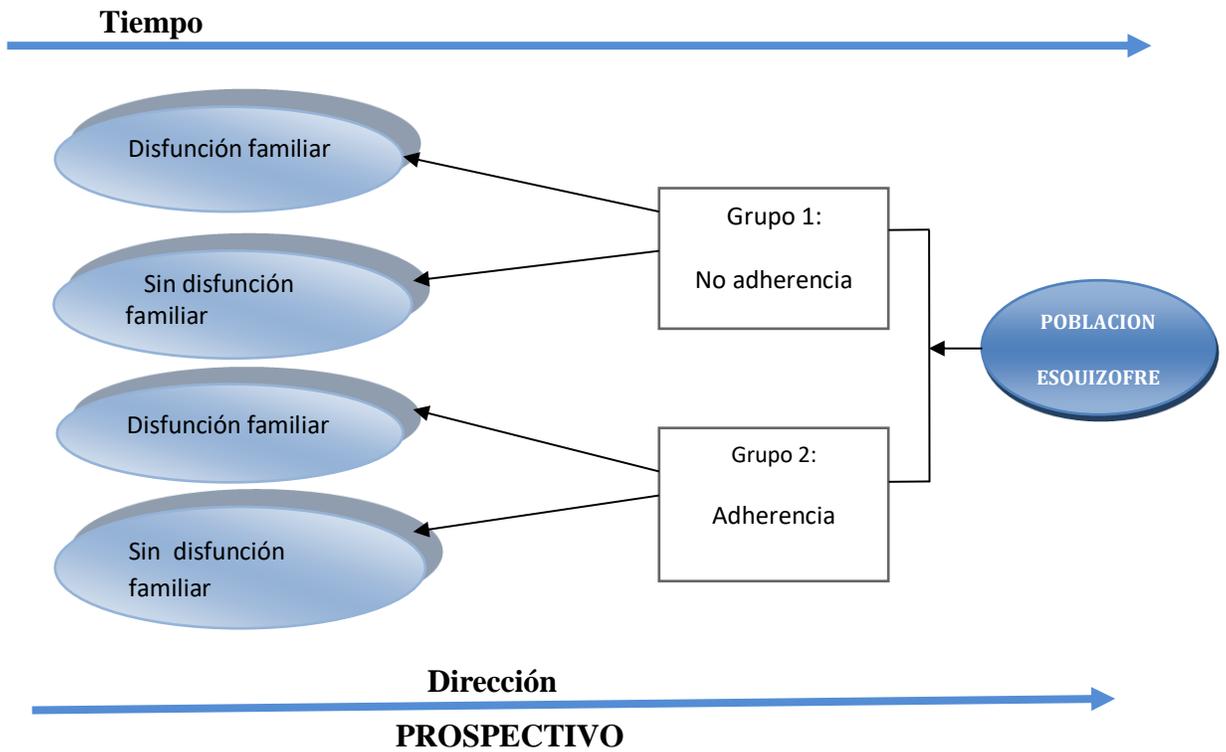
P: Población

NR: No randomización

G1: Pacientes con no adherencia terapéutica

G2: Pacientes con adherencia terapéutica

X1: Disfunción familiar



2.4 TABLA DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE:
No adherencia terapéutica
INDEPENDIENTE:
Disfunción familiar
INTERVINIENTES
Sexo Procedencia Edad

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE:				
No adherencia terapéutica	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de Morinsky Green	Si-No
INDEPENDIENTE:				
Disfunción familiar	Cualitativa	Nominal	APGAR familiar	Si - No
INTERVINIENTES				
Sexo	Cualitativa	nominal	Historia clínica	Masculino -
Procedencia	Cualitativa	nominal	Historia clínica	Femenino
Edad	Cuantitativa	Razón	Historia clínica	Urbano - rural Años

2.5 DEFINICIONES OPERACIONALES:

No adherencia terapéutica: Para la presente investigación dependerá de la respuesta que ofrezca el paciente o apoderado que se encuentre al cuidado del paciente. La información será obtenida tras la aplicación del Test de Morinsky-Green (Anexo 2). Adherencia: 4 respuestas correctas. No adherencia: Menos de 4 respuestas correctas. Este test tiene una confiabilidad valorada por alfa de Cronbach mayor de 0.78³⁴.

