

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Patricia Macía García, María Deseada Caballero León, María Jesús Larios Montosa

Servicio Andaluz de Salud

patricia-macia@hotmail.com

Adherencia al Tratamiento. Enfermo Mental. Adhesión Terapéutica. Cumplimiento. Apoyo Familiar.

RESUMEN

Introducción: La actitud de los familiares y personas importantes para el paciente, acerca de su enfermedad y tratamiento, condicionan la adhesión al tratamiento de los pacientes psiquiátricos.

Objetivo: Estimar si la proporción de pacientes diagnosticados de una patología psiquiátrica que presenta adherencia al tratamiento, contando con apoyo familiar, es mayor, que los pacientes que no cuentan con dicho apoyo familiar.

Material y Método: Se desarrolló un estudio analítico descriptivo y transversal, con una muestra de 100 pacientes con patología psiquiátrica, seleccionados por muestreo no probabilístico, por conveniencia o dirigido. La muestra se dividió por la presencia de apoyo familiar o no.

Variables estudiadas:

- Variable independiente: presencia de apoyo familiar.
- Variable dependiente: la presencia de adhesión al tratamiento.

Para la recogida de datos se encuestó a los sujetos sobre la adherencia a su tratamiento farmacológico, la encuesta y entrevista se realizó de forma anónima y voluntaria.

Al ser variables nominales dicotómicas se estudió si existía relación de dependencia entre ellas, para ello se aplicó la prueba de X² (chi cuadrado)

Resultados: con 1 grado de libertad, podemos rechazar la hipótesis nula con un nivel de significación del 90%, del 95%, y del 99%. Por lo tanto, podemos afirmar que hay una probabilidad > del 99% ($p < 0,005$) de que haya asociación entre las variables presencia de apoyo familiar y presencia de adhesión al tratamiento farmacológico.

Conclusiones: El apoyo familiar condiciona positivamente la adherencia del tratamiento farmacológico en el paciente psiquiátrico, aunque existen otros factores condicionantes a tener en cuenta.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

ABSTRACT

Introduction: The attitude of the important family members and patient about their disease and treatment, treatment adherence condition of psychiatric patients.

Objective: To estimate whether the proportion of patients diagnosed with a psychiatric disorder that presents adherence, with family support, is greater than patients who do not have that family support.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional analytical study was conducted with a sample of 100 patients with psychiatric disorders, selected by non-probability sampling, for convenience or directed. The sample was divided by the presence of family or support.

Variables studied:

- Independent variable: presence of family support.
- Dependent variable: the presence of adherence.

For data collection were surveyed subjects on adherence to their drug treatment, survey and interview was conducted anonymously and voluntarily.

As dichotomous nominal variables was examined whether there was a relationship of dependency between them, for this test X² (chi square) was applied

Results: 1 degree of freedom, we can reject the null hypothesis with a significance level of 90%, 95% and 99%. Therefore, we can say that there is a probability > 99% ($p < 0.005$) that there is association between the variables presence of family support and presence of adherence to drug treatment.

Conclusions: Family support positively affects adherence to drug treatment in the psychiatric patient, but there are other determining factors to consider.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental son la base de considerables deterioros del área psíquica del paciente, afectando bio-psico-socialmente al paciente y en muchas ocasiones a la familia¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas mentales son de las principales enfermedades causantes de discapacidad. La OMS ha elaborado un plan de acción sobre salud mental 2013-2020, donde declara que "El bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud según la OMS. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad.

La salud mental es importante, pero queda un largo camino por recorrer hasta que se consiga. Quedan muchos aspectos por resolver, como el descuido de los servicios y la atención a la salud mental o las violaciones de los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

El presente plan de acción integral reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. El plan está enfocado desde el punto de vista de la totalidad del ciclo de vida, pretende alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal, y hace hincapié en la importancia de la prevención"^{2,3}.

El estudio ESEMeD/MEDEA, confirma que el 9,2% de la población española padece algún tipo de problema mental, aunque si tenemos en cuenta que una tercera parte de los casos detectados presentan paralelamente más de un problema mental, la proporción estimada es sesgada por el diagnóstico diferencial^{4,5}.

