



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON  
ANTIPSICÓTICOS: ESTUDIO DE REGISTRO BASADO EN LA  
POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN.**

Ariadna Lancis García

Tutelado por: Eduardo Gutiérrez Abejón

Soria, (26/05/2022)

*“Nuestro trabajo es amortiguar la tristeza y celebrar el deber cada día, mientras solo hacemos nuestro trabajo”, Christine Belle*

## Resumen

### Introducción.

La psicosis afecta al 1,2% de la población, la más frecuente es la esquizofrenia. Esta enfermedad puede producir mala calidad de vida debido a los síntomas que le produce al paciente como alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, apatía...Esta enfermedad puede deberse a factores genéticos, ambientales y de la personalidad.

El tratamiento con antipsicóticos no es curativo, sino que mejora la calidad de vida si se tiene una adecuada adherencia. Se pueden clasificar en típicos o atípicos.

### Objetivos.

- El objetivo principal de este estudio es analizar la prevalencia en Castilla y León de los pacientes no adherentes al tratamiento con antipsicóticos, así como conocer el grado de adherencia y los principales factores que influyen en la falta de adherencia.
- Determinar el uso de los diferentes fármacos antipsicóticos en Castilla y León
- Conocer la adherencia terapéutica en personas con tratamiento de antipsicóticos.

### Metodología

Se ha realizado un estudio de registro epidemiológico basado en la población de Castilla y León en 2021 siguiendo las recomendaciones para la elaboración de estudios observacionales: STROBE y RECORD para conseguir datos reales sobre el tema estudiado.

### Resultados.

En el año 2021, se dispensaron un total de 767.152 envases de antipsicóticos al 4,25% de la población de Castilla y León.

La adherencia media fue del  $81,78 \pm 22,08$  %, siendo mayor en hombres que en mujeres. Además, el grado de adherencia es mayor en pacientes institucionalizados, los que viven en áreas urbanas, con 3 o más prescriptores y los no polimedcados. Conforme aumenta la edad se observa una disminución de la adherencia.

### Conclusión.

El sexo femenino, el consumir antipsicóticos típicos y consumir 5 o más medicamentos al año son factores que favorecen la no adherencia, mientras que la edad, el vivir en una población urbana y, ser paciente institucionalizado son factores protectores frente a la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos.

### Palabras clave.

Antipsicóticos, adherencia, enfermería, prevalencia

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN .....	2
OBJETIVOS.....	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN .....	11
CONCLUSIONES.....	13
BIBLIOGRAFÍA.....	14

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. POBLACIÓN DE CASTILLA EN LEÓN POR RANGO DE EDAD EN EL AÑO 2021. ....	[3]
TABLA 2. ANTIPSICÓTICOS COMERCIALIZADOS Y CON CONSUMO EN CASTILLA Y LEÓN EN 2021. ....	[4]
TABLA 3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ANTIPSICÓTICOS EN CASTILLA Y LEÓN EN EL AÑO 2021 (%). [8]	[8]
TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN QUE ESTÁN EN TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS (2021). ....	[8]
TABLA 5. GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN EN EL AÑO 2021 (MEDIA±DE).....	[10]
TABLA 6. PREVALENCIA DE PACIENTES NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN CASTILLA Y LEÓN (2021).....	[10]

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

FIGURA 1. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ANTIPSICÓTICOS EN CASTILLA Y LEÓN POR RANGO DE EDAD (2021) .....	[7]
FIGURA 2. GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS POR RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN (2021). ....	[9]
FIGURA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FARMACOLÓGICAS QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN PACIENTES DE CASTILLA Y LEÓN (2021). ....	[11]

## Introducción

La psicosis afecta al 1,2% de la población dentro de ella destaca en su gran mayoría la esquizofrenia siendo estos los mayores consumidores de psicofármacos. (Félix Miguel García, María Cruz Calvo Reyes, 2020)

El término esquizofrenia proviene del griego, *esquizo* (escindir) y *frenia* (mente): una mente escindida de la realidad, viviendo un mundo diferente al resto de la gente. (German Abeleira, 2012)

El concepto de esquizofrenia ha sufrido muchos cambios a lo largo de la historia, y no es hasta el siglo XIX, con el nacimiento de la psiquiatría moderna en Alemania, cuando la esquizofrenia dejó de relacionarse con los castigos divinos y las personas endemoniadas. (German Abeleira, 2012)

