

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Dulcinea Vega Dávila, Francisco Javier Acosta Artilles, Javier Sánchez González, Adrián Triviño Solà, Pedro Saavedra Santana

dulcineavega@hotmail.com

Esquizofrenia, adherencia, confinamiento

Schizophrenia, adherence, lockdown.

RESUMEN

No adherencia y confinamiento en pacientes con Esquizofrenia y T. Esquizoafectivo

Se ha constatado el incremento de descompensaciones e ingresos en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) tras el confinamiento por la Covid-19^{1,2,3,4}, si bien no se ha valorado claramente cómo ha afectado la adherencia al tratamiento antipsicótico en estos pacientes en un período tan complejo. Asimismo, son múltiples los factores de riesgo de descompensación asociados, como la limitación de recursos sanitarios, la falta de atención presencial al completo, limitación para acceder al tratamiento, para la supervisión del mismo, para apoyo externo, así como otros más indirectos como el aislamiento, el temor al contagio, etc...⁵.

En el estudio “No adherencia al tratamiento y seguimiento de pacientes con Esquizofrenia y T. Esquizoafectivo” realizado sobre 110 pacientes tras ingreso hospitalario se halló una tasa de no adherente especialmente elevada (58,2 %).

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Esta se asoció a nivel socioeconómico bajo, consumo de cannabis, no adherencia como motivo de recaída e ingreso y gravedad de los síntomas. Se identificaron, además, dos subtipos de no adherencia: intencional y no intencional, con perfiles diferenciados^{6,7}.

Objetivo: Comparar la adherencia con métodos objetivos al tratamiento antipsicótico de pacientes con TMG durante el periodo de confinamiento respecto a la adherencia previa confinamiento.

ABSTRACT

Non-adherence and lockdown in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder.

There has been an increase in decompensations and admissions in patients with Severe Mental Illness (SMI) after lockdown due to Covid-19^{1,2,3,4}, although it has not been clearly assessed how adherence to antipsychotic treatment has affected these patients in such a complex period. Likewise, there are multiple associated risk factors for decompensation, such as limited health resources, lack of full face-to-face health care, limited access to treatment, treatment supervision, external support, as well as other more indirect factors such as isolation, fear of infection, etc...⁵.

In the research line "Non-adherence to treatment and follow-up of patients with schizophrenia and schizoaffective disorder", 110 patients were studied after hospital admission. A particularly high rate of non-adherence (58.2 %) was demonstrated, associated with low socioeconomic level, cannabis use, non-adherence as a reason for relapse and admission, and severity of symptoms. In addition, two subtypes of intentional and unintentional non-adherence with differentiated profiles were identified^{6,7}.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Objective: To compare with objective methods the adherence to treatment of patients with SMI during the period of lockdown with respect to adherence prior to lockdown.

INTRODUCCIÓN

En el estudio “No adherencia al tratamiento y seguimiento de pacientes con Esquizofrenia y T. Esquizoafectivo” se ha estudiado a 110 pacientes que ingresaron en Unidad de Internamiento Breve (UIB) del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria (CHUIMI) durante 18 meses consecutivos desde enero 2017, con valoración posterior a los seis meses, clasificándolos mediante métodos objetivos y subjetivos en adherentes y no adherentes al tratamiento antipsicótico y al seguimiento.

Siendo pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), que han precisado ingreso, su seguimiento a los seis meses demostró una tasa de no adherencia especialmente elevada, en relación con el riguroso método de medida. Se halló no adherencia en el 58,2 % de los pacientes en seguimiento. El bajo nivel socioeconómico, el consumo de cannabis, la no adherencia como motivo de recaída e ingreso y la gravedad de los síntomas se asociaron de manera independiente a la no adherencia. Se identificaron dos subtipos de no adherencia: intencional y no intencional. Además, el nivel educativo bajo, el peor conocimiento del tratamiento a los seis meses y el uso de tratamiento no psiquiátrico a los seis meses se asociaron de manera independiente al subtipo de no adherencia no intencional^{6,7}.