Disfunción familiar: Es la incapacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. Para la presente investigación esta variable se categorizará por medio del test de Apgar familiar. Se definirá disfunción familiar cuando el puntaje es menor a 18 y sin disfunción familiar cuando el puntaje sea de 18 a 20. Este test tiene una confiabilidad valorada por alfa de Cronbach mayor de 0.83³⁵.

2.6 PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Ingresaron al estudio los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Hospital Victor Lazarte Echegaray durante el período Enero – Marzo 2017 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización al director del Hospital para luego proceder a:

- Aplicar el Test de Morinsky Green correspondiente para definir la presencia del individuo en uno u otro grupo de estudio por muestreo aleatorio simple (Anexo 1).

- Precisar la presencia de la variable independiente en la hoja de recolección de datos correspondiente tras la aplicación del Test de Apgar familiar para definir la condición de disfunción familiar (Anexo 2).
- Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio (Anexo 3).
- Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Versión 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los factores de riesgo en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el OR para la presencia de disfunción familiar en cuanto a no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrenicos, si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.8. ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contó con el permiso del comité de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego, permiso del jefe del servicio de psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Se respetó al entrevistado y se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰ y el Código ética del Colegio Médico del Perú (Capitulo 6)⁴¹.

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital Victor Lazarte Echeagaray.durante el periodo Enero - Marzo 2017:

Características sociodemográficas	No adherencia (n=64)	Adherencia (n=114)	Significancia
Edad : - Promedio - D. estandar	39.5 13.1	37.7 12.5.	T student: 1.14 p>0.05
Género : - Masculino - Femenino	23(36%) 41(64%)	49(43%) 65(57%)	Chi cuadrado: 1.52 p>0.05
Procedencia: - Urbano - Rural	60(94%) 4(6%)	102(89%) 12 (11%)	Chi cuadrado: 2.32 p>0.05

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Fichas de recolección: 2017.

Tabla N° 2: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con no adherencia terapéutica Hospital Victor Lazarte Echegaray. durante el periodo Enero - Marzo 2017:

No adherencia terapéutica	Disfunción familiar		Total
	Si	No	
Si	22 (34%)	42 (66%)	64 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Fichas de recolección: 2017.

La frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con no adherencia terapéutica fue de $22/64= 34\%$.

Gráfico N° 1: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con no adherencia terapéutica Hospital Victor Lazarte Echegaray durante el periodo Enero - Marzo 2017:

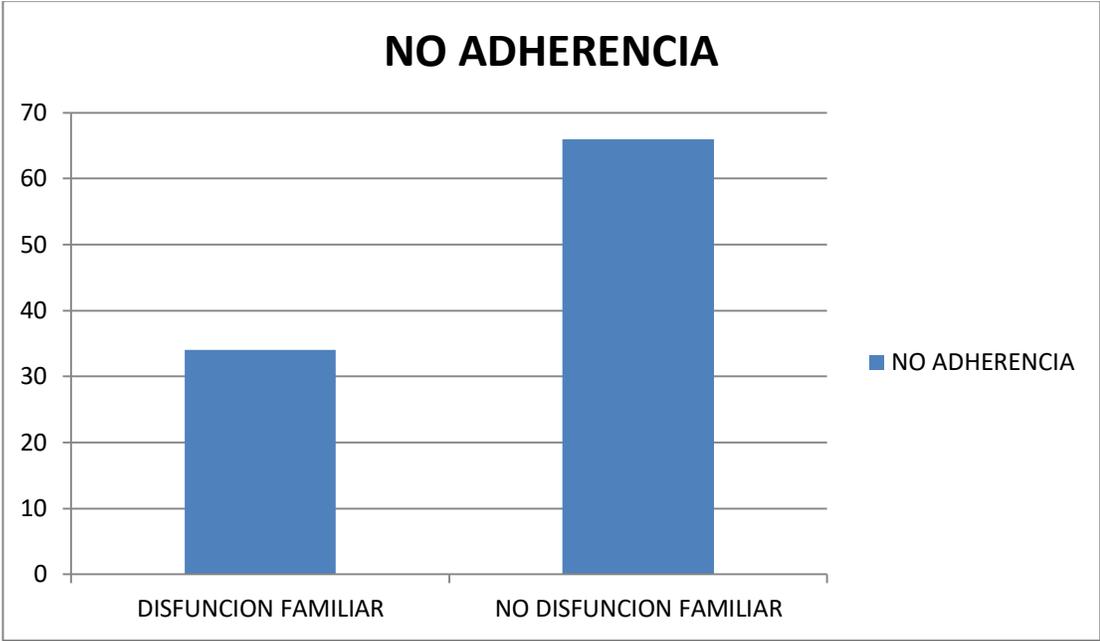


Tabla N° 3: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica Hospital Victor Lazarte Echeagaray.durante el periodo Enero - Marzo 2017:

Adherencia terapéutica	Disfunción familiar		Total
	Si	No	
Si	18 (16%)	96 (84%)	114 (100%)

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –Fichas de recolección: 2017.

La frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica fue de $18/114= 16\%$.

Gráfico N° 2: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica Hospital Victor Lazarte Echegaray.durante el periodo Enero - Marzo 2017:

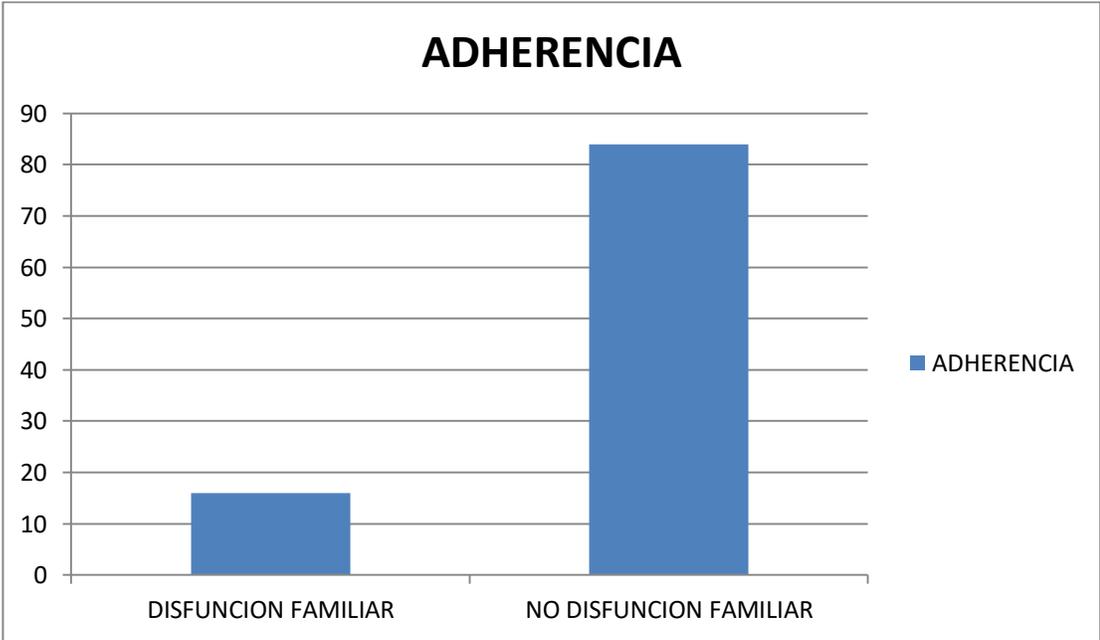


Tabla N° 4: Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica Hospital Victor Lazarte Echegaray durante el periodo Enero - Marzo 2017:

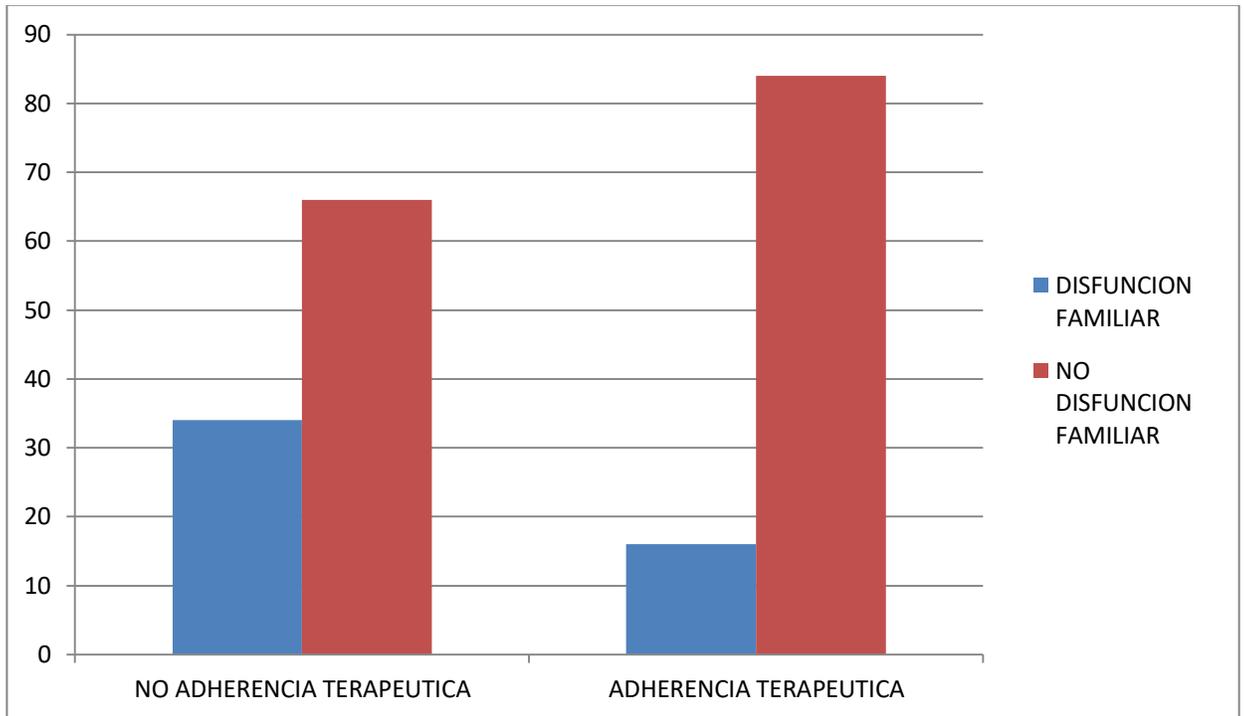
Disfunción familiar	Adherencia terapéutica		Total
	No	Si	
Si	22 (34%)	18 (16%)	40
No	42 (66%)	96 (84%)	138
Total	64 (100%)	114 (100%)	178

FUENTE: HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY– Fichas de recolección: 2017.

- Chi Cuadrado: 6.9
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 2.79
- Intervalo de confianza al 95%: (1.38; 4.96)

En el análisis se observa que la disfunción familiar se asocia a no adherencia terapéutica a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que existe asociación entre las variables de interés.

Gráfico N° 3: Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica Hospital Victor Lazarte Echegaray. durante el periodo Enero - Marzo 2017:



La frecuencia de disfuncion familiar en el grupo con no adherencia terapéutica fue de 34% mientras que en el grupo con adherencia terapéutica fue 16%.