Uno de los primeros en definir la esquizofrenia fue Morel, que afirmó que se trataba de una “*demencia precoz*” asociada al deterioro de la vida social en la adolescencia con alteraciones del mundo que rodea al individuo. Posteriormente, Kraepelin determinó que se trataba de una demencia de inicio temprano que avanzaba hasta alcanzar un deterioro, pero sin desarrollar psicosis manícodepresiva, clasificándola en: catatónica, paranoide y hebefrénica. En 1911, Bleuler afirmó que las definiciones anteriores eran inexactas ya que no todos los pacientes desarrollaban un deterioro. (German Abeleira, 2012)

En la actualidad, el manual de diagnóstico de la *American Psychiatric Association* define la esquizofrenia como un trastorno psicótico, clasificándola en: paranoide, catatónica, desorganizada, indiferenciada y residual. (German Abeleira, 2012)

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por distorsiones del pensamiento, la percepción y del afecto, sin afectación de la consciencia ni de las capacidades intelectuales (Félix Miguel García, María Cruz Calvo Reyes, 2020). Presenta una serie de síntomas que se clasifican en positivos (alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico) y en negativos (embotamiento afectivo, alogia, apatía y anhedonia) (Colomer, 2006)

Se ha observado que la esquizofrenia suele aparecer en edades tempranas y puede estar influenciada por factores genéticos, factores ambientales (crianza, entorno...) y factores de personalidad (disminución de las habilidades sociales...). (German Abeleira, 2012)

La prevalencia de esta enfermedad en España es mayor en hombres (4,5 ‰) que en mujeres (2,9 ‰), aunque a partir de los 65 años deja de haber diferencias. Además, se ha observado una mayor afectación en la población con rentas más bajas. (Félix Miguel García, María Cruz Calvo Reyes, 2020)

Los fármacos usados en el tratamiento de esta enfermedad mental no son curativos, sino que atenúan sus efectos, evitando así recaídas e ingresos en el hospital. Los fármacos antipsicóticos van a actuar sobre receptores de dopamina (antagonistas o agonistas parciales), aunque la mayoría pueden bloquear también otros receptores como por ejemplo la serotonina. Los antipsicóticos se van a dividir en típicos o de primera generación, y en atípicos o de segunda generación. Los antipsicóticos atípicos (clorpromacina, haloperidol, flufenacina...), son bastante

efectivos para el tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque presentan muchos efectos secundarios, sobre todo de tipo extrapiramidal (disonías agudas, discinesias tardías...). Por otra parte, los antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, sertindol, quetiapina...), desarrollados a partir de 1990, son más efectivos que los típicos, especialmente en el tratamiento de las alucinaciones y delirios, y algo menos en la falta de motivación y en la expresividad emocional. La principal ventaja de los antipsicóticos atípicos sobre los típicos es que producen menos efectos adversos extrapiramidales. (Gómez, 2006)

La enfermería juega un papel muy importante en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, ya que interviene en la educación para la prevención de recaídas y proporciona los cuidados de calidad que necesitan durante sus estancias en los hospitales, y forma parte de un equipo multidisciplinario para reintegrar al paciente en la sociedad.(Sarahy & Guerrero, 2018)

Estos pacientes presentan algunas dificultades con la adherencia al tratamiento debido al deterioro que les provoca la enfermedad, la dificultad en el seguimiento clínico, los efectos secundarios que provocan los fármacos, la cronicidad del tratamiento, el estigma de la esquizofrenia... (Giner et al., 2006)

En este sentido, en varios estudios se ha observado que las tasas de adherencia parcial o no adherencia al tratamiento en estos pacientes es del 40-50% (Velligan, Sajatovic, Hatch, Kramata, & Docherty, 2017). Con el objetivo de mejorar estos resultados, mediante la educación de la salud que proporciona enfermería, se puede conseguir una adecuada adherencia al tratamiento mediante estrategias educativas, conductuales, apoyo social/familiar, así como a través de la combinación de diferentes técnicas (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009)

## **Justificación**

El principal motivo para la realización de este estudio sobre el grado de adherencia y la prevalencia de pacientes no adherentes en tratamiento con antipsicóticos, que suponemos, que en su mayor parte sufre de esquizofrenia, ha sido tanto las experiencias vividas a lo largo de las prácticas de enfermería, sobre todo en el centro de salud, como la prevalencia y los problemas de adherencia subsecuentes a este tipo de pacientes.