Aunque se ha valorado el incremento de descompensaciones e ingresos en pacientes con Trastorno Mental Grave tras el confinamiento por la Covid-19^{1,2,3,4}, existe escasa información de cómo ha afectado la falta de adherencia al tratamiento antipsicótico en este período.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Además, una situación tan compleja puede aportar muchos factores de riesgo para recaídas, como la limitación de acceso a recursos sanitarios, la falta de atención sanitaria presencial en muchos dispositivos, limitación para acceder al tratamiento, para la supervisión del mismo, para apoyo externo, así como otros más indirectos como estrés asociado al aislamiento, al temor al contagio, etc...⁵.

OBJETIVO

1. Evaluar la posible influencia del confinamiento durante la pandemia por SARS-CoV-2 en la adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con trastorno mental grave.

METODOLOGIA

Este estudio fue de tipo observacional, analítico y naturalístico. No implicó cambios en la práctica clínica habitual con los pacientes. El proyecto fue de carácter prospectivo.

Pacientes

Este proyecto forma parte del estudio: “No adherencia en pacientes con Esquizofrenia y T. Esquizoafectivo. Estudio prospectivo de variables asociadas y posibles subtipos”.

Inicialmente se incluyeron los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en la UIB de Psiquiatría del CHUIMI pertenecientes al área sur de la isla, asignada a la Unidad de Salud Mental (USM) de Vecindario (en 2017, esta USM abarcaba una población de 195.410 personas), con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, según criterios CIE-10, desde enero de 2017 y durante un periodo de 18 meses desde el inicio del estudio.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años, los afectos de Discapacidad intelectual o Demencia, los que no continuarían seguimiento en las USM (seguimiento en ámbito privado, prisión, desplazados, etc.) y aquellos que no aceptaron voluntariamente su participación en el estudio. El estudio se configuró con una muestra inicial de 110 pacientes.

Todos los pacientes fueron informados sobre el estudio y dieron su consentimiento por escrito para poder ser incluidos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Procedimiento

La evaluación de las variables estudiadas se realizó en alguno de los 7 días previos al alta durante el ingreso en UIB, y en la reevaluación durante los 6 primeros meses de forma ambulatoria en USM. A los seis meses se realizó la clasificación de la muestra entre adherentes y no adherentes, siguiendo los criterios operativos descritos a continuación.

Adherencia.

Criterios operativos: Aportamos los criterios operativos que definen y clasifican la muestra a los seis meses en pacientes adherentes y no adherentes en el estudio de investigación en la que se incluye este trabajo:

- Adherencia. Definición operativa: Se definió la adherencia como la concurrencia de adherencia al tratamiento antipsicótico y adherencia al seguimiento ambulatorio durante el periodo de evaluación.

- Adherencia al tratamiento antipsicótico: Se definió como la concurrencia de adherencia objetiva y subjetiva. Se consideró que existe adherencia cuando esta fue igual o superior 80% de las tomas o administraciones indicadas según los métodos de evaluación utilizados, durante el periodo de evaluación prospectiva de 6 meses.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Este dintel se utilizó dado que es el recomendado en un consenso de expertos sobre adherencia en trastornos mentales graves^{8,9}. Para la consideración de adherencia, tanto la evaluación objetiva como la subjetiva debieron arrojar porcentajes superiores a este dintel. La evaluación se realizó sobre el fármaco considerado por el psiquiatra como su tratamiento principal. Tanto en el caso de los pacientes con esquizofrenia como en los esquizoafectivos fue un tratamiento antipsicótico (pero nunca un tratamiento antipsicótico con finalidad no antipsicótica).

- Adherencia objetiva: Se compuso de una o dos medidas, según el tratamiento antipsicótico del paciente (oral / ILD / oral + ILD). En caso de que el tratamiento fuera combinado con antipsicóticos orales e intramusculares, se debieron cumplir los criterios de adherencia para cada uno de ellos.

- Medication Possession Ratio (MPR). Con ella se evaluó la adherencia al antipsicótico oral.