Según los datos estadísticos aportados por la Junta de Andalucía, basados en la OMS, en el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en la Asociación Mundial de Psiquiatría, entre otros organismos, sería interesante destacar⁶:

- Una de cada cuatro personas va a padecer alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.
- En todo el mundo, unos 450 millones de personas padecen alguna enfermedad mental.
- Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden otorgarse a trastornos neuropsiquiátricos.
- Las enfermedades mentales representan el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad.
- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de muchas enfermedades crónicas como artritis, diabetes, cardiopatías...
- Se estima que la depresión sea la primera causa de enfermedad en 2020.
- Según datos de la Asociación Mundial de Psiquiatría el 83% de la población general desconoce la esquizofrenia como enfermedad.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

- En España:
 - El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental.
 - Más del 19% de la población española, padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, y se estima que esta cifra se incrementará considerablemente.
 - Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
 - Se estimó, que en 1998, que el coste económico de las enfermedades mentales en España fue de 3.005 millones de euros.
 - Se estima una prevalencia de esquizofrenia en la población española de 400.000 casos, aunque se cree que muchos casos no están diagnosticados, por lo que la cifra se estima mayor.
 - El 1% de la población española desarrollará alguna esquizofrenia a lo largo de su vida.
 - La tasa de mortalidad por suicidio según la edad y el sexo de las personas que padecen alguna forma de esquizofrenia, es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y en las toxicomanías, por 86.
 - Los familiares y profesionales que atienden a determinadas enfermedades mentales, conjeturan que existe un estereotipo concreto de "peligrosidad".
 - Sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica adquiere pareja estable y un 18% afirma no tener ninguna amistad.
 - El 18% de la población general, el 28% de los familiares e inclusive el 20% de las personas con enfermedad mental crónica deducen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo para la sociedad, que deberían de estar hospitalizadas o institucionalizadas. En cambio el 99% de los profesionales que atienden a este tipo de pacientes no lo cree.
 - El 56% de la población general confunde la enfermedad mental con el retraso mental.
 - Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida, son los trastornos depresivos: 26,23%; a continuación los Trastornos de Ansiedad: el 17,48%. La prevalencia de la Esquizofrenia es del 1,02%.
 - El principal entorno social de discriminación para las personas con enfermedad mental es el ámbito laboral; sólo el 5% tiene un empleo estable, según un estudio en la Comunidad de Madrid.

- En Andalucía (datos de 2005)
 - Los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de Andalucía atendieron 191.447 casos. Ascendiendo a un total de 938.656 actividades asistenciales.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

- Un 59,79% de pacientes que acudieron a los ESMD eran del sexo femenino, de estas el 22,86% de edad comprendida entre 31 y 50 años. Sólo en el grupo de edad de menores de 18 años destacó el sexo masculino (5,33%) frente al femenino (4,51%).
- La prevalencia de pacientes atendidos por enfermedad mental fue de 2.438,88 por 100.000 habitantes.
- De los casos atendidos por los ESMD, el 29,88% correspondía a trastornos neuróticos, el 19,82% a trastornos del humor y el 9,69% a trastornos esquizofrénicos.
- Los problemas mentales atendidos con mayor incidencia en mujeres fueron los del humor (71,14%), trastornos neuróticos (67,85%) y patologías somáticas (75,04%). En hombres, en cambio, fueron los trastornos derivados del consumo de sustancias tóxicas (83,14%), trastornos del desarrollo (75,75%), trastornos esquizofrénicos (64,71%) y trastornos de la infancia/adolescencia (63,74%).
- La media de visitas de pacientes que acudieron a la consulta de los ESMD fue de 4,42 visitas al año (2005), con un incremento del 13% respecto a 2002.
- Los pacientes que más veces acudieron a consulta de los ESMD fueron aquellos que padecen esquizofrenia, con una media de 11,87 visitas.
- Las mujeres representan el 69,09% de los pacientes que presentaron trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. El rango de edad más frecuente fue de 31-50 años, con un total de 28,11% de los casos.
- Los hombres representan el 57,75% de los pacientes que fueron atendidos por trastorno mental grave. La edad más frecuente fue de 31-51 años, con un total de 30,96% de los casos.
- Los trastornos de la conducta alimentaria son una patología relativamente novedosa, con mayor incidencia en mujeres con un 91,26% de los casos. En las mujeres menores de 18 años representaron un 22,02%, en las mujeres entre 18-30 años un 39,88%, y en la de entre 31-35 años, un 23,36%.
- De los motivos para dar de alta a pacientes, un 40,85% fue dado de alta por curación o mejoría; un 37,91%, por no proceder tratamiento y un 9,67% por remisión o devolución a la Atención Primaria. En un 9,22%, el o la paciente dejó voluntariamente o abandonó el tratamiento.