El valor de este estudio se basa en la importancia de la adherencia en las enfermedades mentales para poder llevar de una forma adecuada su enfermedad, ya que la no adherencia puede tener graves consecuencias tanto clínicas, económicas y sociales.

Con este estudio vamos a poder observar si el grado de adherencia en los pacientes que toman antipsicóticos en Castilla y León es bueno, además de los factores que pueden afectar negativamente y los que la protegen.

## Objetivos

### Objetivo general

El objetivo principal de este estudio es analizar la prevalencia en Castilla y León de los pacientes no adherentes al tratamiento con antipsicóticos, así como conocer el grado de adherencia y los principales factores que influyen en la falta de adherencia.

### Objetivos específicos

- Determinar el uso de los diferentes fármacos antipsicóticos en Castilla y León
- Conocer la adherencia terapéutica en personas en tratamiento con antipsicóticos.

## Material y métodos

### 1. Tipo de estudio y ámbito

Se ha realizado un estudio de registro epidemiológico basado en la población, siguiendo las recomendaciones para la elaboración de estudios observacionales: STROBE (del inglés Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) y RECORD (del inglés, REporting od studies Conducted using Observational Routinely-collected Data) para conseguir datos reales sobre el tema estudiado. (Benchimol et al., 2015)

Se han recopilado datos de pacientes de Castilla y León con prescripción de, al menos, un antipsicótico en el año 2021.

### 2. Población

Se ha incluido en el estudio la población con tarjeta sanitaria de Castilla y León y que por tanto pertenecen al sistema nacional de salud en el año 2021, tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Población de Castilla en León por rango de edad en el año 2021.

Rango de edad	Hombre	Mujer	Total
0-4	36.538	34.757	71.295
5-9	46.041	43.066	89.107
10-14	51.830	48.839	100.669
15-19	51.800	50.296	102.096
20-24	53.699	52.668	106.367
25-29	55.719	53.759	109.478
30-34	60.054	58.381	118.435
35-39	69.603	68.574	138.177
40-44	85.234	83.432	168.666
45-49	91.843	90.237	182.080
50-54	91.780	91.206	182.986

<b>Rango de edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
55-59	91.833	91.341	183.174
60-64	87.136	86.013	173.149
65-69	73.085	73.063	146.148
70-74	62.495	66.565	129.060
75-79	51.599	60.569	112.168
80-84	34.932	47.986	82.918
85-89	28.850	48.397	77.247
≥ 90	16.784	37.416	54.200
<b>Total</b>	<b>1.140.855</b>	<b>1.186.565</b>	<b>2.327.420</b>

### 3. Medicamentos

Se han seleccionado los medicamentos antipsicóticos (típicos y atípicos) comercializados en España y que han tenido consumo en Castilla y León en 2021 (Tabla 2). Para la identificación de los medicamentos se ha utilizado la clasificación ATC (Anatomical – Therapeutic – Chemistry) (“WHOCC - ATC/DDD Index,” 2022)

Tabla 2. Antipsicóticos comercializados y con consumo en Castilla y León en 2021.

<b>Tipo</b>	<b>Código ATC</b>	<b>Principio Activo</b>	
Atípico	N05AE03	Sertindol	
	N05AE04	Ziprasidona	
	N05AE05	Lurasidona	
	N05AH02	Clozapina	
	N05AH03	Olanzapina	
	N05AH04	Quetiapina	
	N05AH05	Asanepina	
	N05AL03	Tiaprida	
	N05AL05	Amilsuprida	
	N05AX08	Risperidona	
	N05AX12	Aripiprazol	
	N05AX13	Paliperidona	
	N05AX15	Cariprazina	
	Típico	N05AA01	Clorpromazina
		N05AA02	Levopromazina
N05AB02		Flufenazina	
N05AB03		Perfenazina	
N05AC01		Periciazina	
N05AD01		Haloperidol	
N05AF05		Zuclopentixol	
N05AG02		Pimozida	
N05AH06		Clotiapina	
N05AL01		Sulpirida	
N05AN01	Litio		

#### 4. Fuente de información

La fuente utilizada para la recopilación de datos ha sido CONCYLIA<sup>1</sup>, que es el sistema de información de Castilla y León para la gestión de la prestación farmacéutica, incluyendo todas las dispensaciones realizadas a través de las oficinas de farmacia de los medicamentos reembolsados por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Se ha asumido que la dispensación equivale a la utilización y esa dispensación se considera una aproximación al consumo total, ya que el 98% de la población de Castilla y León consumen a través de la receta médica y están incluidos en el SNS.