- Registro en Historia Clínica de administraciones del antipsicótico ILD, realizadas en la USM.

- Adherencia subjetiva: Para considerar que existe adherencia subjetiva, el paciente tuvo que ser estimado como adherente según las escalas de Morisky-Green y BARS. Se definió como la concurrencia de una puntuación de 3 o 4 en el test de Morisky-Green, tal como se ha realizado previamente¹⁰ y un valor igual o superior al 80% en la escala BARS.

- Adherencia al seguimiento ambulatorio: Se definió como la concurrencia de asistencia a las consultas programadas (mayor del 80%; una vez excluidas las inasistencias con causa justificada), y la ausencia de abandono, definida como la inasistencia a las consultas programadas durante un periodo de al menos seis meses.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

- Descripción de los métodos:

- Medication Possession Ratio (MPR): La recogida del tratamiento se evaluó a través del Registro disponible en Canarias a través de la receta electrónica y FarmaCanarias. El MPR es una ratio del total de días con suministro respecto al total de días de participación en el estudio, por participante¹¹. Se calculó, para cada paciente, dividiendo el número de días cubiertos por el suministro de la medicación, por el número de días cubiertos por el suministro de la medicación, si estuviera tomando su tratamiento prescrito de forma continua, durante el periodo de seguimiento del estudio¹². Se consideró adherencia cuando la MPR fue $MPR \geq 0,80$ ¹³. La MPR se calculó solo para los antipsicóticos cuya finalidad y dosis fueran antipsicóticas. En caso de dos o más antipsicóticos prescritos con finalidad antipsicótica, se realizó la media entre ellos¹².

- Administraciones del antipsicótico ILD: La información se obtuvo a partir del registro en Historia Clínica de las administraciones realizadas. Al igual que se ha realizado previamente^{14,15} se consideró que la administración fue correcta siempre que estuviera registrada en la Historia clínica y su administración se hubiese producido en un margen de tres días antes o después de la fecha correspondiente indicada. Se consideró que existe adherencia cuando se administró $\geq 80\%$ de lo indicado de forma correcta.

- Relacionadas con el seguimiento: El seguimiento del paciente del control ambulatorio en la USM se realizó cuantificando el número de citas programadas con facultativos y Enfermería (tanto las realizadas en Unidad de Salud Mental como las que, por diversos motivos se realizaron en domicilio y son permitidas) y restando las citas a las que no acudió, pero han sido correctamente justificadas. Se consideró adherencia al seguimiento cuando la cuantificación de las citas realizadas fue igual o superior al 80% del total.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Por otro lado, se opta por denominar abandono de seguimiento al paciente que no acudió a citas con personal sanitario de la USM como mínimo durante seis meses. Abandono del estudio que consideró a aquel individuo de la muestra que, habiendo dado su consentimiento inicial para el estudio, no realizó las revaluaciones a los 15 días o 6 meses del mismo, por propia voluntad o fue imposible localizarle.

- Test de Morisky-Green¹⁶. Es uno de los cuestionarios más utilizado, y ha sido validado en su versión española¹⁷. Se considerará adherencia valores mayores o iguales a 3.

- Brief Adherence Rating Scale (BARS)¹⁸. La escala BARS es una escala recientemente desarrollada para su aplicación en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Ha mostrado buena validez y fiabilidad¹⁹ y se recomienda en el consenso como una posibilidad de escala breve⁸. Se consideró adherencia valores iguales o superiores al 80% en escala analógica.

VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En todos los pacientes se evaluaron las siguientes variables:

- Sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo, convivencia y nivel socioeconómico.

- Clínicas generales: tiempo de evolución de la enfermedad y estancia media del ingreso del que comienza a formar parte del estudio, consumo de tóxicos.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

- Conciencia de enfermedad o insight. El insight se evaluó mediante la Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD) o Insight de Amador en sus tres primeros ítems²⁰, optando por el valor total. Su versión en español ha sido validada²¹. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, menor insight. Esta escala ha sido utilizada ampliamente en pacientes con trastornos psicóticos²⁰.