IV. DISCUSION

El incumplimiento a largo plazo de los tratamientos, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres.^{6,7} La enfermedad mental severa afecta a todos los aspectos del funcionamiento familiar, encontrándose alterado tanto los roles como las relaciones familiares.^{25,26} El hecho de vivir con un familiar que padece esquizofrenia genera en primer lugar un impacto emocional significativo^{27,28}. Se ha observado que un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente^{31,32}.

En la Tabla N° 1 se compara información general de los pacientes , que podrían considerarse como variables intervinientes para la asociación que se pretende verificar; en tal sentido se observan los promedios de edad , también en función del género y de su procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los esquizofrénicos en función del grado de adherencia terapéutica ; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Obra C, et al³⁷ en España en el 2015; Urizar A, et al³⁴ en Chile en el 2012 y Higashi K, et al³⁵ en Japón en el 2013; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad y genero entre los pacientes con o sin adherencia terapéutica.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de disfunción familiar, en primer término en el grupo de esquizofrénicos con no adherencia terapéutica encontrando que de los 64 pacientes de este grupo, el 34% presentaron disfunción familiar. En la Tabla N° 3 por otra parte se verifica la frecuencia de la alteración de la dinámica familiar, en el grupo de pacientes esquizofrénicos con adherencia terapéutica, encontrando en este grupo que únicamente una frecuencia de 16% presentó esta disfunción familiar.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a Glick I, et al en Norteamérica en el 2012 quienes precisaron la influencia de la disfunción familiar en relación con el incumplimiento terapéutico en esquizofrenia, en un estudio retrospectivo de casos y controles en 50 pacientes observando que la frecuencia de disfunción familiar fue de 33% en el grupo de pacientes con cumplimiento terapéutico y fue de hasta 72% en el grupo con incumplimiento terapéutico ($p < 0.05$)³³.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó Ojeda C, et al en España en el 2015 quienes precisaron factores de abandono terapéutico en esquizofrenia en un estudio observacional descriptivo transversal; se incluyeron 13 pacientes y se observó que la relación con la familia es para el 46% regular, para el 39% es muy buena y para el 15% restante es buena³⁷.

Cabe mencionar las tendencias descritas por Urizar A, et al en Chile en el 2012 quienes describen los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar en esquizofrenia; en 49 pacientes y 70 familiares en un estudio seccional transversal prospectivo; encontrando que del total de familiares, un 71.40% se encuentra en la categoría de familia funcional y un 28.60% se encuentra en el nivel de disfunción ($p < 0.05$)³⁴.

En la Tabla N° 4 precisamos el grado de asociación que implica la presencia de disfunción familiar para la coexistencia con no adherencia terapéutica; el cual se expresa como un odds ratio de 2.79; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre los factores en estudio.

Por otro lado tenemos el estudio de Higashi K, et al en Japón en el 2013 quienes precisaron los factores relacionados con el incumplimiento terapéutico, en una revisión sistemática de tipo metanálisis en 15 estudios observacionales analíticos de casos y controles retrospectivos en 12348 pacientes; observando que la disfunción familiar fue un factor determinante para incumplimiento terapéutico ($p < 0.05$)³⁵.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por Nunes A, et al en Colombia en el 2015 quienes precisaron la influencia de la familia en la historia natural de esquizofrenia y en la adherencia al tratamiento en un estudio seccional transversal en 55 pacientes observando que la disfunción familiar propicio el incumplimiento terapéutico en la mayoría de pacientes esquizofrénicos ($p < 0.05$)³⁶.

V. CONCLUSIONES

1.-No se apreciaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en relación a las variables edad, genero ni procedencia.

2.-La frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con no adherencia terapéutica fue 34%.

3.-La frecuencia de disfunción familiar en pacientes con esquizofrenia con adherencia terapéutica fue 16%.

4.-La Disfunción familiar es factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia con un odds ratio de 2.79 el cual fue significativo ($p<0.05$).