Sin embargo, no se ha considerado el consumo en los hospitales, mediante recetas privadas, a través de los regímenes especiales de la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS o MUJEJU), ni el consumo que se haya producido sin receta médica.

Para la identificación de cada paciente se ha escogido el código de identificación del paciente (CIP). Para asegurar la protección de datos, en CONCYLIA se anonimiza dicho código de forma determinística, es decir que sustituye el valor identificador original por un pseudónimo de manera consistente, de forma que el valor original es sustituido por el mismo valor alternativo en todos los casos donde aparece.

El acceso a la información fue autorizado por la Dirección Técnica de Prestación Farmacéutica de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, y el Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Área de Valladolid Este aprobó el protocolo de estudio el 21 de abril de 2022 (referencia número PI 22-2698).

#### 5. Variables

Las variables primarias han sido las siguientes: prevalencia de pacientes en tratamiento con antipsicóticos, principios activos consumidos, número de envases, grado de adherencia y adherencia media.

- Nº de envases: se refiere al número de envases de medicamentos dispensados y facturados por la farmacia.
- Grado de adherencia: porcentaje de envases retirados de la farmacia en función de los envases que corresponden según la posología recetada. Se calcula para cada una de las prescripciones, por lo que está dirigido a principio activo. Se ha considerado que un paciente es adherente al tratamiento con antipsicóticos cuando su grado de adherencia es a partir del 80%.

---

<sup>1</sup> CONCYLIA. Sistema de información de Farmacia. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid, España: Junta de Castilla y León.  
<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/indicadores-informes/concylia>.

- Adherencia media: promedio del grado de adherencia de cada paciente. No se incluyen la pauta “a demanda”, las prescripciones con duración inferior a 3 meses, los valores nulos y los superiores al 200%.

Por otro lado, las variables secundarias han sido: edad, sexo, tipo de población (rural o urbana), institucionalización, número de prescriptores y polimedicación (5 o más medicamentos diferentes administrados por vía oral, inhalatoria, IM o transdérmica)

## 6. Análisis estadístico

Tras extraer la información de CONCYLIA, se han calculado los parámetros correspondientes a las variables anteriormente descritas, utilizando para el análisis estadístico de los datos el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 24.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA). El nivel de significación estadística se ha establecido en  $p \leq 0,05$ .

Para la realización de todos los análisis se ha tenido en cuenta la distribución de la población por sexo y grupos de edad.

Los resultados se expresarán mediante porcentajes acompañados por sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%), o mediante medias acompañadas por la desviación estándar ( $\pm$ DE).

Debido al elevado tamaño de la muestra, se ha asumido que la población presenta una distribución normal, que se ha comprobado a través de los Test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilks. Las comparaciones entre dos grupos se han realizado utilizando el Test T de Student en el caso de variables continuas, y para las variables categóricas el test de Chi cuadrado de Pearson.

Para la identificación de predictores de la “no adherencia” al plan terapéutico se ha utilizado un modelo de regresión logística multivariante, condicional y hacia adelante. Los resultados se han expresado en términos de Odds Ratio (AOR) ajustados y sus IC 95%. En el modelo se han incluido variables sociodemográficas, tales como el sexo, la edad, paciente institucionalizado (si/no), tipo de población (rural/urbana), y variables de salud, tales como paciente polimedicado (si/no), número de prescriptores y tipo de antipsicóticos consumido (típicos/atípicos).

## **Resultados**

En el año 2021, se dispensaron un total de 767.152 envases de antipsicóticos al 4,25% de la población de Castilla y León, que utilizó una media de  $1,21 \pm 0,55$  antipsicóticos diferentes, siendo mayor el consumo en mujeres que en hombres (5,08% vs. 3,38%;  $p=0,001$ ). La prevalencia del consumo se fue incrementado con la edad hasta un máximo del 19,01% en el grupo de edad de 90 y más años (Figura 1). Por tipo de antipsicótico, los consumos fueron similares, con un 2,32% de la población en el caso de los típicos y un 2,2% en el caso de los atípicos, siendo en ambos casos el consumo mayor en mujeres que en hombres ( $p=0,001$ ). El

antipsicótico típico más consumido fue la sulpirida (1,69%), seguida del haloperidol (0,38%) y, en cuanto a los atípicos, el más consumido fue la quetiapina (1,03%), seguido de la risperidona (0,43%) y olanzapina (0,43%) (Tabla 3).