- Tipo no adherencia: Motivos para no adherencia: Con base en la literatura^{22,23,24}, se incluyeron los siguientes motivos:

1. Porque no creen necesitarla (deficiente insight)
2. Olvidos
3. Minimizar y/o evitar efectos adversos
4. Por confusión con el tratamiento
5. Minimizar y/o evitar posible efecto adictivo
6. Hacer el régimen de tratamiento más aceptable a su estilo de vida
7. Complejidad de la pauta de tratamiento
8. Motivos económicos e impedimentos de acceso al tratamiento.
9. Para “probar a ver qué ocurre sin tratamiento”
10. Para sustituirla por tratamiento no médico
11. Por conflictos en relación terapéutica
12. Por eliminar efecto estigmatizante

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Con estos motivos, se establecieron inicialmente 4 categorías de no adherencia^{22,23,24}. Esta clasificación se realizó con los datos obtenidos en la reevaluación de los pacientes a los seis meses. En este estudio hemos considerado que la no adherencia No intencional (NANI) será la relacionada con las respuestas 2, 4, 7, 8, siendo el resto propias de no Adherencia Intencional (NAI). Si las respuestas incluyen a varias de los subgrupos referidos, se considerará adherencia mixta, siendo la prioridad determinada por la respuesta considerada “motivo principal de no adherencia por sus referentes”.

1. Intencional.
2. No intencional.
3. Mixta con predominio de la intencional.
4. Mixta con predominio de la no intencional.

ADHERENCIA EN CONFINAMIENTO. CRITERIOS OPERATIVOS

La evaluación de la adherencia en este estudio corresponde tanto al periodo definido como periodo de confinamiento como a los meses previos con los que se compara definido como periodo preconfinamiento.

La adherencia durante el confinamiento incluirá el periodo comprendido entre: 14-3-2020/21-6-2020 (fecha oficial en nuestro país) y preconfinamiento el periodo comprendido entre: 14-1-2020 a 13-3-2020.

La adherencia durante este estudio, tanto en el período de confinamiento como el previo se limitará al tratamiento farmacológico antipsicótico principal, realizándose la evaluación sólo con métodos objetivos.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Adherencia total: Se compuso de una o dos medidas, según el tratamiento antipsicótico del paciente (oral / ILR / oral + ILR). En caso de que el tratamiento fuera combinado con antipsicóticos orales e intramusculares, se debieron cumplir los criterios de adherencia para cada uno de ellos.

- Medication Possession Ratio (MPR). Con ella se evaluó la adherencia al antipsicótico oral. Se consideró que existe adherencia cuando esta fue igual o superior 80%.

- Registro en Historia Clínica de administraciones del antipsicótico ILR, realizadas en la USM. Se consideró que existe adherencia cuando esta fue igual o superior 80%.

Desde la configuración de la muestra hasta la evaluación de este estudio, los pacientes que han pasado por distintos dispositivos asistenciales han podido continuar en el estudio si se nos permite acceso a la información por estar reflejada en historia clínica electrónica, con acceso a través de historia compartida o a través de historia en papel (esto es posible en pacientes que cambian a dispositivos dentro de la misma isla, aunque cambien de área, y dispositivos rehabilitadores (Unidad de Estancia Media (UME), Unidad de Cuidados y Rehabilitación (UCyR), Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)). Esto no es posible en aquellos pacientes que realizan seguimiento en otras provincias y/o seguimiento posterior en ámbito privado o concertado, siendo considerados casos perdidos del estudio. Los pacientes que han fallecido previo este período evolutivo tampoco formarán parte del estudio.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables numéricas fueron expresadas como medianas y rangos intercuartílicos (IQR = percentiles 25th -75th) y los binarios como frecuencias y porcentajes. Las medianas fueron comparadas usando el test Wilcoxon para datos pareados y porcentajes con test de McNemar. Un contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue inferior a 0.05. Los datos fueron analizados usando el paquete de R, versión 3.6.1²⁵.