Según Loubat en su estudio "Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento" la adhesión al tratamiento se define "como el alcance con que el paciente sigue o cumple las indicaciones médicas"⁷. Aunque algunos autores desatacan la importancia de incluir las intervenciones o los tratamientos psicosociales en el concepto global de adherencia/cumplimiento⁸. La OMS diferencia entre "adherencia" y "cumplimiento", puntualizando que la adherencia requiere el consentimiento activo del paciente en cuanto a las recomendaciones⁹.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El DSM-IV hace referencia a una serie de factores que condicionan el incumplimiento del tratamiento, como¹⁰:

- a) Las molestias o efectos secundarios del tratamiento.
- b) La toma de decisiones basadas en juicios de valor, creencias religiosas o culturales, con respecto al tratamiento propuesto.
- c) El afrontamiento inefectivo de la enfermedad, síntomas...etc. además de las características personales del enfermo.
- d) El coste.
- e) Algunos trastornos mentales como por ejemplo, la esquizofrenia o el trastorno de personalidad por evitación.

Además de esto, algunos autores hablan de factores relacionados con el entorno del paciente. Como^{11,12}:

- a) La actitud de los familiares y personas importantes para el paciente, acerca de su enfermedad y tratamiento. El apoyo familiar influye directamente sobre la adhesión al tratamiento.
- b) La relación paciente-profesional.

OBJETIVO

Estimar si la proporción de pacientes diagnosticados de una patología psiquiátrica que presenta adherencia al tratamiento, contando con apoyo familiar, es mayor, que los pacientes que no cuentan con dicho apoyo familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Se realizó un estudio analítico, descriptivo y transversal.

Muestra: Hemos seleccionado una muestra de 100 pacientes con patología psiquiátrica, por muestreo no probabilístico, por conveniencia o dirigido, que acuden a los servicios de urgencias de varios hospitales de Málaga, independientemente del motivo de asistencia.

La muestra la dividimos por la presencia de apoyo familiar: 50 de ellos cuentan con apoyo familiar y los otros 50 no.

La muestra se obtuvo desde enero a julio de 2015 en los servicios de urgencias de dichos hospitales.

Los criterios de inclusión fueron:

- Estar diagnosticado de una patología psiquiátrica en tratamiento farmacológico.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

- Independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), para ello se realizó el test de Barthel. Con una puntuación mínima requerida para participar en el estudio de 100 (independiente)¹³.
- No presentar deterioro cognitivo, para ello se usó test de Pfeiffer versión española (cribado para el deterioro cognitivo), donde se aceptó menos de 3 errores, en el caso de que al menos sepan leer y escribir y menos de 4 en los que no sepan leer y escribir¹⁴.
- Aceptar participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

Variables estudiadas

- Variable independiente: presencia de apoyo familiar, variable nominal dicotómica, la presencia de apoyo familiar se operativiza con el valor 0 y la no presencia de apoyo familiar con
- Variable dependiente: la presencia de adhesión al tratamiento, variable nominal dicotómica: presenta adhesión al tratamiento operativizada con el 1, no presencia de adhesión al tratamiento operativizada en el 0.

Recogida de datos

Para la recogida de datos se encuestó a los sujetos sobre la adherencia a su tratamiento farmacológico, la encuesta y entrevista se realizó de forma anónima y voluntaria.

La evaluación de las variables del estudio se realizó a través de dicha encuesta y una rejilla para el vaciamiento de los datos, que se rellenó siguiendo el orden de los entrevistados y que comprendía todas las variables a medir.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo analítico de todas las variables. Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS.15.

Las variables cualitativas se organizaron en porcentajes y frecuencias, expuestas en tablas de contingencia, para su operativización se les asignó un valor con el fin de poder tabularlas en el programa informático.

Al ser variables nominales dicotómicas se estudió si existía relación de dependencia entre ellas, para ello se aplicó la prueba de X² (chi cuadrado)

Aspectos éticos

La recogida de datos fue completamente anónima para preservar la intimidad de los pacientes. La única identificación que se registró fue un nº asignado a cada paciente del 1 al 100. Se les entregó un consentimiento informado con toda la información correspondiente al estudio, y se les exigió la firma de éste para participar.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

RESULTADOS

Del total de enfermos que cuentan con la presencia de apoyo familiar, el 72% (36) presenta buena adherencia al tratamiento farmacológico, mientras que los pacientes que no cuentan con la presencia de apoyo familiar solo el 44% (22) están bien adheridos al tratamiento.

Tabla 1. Proporción de pacientes que presentan o no adhesión al tratamiento según la presencia de apoyo familiar.