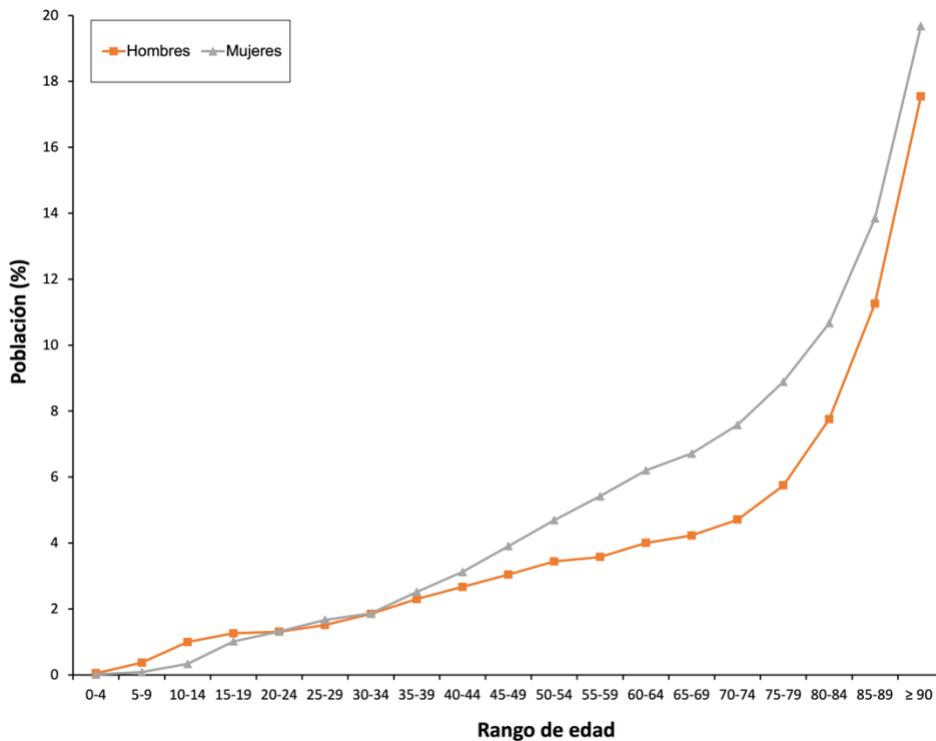


Figura 1. Prevalencia de consumo de antipsicóticos en Castilla y León por rango de edad (2021)

En cuanto a las características sociodemográficas de la población de Castilla y León que consumió antipsicóticos en el año 2021, el 61,04% eran mujeres, la edad media se situó en los  $65,08 \pm 19,88$  años, el 14,09% eran pacientes institucionalizados, y el 59,2% residían en áreas urbanas (Tabla 4).

Por otra parte, en cuanto a las características farmacológicas, el 74,27% de los pacientes eran polimedicados, y el 59,06% tuvieron 3 o más prescriptores diferentes a lo largo del año. Por otra parte, el 54,64% consumieron antipsicóticos típicos y el 51,88% antipsicóticos atípicos, por lo que algunos pacientes consumieron a la vez antipsicóticos de ambos tipos (Tabla 4).

En el año 2021 el grado de adherencia medio a antipsicóticos fue del  $81,78 \pm 22,08$  %, siendo más elevado en hombres que en mujeres ( $83,63 \pm 20,01$  % vs.  $80,37 \pm 23,46$  %;  $p=0,001$ ), además experimentó diversas fluctuaciones a alta y a la baja según el rango de edad de los pacientes (Figura 2).

Tabla 3. Prevalencia del consumo de antipsicóticos en Castilla y León en el año 2021 (%).