RESULTADOS

En la línea de investigación la muestra total inicial estaba compuesta por 110 pacientes, resumiendo los hallazgos más relevantes ya publicados^{6,7}. El porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres (61,8 %), con una media de edad de 40,7 años. La mayoría de los pacientes no adherentes tienen estudios primarios (53.1% estudios primarios vs 45.7% estudios secundarios o superiores; $p = 0.439$). La mayoría de los pacientes está diagnosticada de esquizofrenia (56,4 %), la estancia media de ingreso fue de 25 días y la media de duración de la enfermedad de 9 años. Los pacientes no adherentes, en comparación con los adherentes presentan un nivel socioeconómico más bajo (76,6 % vs. 39,1 %; $p < 0,001$) y mayor prevalencia de vivir solos (35,9 % vs. 17,4 %; $p = 0,033$). La prevalencia de abuso de sustancias en el ingreso es elevada (45,5 %). A los seis meses, los pacientes no adherentes, comparados con los adherentes, presentan peor insight (9 vs. 6; $p < 0,001$). En el total de la muestra, 64 pacientes (58,2 %) no cumplían criterios de no adherencia al final del período de seguimiento. Entre los subtipos de no adherencia en el grupo de pacientes no adherentes, 32 (50 %) cumplen criterios de no adherencia intencional (NAI) y 5 (7,8 %) de no adherencia no intencional (NANI) y 27 (42,2 %) de no adherencia Mixta.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Los factores que muestran una asociación con no adherencia son: nivel socioeconómico bajo (OR = 3,68; 95 % CI = 1,42 – 9,53), consumo actual de cannabis (OR=2,79; 95% CI=1,07–7,28), mayor gravedad de los síntomas a los 6 meses (medida ICG) (OR = 2,00; 95 % CI = 1,02 – 3,94) y motivo de recaída e ingreso por abandono de tratamiento (no adherencia previa) (OR = 5,46; 95 % CI = 2,00 – 14,90).

De la muestra inicial de 110 pacientes, ha habido pérdidas de pacientes por diferentes causas: 5 pacientes habían abandonado seguimiento durante más de 6 meses, otros 3 pacientes no pueden realizar seguimiento por continuar el mismo en ámbito privado/concertado y 1 paciente queda excluido por cambio de domicilio a otra provincia. Un total de 9 pacientes habían fallecido, constatándose solo uno de estos fallecimientos como suicidio consumado. Conformándose la muestra actual por 93 pacientes. En distintos momentos a lo largo del período de estudio (media de 27 meses). El servicio ETAC atendió a 13 de los pacientes, UME a 12 pacientes y UCYR a 2 pacientes.

ESTUDIO COMPARATIVO ADHERENCIA PREVIO AL CONFINAMIENTO Y DURANTE EL CONFINAMIENTO

La comparación de las medias de MPR (dispensación de recetas) para pacientes con tratamiento oral y medias de tratamientos inyectables en pacientes con ILR/Depot en los dos períodos de estudio (previo al confinamiento y durante el confinamiento) puede observarse en la **figura 1**.

La comparación de la frecuencia de pacientes no adherentes con el criterio operativo dicotómico descrito en los dos períodos de estudio (previo al confinamiento y durante el confinamiento) puede observarse en la **tabla 1**.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

Figura

1.