Presencia de adherión al tratamiento	Presenta adherión al tratamiento	No presenta adherión al tratamiento
Presencia de apoyo familiar	72% (36)	28% (14)
No presenta apoyo familiar	44% (22)	56% (28)

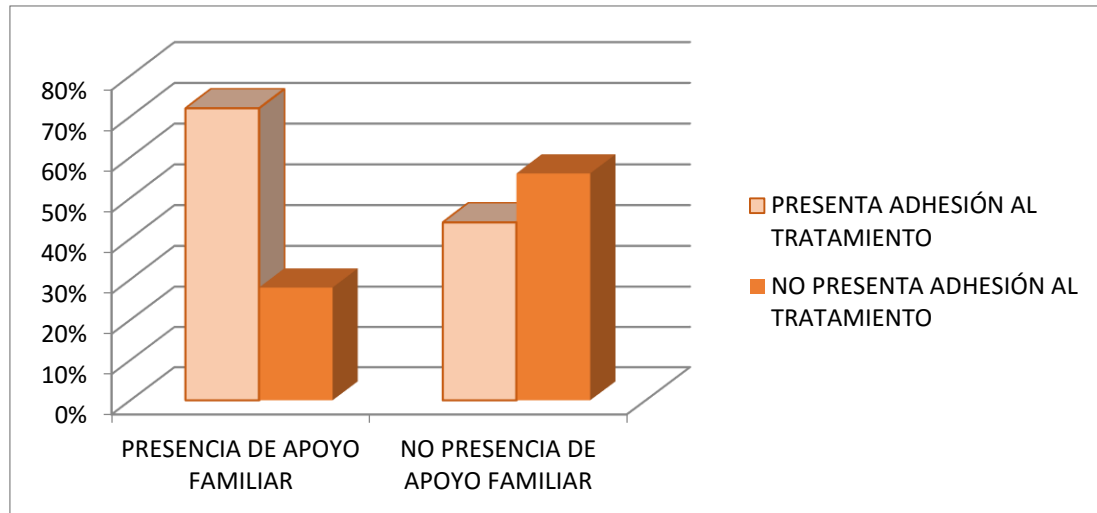
La Hipótesis nula del estudio es H0: Variables independientes (no relacionadas)

La Hipótesis alternativa del estudio es H1: Variables relacionadas.

Evaluamos la hipótesis nula, es decir, que no hay asociación entre las variables presencia de apoyo familiar y presencia de adherión al tratamiento, para ello calculamos X².

X²= 8,05, con 1 grado de libertad, por ello podemos rechazar la hipótesis nula con un nivel de significación del 90%, del 95%, y del 99%. Por lo tanto, podemos afirmar que hay una probabilidad > del 99% (p<0,005) de que haya asociación entre las dos variables.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO



CONCLUSIONES

Hemos podido comprobar que el apoyo familiar condiciona positivamente la adherencia del tratamiento farmacológico en el paciente psiquiátrico, esto nos orienta a poder estimar las probables crisis y por lo tanto la utilización de recursos evitables de nuestro Sistema Nacional de Salud. Ya en la actualidad los grupos de apoyos, tutores y pisos tutelarnos asumen ciertas responsabilidades al respecto, ayudando al paciente psiquiátrico a la reinserción social y adherencia adecuada al tratamiento farmacológico.

Autores como Brien reflejan algunos de los factores que pueden favorecer la adherencia al tratamiento como¹⁵:

- Formación y preparación del profesional para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces.
- Simplificar los regímenes terapéuticos (dosis, horarios).
- Programar visitas del paciente al profesional.
- Aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud y contratos conductuales.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Sicras A, Rejas J, Navarro R, et al. Patterns of health services use and costs in patients with mental disorders in primary care. *Gac Sanit.* 2007; 21(4): 306-313. Consultado el 2 de Julio de 2015. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000600007&lng=es.
2. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013. Consultado el 1 de septiembre de 2015. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/.
3. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. *Lancet.* 1999; 354:111-5.
4. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 420 Suppl:21-7.
5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc).* 2006; 126:445-51.
6. Junta de Andalucía. Datos sobre enfermedad mental. Consultado el 2 de Agosto de 2015. Disponible en: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/>
7. Loubat M, Cuturrufo N. Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2007; 45(4): 269-277. Consultado el 1 de Julio de 2015. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000400002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000400002>.
8. Huxley N, Rendall M, Sederer LL. Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *J Nervous Mental Disease,* 2000; 188: 187-201.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de salud 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: OMS, 2003. Consultado el 2 de Julio de 2015. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf. Consultado el 25.01.2006.
10. American Psychiatric Association (APA.). DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado. 1ª ed. Madrid: Masson, 2001.
11. Gonzalez J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento ansipsicótico: actuación de enfermería. *Interpsiquis* 2004. Consultado el 8 de Julio de 2015. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>.
12. Garcia I, Sanchez EI, Sanz M, Gutiérrez M, González de Chavez M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr.*, 1999; 27 (4): 211-216.

APOYO FAMILIAR Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

13. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública, 1197; 71(2): 127-137.
14. Martínez J, Dueñas R, Carmen M, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Medicina Clínica, 2001; 117(4): 129-134.
15. Brien ME. Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. Am J Ki