VI. SUGERENCIAS

1. Es necesario emprender nuevas investigaciones multicéntricas, con mayor muestra poblacional y prospectivas, para identificar de manera mas significativa la interaccion entre disfuncion familiar y no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia.
2. Resulta conveniente explorar nuevos factores de riesgo modificables o comorbilidades asociadas con el desenlace no adherencia terapéutica, con la finalidad de selecciona a los pacientes con mayor riesgo a fin de ofrecerles asesoría especializada para mejorar la adherencia terapéutica en este contexto especifico.
3. Estudios de intervención por medio de la aplicación de estrategias de psicoterapia para mejorar la funcionalidad familiar debieran ser llevados a cabo, valorando el impacto de estos programas respecto al incremento del adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Ainsworth J, Palmier-Claus JE, Machin M, Barrowclough C, Dunn G, Rogers A et al: A comparison of two delivery modalities of a mobile phone-based assessment for serious mental illness: native smartphone application vs textmessaging only implementations. *J Med Internet Res* 2013; 15:e60.
- 2.-Andreasen NC, Carpenter Jr WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR & Weinberger DR: Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2012; 162:441-449.
- 3.-Ben-Zeev D, Kaiser SM, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J & Mohr DC: Development and usability testing of FOCUS: a smartphone system for self-management of schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2013; 36:289-296.
- 4.-Brondi R, Banno F, Bendinelli S, Castelli C, Mancina A, Marinoni M et al: Drugs don't work in patients who don't take them: Dr. Drin, the new ICT paradigm for chronic therapies. *Studies in health technology and informatics* 2013; 191:100-104.
- 5.-Brusco JM: Mobile health application regulations and compliance review. *AORN J* 2012; 95:391-394.
- 6.-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* 2013; 58:844-847.

7.-Frangou S, Sachpazidis I, Stassinakis A & Sakas G: Telemonitoring of medication adherence in patients with schizophrenia. *Telemed J E Health*. 2012; 11:675-683.

8.-Gawdzik N, Kachnic J, Wojtuszek M, Wutke J & Krysta K: Knowledge about telepsychiatry among patients in Poland. *Eur Psychiatry* 2015; 30(Suppl 1):315.

9.-Gervasoni N, Legendre-Simon P, Aubry JM, Gex-Fabry M, Bertschy G & Bondolfi G: Early telephone intervention for psychiatric outpatients starting antidepressant treatment. *Nord J Psychiatry* 2013; 64:265-267.

10.-Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP et al.: Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2013; 371:1085-1097.

11.-Kasckow J, Felmet K, Appelt C, Thompson R, Rotondi A & Haas G: Telepsychiatry in the assessment and treatment of schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2014; 8:21-27A.

12.-Kemmler G, Hummer M, Widschwendter C & Fleischhacker WW: Dropout rates in placebo-controlled and active-control clinical trials of antipsychotic drugs: a meta-analysis. *Arch gen psychiatry* 2012; 62:1305-1312.

13.-Krzystanek M & Krupka-Matuszczyk I: Telepsychiatry-- psychiatric advice on the Internet. *Psychiatr Pol* 2013; 37:1073-1082.

14.-Moreira Tde C, Signor L, Figueiro LR, Fernandes S, Bortolon CB, Benchaya MC, et al.: Non-adherence to telemedicine interventions for drug users: systematic review. *Rev Saude Publica* 2014; 48:521-53.

15.-Noda Y, Sakata Y, Kubota M, Uemura K, Kihara T, Kimura T et al.: Supervised administration of Alzheimer's patients using information communication technology. *Gan To Kagaku Ryoho* 2014; 41(Suppl 1):30-32.

16.-Preston J, Brown FW & Hartley B: Using telemedicine to improve health care in distant areas. *Hosp Community Psychiatry* 2012; 43:25-32.