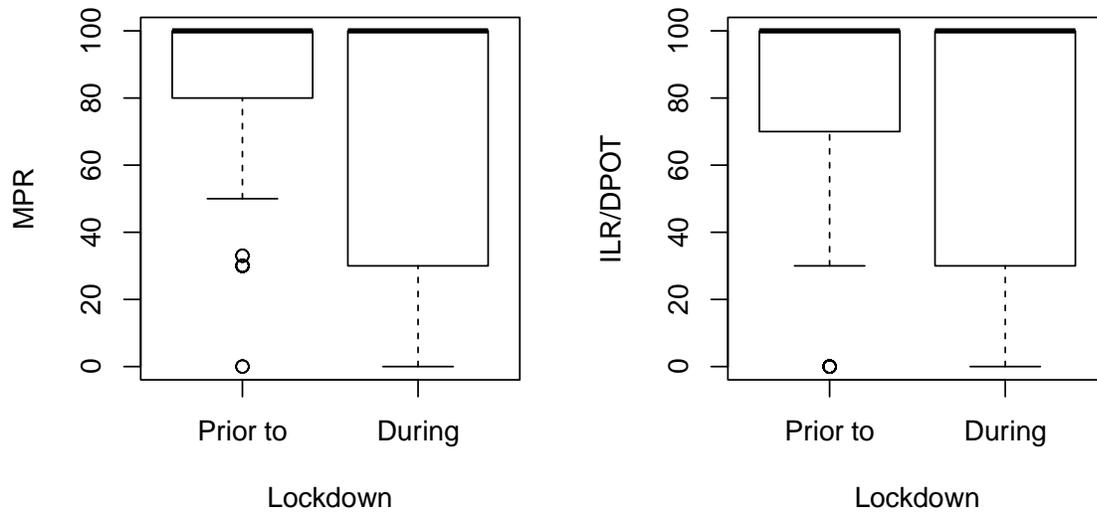


Tabla 1.

	Previo confinamiento	Durante confinamiento	<i>p</i> -valor
<i>MPR</i>	100.0 (80.0; 100.0)	100.0 (30.8; 100.0)	< 0.001
<i>ILR</i>	100.0 (70.0; 100.0)	100.0 (30.0; 100.0)	0.019
<i>No adherencia total</i>	22 (23.7)	35 (37.6)	< 0.001

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%).

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

DISCUSIÓN

La no adherencia en este estudio es bastante menor que en el estudio inicial. En el estudio inicial⁷, un 58% de la muestra era no adherente, mientras que en el estudio actual se objetiva una no adherencia de 23.6 % en el periodo previo al confinamiento y del 37.6% durante confinamiento. Esta diferencia puede deberse a que el criterio operativo de adherencia seleccionado para este estudio no es tan amplio como en el estudio inicial. La definición operativa de adherencia de este estudio se centra solamente en la adherencia farmacológica, no combinada con la adherencia al seguimiento, ya que esta última podía estar influida por las limitaciones del confinamiento de forma no homogénea. En relación con la adherencia farmacológica, ésta solo es medida con la adherencia objetiva al fármaco, restando el valor significativo de la valoración subjetiva a través de escalas validadas administradas por facultativos ambulatorios concedores de la muestra.

A pesar de los datos mencionados anteriormente, estimamos que la adherencia pudo controlarse mediante la asistencia telefónica y la labor presencial de enfermería, tanto para asegurar la pauta de tratamiento intramuscular en la USM de referencia como para facilitar y confirmar la pauta en el Centro de Salud más cercano al paciente si era la única opción viable dadas las circunstancias.

Como se puede observar, tanto las medias de la dispensación de recetas (100 vs. 100, respectivamente, $p < 0.001$) como la de tratamiento inyectable (100 vs. 100, respectivamente, $p < 0.019$) empeoraron en el período de confinamiento, siendo la diferencia más significativa en el caso de las recetas, en relación a lo expuesto en el párrafo anterior. Son muchos los estudios que apoyan la mayor adherencia en tratamientos intramusculares^{26,27,28}, si bien en nuestra línea de trabajo en el estudio inicial no favoreció dicho resultado por estar ya identificados por su equipo terapéutico los pacientes no adherentes y por ello con pauta frecuente congruentes con tratamiento inyectable vs combinado.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

También la no adherencia total aumenta en el período durante el confinamiento (37.6% vs. 23.7%, respectivamente, $p < 0.001$), pasando un total de 13 pacientes previamente adherentes a no adherentes. En este subgrupo no se pueden detectar diferencias en relación con el tamaño muestral si bien, más de la mitad (53.8) tenían exclusivamente tratamiento oral.