Tipo	Código ATC	Principio Activo	Hombre	Mujer	Total	p	
Atípicos	N05AH04	QUETIAPINA	0,89 (0,79 - 0,98)	1,17 (1,06 - 1,28)	1,03 (0,93 - 1,13)	0,001	
	N05AX08	RISPERIDONA	0,45 (0,38 - 0,52)	0,41 (0,35 - 0,48)	0,43 (0,37 - 0,5)	0,042	
	N05AH03	OLANZAPINA	0,47 (0,41 - 0,54)	0,39 (0,33 - 0,45)	0,43 (0,37 - 0,5)	0,001	
	N05AX12	ARIPIRAZOL	0,34 (0,28 - 0,4)	0,37 (0,31 - 0,43)	0,36 (0,3 - 0,42)	0,045	
	N05AX13	PALIPERIDONA	0,26 (0,21 - 0,31)	0,14 (0,1 - 0,18)	0,2 (0,16 - 0,25)	0,001	
	N05AL03	TIAPRIDA	0,13 (0,09 - 0,17)	0,1 (0,07 - 0,14)	0,12 (0,08 - 0,15)	0,001	
	N05AH02	CLOZAPINA	0,07 (0,04 - 0,09)	0,04 (0,02 - 0,06)	0,05 (0,03 - 0,08)	0,001	
	N05AL05	AMISULPRIDA	0,04 (0,02 - 0,06)	0,03 (0,01 - 0,04)	0,03 (0,02 - 0,05)	0,001	
	N05AE05	LURASIDONA	0,03 (0,01 - 0,04)	0,03 (0,01 - 0,04)	0,03 (0,01 - 0,04)	0,678	
	N05AX15	CARIPRAZINA	0,02 (0,01 - 0,04)	0,02 (0,01 - 0,03)	0,02 (0,01 - 0,04)	0,573	
	N05AH05	ASENAPINA	0,01 (0 - 0,03)	0,02 (0,01 - 0,03)	0,02 (0 - 0,03)	0,087	
	N05AE04	ZIPRASIDONA	0,01 (0 - 0,02)	0,01 (0 - 0,02)	0,01 (0 - 0,02)	0,784	
	N05AE03	SERTINDOL	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0,875	
<b>Total Antipsicóticos Atípicos</b>			<b>2,13 (2,1 - 2,16)</b>	<b>2,27 (2,25 - 2,3)</b>	<b>2,2 (2,18 - 2,22)</b>	<b>0,001</b>	
Típicos	N05AL01	SULPIRIDA	0,93 (0,84 - 1,03)	2,41 (2,26 - 2,56)	1,69 (1,56 - 1,81)	0,001	
	N05AD01	HALOPERIDOL	0,32 (0,27 - 0,38)	0,44 (0,38 - 0,51)	0,38 (0,32 - 0,45)	0,001	
	N05AN01	LITIO	0,09 (0,06 - 0,12)	0,12 (0,08 - 0,15)	0,1 (0,07 - 0,14)	0,001	
	N05AA02	LEVOMEPRMAZINA	0,1 (0,07 - 0,13)	0,09 (0,06 - 0,12)	0,1 (0,07 - 0,13)	0,054	
	N05AH06	CLOTIAPINA	0,06 (0,03 - 0,08)	0,04 (0,02 - 0,06)	0,05 (0,03 - 0,07)	0,001	
	N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	0,03 (0,01 - 0,05)	0,02 (0,01 - 0,03)	0,02 (0,01 - 0,04)	0,085	
	N05AA01	CLORPROMAZINA	0,03 (0,01 - 0,04)	0,01 (0 - 0,02)	0,02 (0,01 - 0,03)	0,039	
	N05AG02	PIMOZIDA	0,01 (0 - 0,02)	0,01 (0 - 0,01)	0,01 (0 - 0,02)	0,521	
	N05AC01	PERICIAZINA	0,01 (0 - 0,01)	0 (0 - 0,01)	0 (0 - 0,01)	0,789	
	N05AB03	PERFENAZINA	0 (0 - 0,01)	0 (0 - 0,01)	0 (0 - 0,01)	0,873	
	N05AB02	FLUFENAZINA	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0,932	
	<b>Total Antipsicóticos Típicos</b>			<b>1,52 (1,49 - 1,54)</b>	<b>3,09 (3,06 - 3,13)</b>	<b>2,32 (2,3 - 2,34)</b>	<b>0,001</b>
	<b>Total Antipsicóticos</b>			<b>3,38 (3,34 - 3,41)</b>	<b>5,08 (5,04 - 5,12)</b>	<b>4,25 (4,22 - 4,27)</b>	<b>0,001</b>

Tabla 4. Características de la población de Castilla y León que están en tratamiento con antipsicóticos (2021).