17.-Rotondi AJ, Anderson CM, Haas GL, Eack SM, Spring MB, Ganguli R et al.: Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: one-year outcomes. *Psychiatr Serv.* 2013; 61:1099-1105.

18.-Schneider MP, Gertsch A, Bugnon O: Cyberhealth serving to support individual intake of medication. *Swiss Med Wkly* 2013; 143:w13827.

19.-Boaz TL, Constantine RJ, Robst J, Becker MA et al. Risperidone longacting therapy prescribing patterns and their impact on early discontinuation of treatment in a large Medicaid population. *J Clin Psychiatry* 2013; 72(8): 1079-1085.

20.-Lang K, Meyers J, Korn J et al. Medication adherence and hospitalization among patients with schizophrenia treated with antipsychotics. *Psychiatr Serv* 2013;61:1239-1247.

21.-Osman CB, Alipah B, Tutiiryani MD, Ainsah O. Depressive disorders and family functioning among the caregivers of patients with schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry.* 2013;20(3):101–108.

- 22.-Mubarak A, Barber J. Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;38:380–384.
- 23.-Espina A, González P. Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Rev Salud Ment.* 2013;26:51–58.
- 24.-Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res.* 2013;158:335–343.
- 25.-Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry.* 2012;2(3):43–48.
- 26.-Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Positive aspects of caregiving and its correlates in caregivers of schizophrenia: a study from North India. *East Asian Arch Psychiatry.* 2013;23:45–55.
- 27.-Giron M, Fernandez-Yanez A, Mana-Alvarenga S, Molina-Habas A, Nolasco A, Gomez-Beneyto M. Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychol Med.* 2013;40(1):73–84.
- 28.-Giron M, Nova-Fernandez F, Mana-Alvarenga S, et al. How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;doi:10.1007/s00127-014-0942-9.

29.-Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(12):e1145–e1162.

30.-Winship G. Increasing awareness of expressed emotion in schizophrenia: an evaluation of a staff training session. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;18:277–280.

31.-Loughland CM, Lawrence G, Allen J, et al. Aggression and trauma experiences among carer relatives of people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;44:1031–1040.

32.-Onwumere J, Bebbington P, Kuipers E. Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013;20(2):113–119.

33.-Glick I. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal of clinical psychopharmacology* 2012; 31(1): 82-85.

34.-Urizar A. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* 2012; 20(4): 577-582.

35.-Higashi K. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology* 2013; 3(4): 200-218.

36.-Nunes A. Las personas con esquizofrenia y sus familias en la era de la desinstitucionalización: desde las dificultades hacia las potencialidades. 2015; 4 829:6-11.

37.-Obra C. Factores del abandono terapéutico en varones adultos con esquizofrenia en la zona básica de Úbeda. 2015; 4 (3):5-12.

38.-Kleinbaum DG. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

41.-Del Perú, C. M. Código de ética y deontología. 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 01:

TEST DE MORINSKY GREEN PARA ADHERENCIA TERAPEUTICA

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

Si () No ()

2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

Se considerara que el paciente no es adherente al tratamiento cuando la respuesta a por lo menos una de las 4 preguntas sea afirmativa.

ANEXO 2:
TEST APGAR

Para el registro de los datos el APGAR familiar, el cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3. Casi siempre

4: Siempre

FUNCIÓN PUNTAJE

Buena función familiar	18 a 20 puntos
Disfunción familiar leve	14 a 17 puntos
Disfunción familiar moderada	10 a 13 puntos
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos

Marque con una X la respuesta que Ud. cree se acerca más a la verdad

FUNCIÓN	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc					
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos.					

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray

FICHA N°:

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____

1.3. Género: Masculino () Femenino ()

1.4. Tiempo de enfermedad: _____

II.-DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

Puntaje del Test de Morinsky Green:

Adherencia terapéutica: Si () No ()

III.-DATOS DE VARIABLE INDEPENDIENTE:

Disfunción familiar: Si () No ()

Puntaje de la escala de Apgar familiar: _____