Aunque algunos estudios informan de menor afluencia a los servicios de urgencias psiquiátricas en general durante el confinamiento, sí que detectaron aumento de descompensación en pacientes psicóticos^{2,3}. Algunos autores señalan entre los motivos más frecuentes de descompensación durante el confinamiento cuestiones directamente asociadas a la pandemia (65.2%) y a falta de adherencia (48.5%)⁴.

LIMITACIONES

Uno de los métodos objetivos (MPR) no implica la adecuada toma de tratamiento, sólo su dispensación.

El estudio está limitado por el hecho de que, al ser un estudio realizado sobre un único centro del área sur de la isla de Gran Canaria, los hallazgos no se pueden generalizar de manera directa en otros territorios donde el acceso a las USM puede haber sido distinto.

CONCLUSIONES

La adherencia en el confinamiento ha disminuido en una muestra de pacientes con TMG, pudiendo identificarse como un posible factor de riesgo del aumento de descompensaciones posterior al confinamiento. Se plantea el beneficio de promover estrategias adaptadas, basándonos en la experiencia de otros entornos reflejada en la literatura^{29,3} para fomentar la

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

adherencia y disminuir las recaídas reactivas ante limitaciones identificadas en futuras olas de la covid-19.

BIBLIOGRAFIA

1. Aragona, M., Barbato, A., Cavani, A., Costanzo, G., & Mirisola, C. (2020). Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health, 186*, 52-56.
2. Rodriguez-Jimenez, R., Rentero, D., Romero-Ferreiro, V., & García-Fernández, L. (2021). Impact of outbreak COVID-19 pandemic on psychiatry emergencies in Spain. *Psychiatry research, 295*, 113581
3. Gómez-Ramiro, M., Fico, G., Anmella, G., Vázquez, M., Sagué-Vilavella, M., Hidalgo-Mazzei, D., ... & Vieta, E. (2021). Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a worldwide epicentre. *Journal of Affective Disorders, 282*, 26-32.
4. Montes, J. M., & Hernández-Huerta, D. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on acute inpatient psychiatric units in Spain. *Psychiatry Research, 304*, 114136.
5. Solmi, M., Estradé, A., Thompson, T., Agorastos, A., Radua, J., Cortese, S., ... & Ifteni, P. (2022). The Collaborative Outcomes study on Health and Functioning during Infection Times in Adults (COH-FIT-Adults): Design and methods of an international online survey targeting physical and mental health effects of the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders, 299*, 393-407.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

6. Vega, D., Acosta, F. J., & Saavedra, P. (2020). Testing the hypothesis of subtypes of nonadherence in schizophrenia and schizoaffective disorder: A prospective study. *World Journal of Psychiatry, 10*(11), 260.
7. Vega, D., Acosta, F. J., & Saavedra, P. (2021). Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry, 108*, 152240.
8. Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J.P. (2009). "Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness". *J Clin Psychiatry*.;70(suppl 4):1-46, quiz 47-48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.7090su1cj> (Consultado 20-04-2019).
9. Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R. y Docherty, J.P. (2010a). "Assessment of Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines". *Journal of Psychiatric Practice, 16*(1), pp. 34-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.pra.0000367776.96012.ca> (Consultado 18-05-2019).
10. Cruz LP, Miranda PM, Vedana KG, Miasso AI. Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011; 19: 944-952 [PMID: 21876947 DOI: 10.1590/s0104-11692011000400013]