N		TOTAL	HOMBRE	MUJER	p
		98843	38512	60331	
<b>Características sociodemográficas</b>					
	Edad (Media±DE)	65,08±19,88	61,63±20,57	67,28±19,1	0,001
Grupos de edad (IC 95%)	0 - 17	1,6 (1,52 - 1,68)	2,84 (2,68 - 3,01)	1,27 (1,18 - 1,36)	0,001
	18 - 64	45,37 (45,06 - 45,68)	50,68 (50,18 - 51,18)	65,75 (65,37 - 66,13)	0,001
	65 - 79	24,62 (24,35 - 24,89)	23,36 (22,93 - 23,78)	39,82 (39,43 - 40,21)	0,001
	≥ 80	28,41 (28,13 - 28,69)	23,12 (22,7 - 23,54)	49,81 (49,41 - 50,21)	0,001
	Pacientes en residencia (IC 95%)	14,09 (13,87 - 14,31)	14,48 (14,12 - 14,83)	13,85 (13,57 - 14,12)	0,005
	Pacientes urbanos (IC 95%)	59,02 (58,72 - 59,33)	58,35 (57,85 - 58,84)	59,45 (59,06 - 59,85)	0,018
<b>Tratamiento farmacológico</b>					
	<i>Prescripción (IC 95%)</i>				
	Polimedicaado (≥ 5 medicamentos)	74,27 (74 - 74,54)	68,5 (68,03 - 68,96)	77,95 (77,62 - 78,28)	0,001
Nivel de polimedicaación	6 - 10 medicamentos	35,34 (35,04 - 35,64)	13,48 (13,14 - 13,83)	35,81 (35,42 - 36,19)	0,001
	11 - 15 medicamentos	23,67 (23,4 - 23,93)	8,06 (7,78 - 8,33)	25,58 (25,23 - 25,93)	0,001
	> 15 medicamentos	15,26 (15,04 - 15,49)	5,15 (4,93 - 5,37)	16,57 (16,27 - 16,87)	0,001
	Múltiples prescriptores (≥ 3 por año)	59,06 (58,76 - 59,37)	57,47 (56,97 - 57,96)	60,08 (59,69 - 60,47)	0,001
	<i>Utilización de antipsicóticos (IC 95%)</i>				
	Antipsicóticos típicos	54,64 (54,33 - 54,95)	44,91 (44,41 - 45,4)	60,85 (60,46 - 61,24)	0,001
	Antipsicóticos atípicos	51,88 (51,56 - 52,19)	63,1 (62,62 - 63,58)	44,71 (44,31 - 45,11)	0,001