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

11. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, Malone DC. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1280-ID: 16868217 DOI: 10.1345/aph.1H018].
12. Valenstein M, Copeland LA, Blow FC, McCarthy JF, Zeber JE, Gillon L, Bingham CR, Stavenger T. Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Med Care* 2002; 40: 630-639 [PMID: 12187177 DOI: 10.1097/00005650-200208000-00002].
13. Woltmann, E.M., Valenstein, M., Welsh, D.E., Lee, T.A., Wolschon, P.A., Grabowski, J. y Reilly, P.A. (2007). "Using Pharmacy Data on Partial Adherence to Inform Clinical Care of Patients with Serious Mental Illness". *Psychiatric Services*, 58(6), pp. 864-867. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.864> (Consultado 22-01-2020).
14. Acosta, F.J., Bosch, E., Sarmiento, G., Juanes, N., Caballero-Hidalgo, A. y Mayans, T. (2009). "Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS®) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables". *Schizophrenia Research*, 107(2-3), pp. 213-217. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.09.007> (Consultado 03-03-2018).
15. Acosta FJ, Ramallo-Fariña Y, Bosch E, Mayans T, Rodríguez CJ, Caravaca A. Antipsychotic treatment dosing profile in patients with schizophrenia evaluated with electronic monitoring (MEMS®). *Schizophr Res*. 2013 May;146(1-3):196-200. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.016. Epub 2013 Mar 7. PMID: 23474024.

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

16. Morisky, D.E., Green, L.W. y Levine, D.M. (1986). "Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence". *Medical Care*, 24(1), pp. 67-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007> (Consultado 20-01-2018).
17. Val Jiménez, A., Amorós, G., Martínez, P., Fernández, M.L. y León, M. (1992). "Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green". *Aten Primaria*, 10(5), pp. 767-70.
18. Byerly, M.J., Nakonezny, P.A. y Rush, A.J. (2008). "The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder". *Schizophrenia Research*, 100(1-3), pp. 60-69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2007.12.470> (Consultado 16- 02- 2020).
19. Byerly, M.J., Nakonezny, P.A. y Lescouflair, E. (2007). "Antipsychotic Medication Adherence in Schizophrenia". *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), pp. 437-452. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.002> (Consultado 03-10-2018).
20. Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., y Gorman, J.M.(1993). "Assessment of insight in psychosis". *American journal of Psychia -try*, 150, pp. 873-873. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.873> (Consultado 22-01-2019).
21. Ruiz, A.I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J.M., Cuppa, S. y García-Ribera, C. (2008). "Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD)". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2).

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

22. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, et al. (2005). "Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking". *61(1)*, 133–155. Disponible en: doi:10.1016/j.socscimed. 2004.11.063
23. NICE. Medicines adherence Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE Clinical Guideline 76; January 2009.
24. Velligan, D.I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P. y Docherty, J.P. (2017). "Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness". *Patient preference and adherence*, 11, p. 449.
25. R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible en: <https://www.R-project.org/>
26. Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P.M., Patel, M.X. y Korhonen, P. (2011). "A Nationwide Cohort Study of Oral and Depot Antipsychotics After First Hospitalization for Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 168(6), pp. 603-609. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10081224> (Consultado 23-07-2018).
27. Sajatovic, M., Levin, J., Ramirez, L. F., Hahn, D. Y., Tatsuoka, C., Bialko, C. S., Kristin AC:, Fuentes-Casiano E y Williams, T. D. (2013). "A prospective trial of customized adherence enhancement plus long-acting injectable antipsychotic medication in homeless or recently homeless individuals

NO ADHERENCIA Y CONFINAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y T. ESQUIZOAFECTIVO

with schizophrenia or schizoaffective disorder”. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(12), 1249.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m08331>. (Consultado 13-05-2019).

28. Sajatovic, M., Ramirez, L.F., Fuentes-Casiano, E., Cage, J., Tatsuoka, C., Aebi, M.E., Bukach, A., Cassidy K.A. y Levin, J.B. (2017). “A 6-Month Prospective Trial of a Personalized Behavioral Intervention + Long-Acting Injectable Antipsychotic in Individuals with Schizophrenia at Risk of Treatment Nonadherence and Homelessness”. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(6), pp. 702-707. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jcp.0000000000000778> (Consultado 05-07-2019).

log4, 37(6), pp. 702-707. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jcp.0000000000000778>

00000000000778 (Consultado 05-07-2019).

29. Roncero, C., García-Ullán, L., Javier, I., Martín, C., Andrés, P., Ojeda, A., ... & Montejo, Á. L. (2020). The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of the telemedicine. *Psychiatry research*, 291, 113252.