Abreviaturas: DE, Desviación Estándar, IC 95%, intervalo de confianza

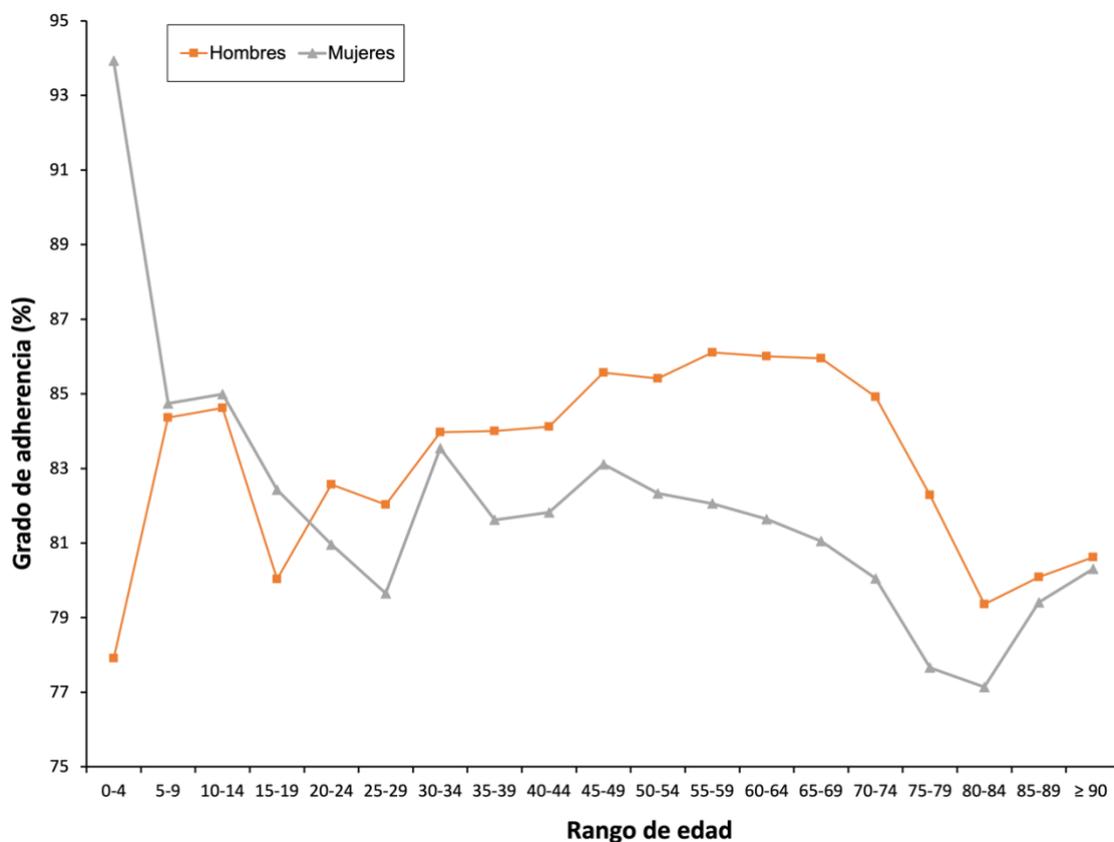


Figura 2. Grado de adherencia al tratamiento con antipsicóticos por rango de edad de la población de Castilla y León (2021).

Además, el grado de adherencia fue mayor en pacientes institucionalizados ( $83,49 \pm 18,79$  %), en aquellos que vivían en áreas urbanas ( $82,16 \pm 21,78$  %), con 3 o más prescriptores diferentes a lo largo del año ( $82,02 \pm 21,55$  %), y en los pacientes no polimedcados ( $82,72 \pm 21,34$  %). Según se incrementa el rango de edad, se observa una disminución de la adherencia en relación con todas las características estudiadas (Tabla 5).

En relación con ello, el 18,02% de la población que consumió antipsicóticos en Castilla y León fue considerada como no adherente al tratamiento prescrito. Además, se ha observado un mayor porcentaje de no prevalencia en hombres (18,53%), en pacientes no institucionalizados (18,4%) y en pacientes que vivían en población urbana (25,38%). En cuanto a las características asociadas al tratamiento farmacológico, hay una mayor prevalencia de no adherencia entre los pacientes que hayan tenido 3 o más prescriptores a lo largo del año (18,31%) y en pacientes polimedcados (19,1%). En cuanto al tipo de antipsicóticos, se ha observado una mayor prevalencia de no adherencia en los pacientes que consumieron antipsicóticos típicos (22%) que en los atípicos (15,36%) ( $p=0,001$ ) (Tabla 6).

Por último, en cuanto a los resultados de la regresión logística multivariante, se ha observado que el sexo femenino (AOR: 1,35), el consumir antipsicóticos típicos (AOR: 4,22) y consumir 5 o más medicamentos al año (AOR: 1,11) son factores que favorecen la no adherencia, mientras que la edad (AOR:0,99), el vivir en una población urbana (AOR: 0,92) y, ser paciente

institucionalizado (AOR: 0,89) son factores protectores frente a la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos.

Tabla 5. Grado de adherencia al tratamiento con antipsicóticos en la población de Castilla y León en el año 2021 (Media±DE).

	Rango de edad				TOTAL
	0 - 17	18 - 64	65 - 79	>=80	
<b>Sexo</b>					
Hombre	83,29±18,34	84,95±18,74	84,41±20,7	80,06±21,81	83,63±20,01
Mujer	83,17±18,58	82,07±22,87	79,51±25,45	79,25±22,77	80,37±23,46
	p=0,922	p=0,001	p=0,001	p=0,021	p=0,001
<b>Paciente institucionalizados</b>					
Si	89,97±4,52	87,71±15,2	87,17±15,54	81,04±20,26	83,49±18,79
No	83,23±18,43	83,2±21,25	80,17±25,12	78,53±23,72	81,34±22,84
	p=0,465	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p=0,001
<b>Paciente en población urbana</b>					
Si	82,78±18,61	83,83±20,4	81,59±23,68	79,63±22,54	82,16±21,78
No	84,44±17,95	83,13±21,7	81,39±23,85	79,38±22,41	81,23±22,52
	p=0,182	p=0,014	p=0,649	p=0,462	p=0,001
<b>Múltiples prescriptores</b>					
≥ 3	84,76±16,87	83,79±20,3	81,76±23,08	79,84±22,02	82,02±21,55
< 3	80,88±20,39	83,3±21,59	81,12±24,73	78,95±23,21	81,43±22,88
	p=0,001	p=0,073	p=0,142	p=0,011	p=0,002
<b>Paciente polimedicado</b>					
≥ 5 medicamentos	85,59±16,76	83,54±21,02	81,25±23,85	79,66±22,39	81,52±22,29
< 5 medicamentos	82,02±19,11	83,68±20,5	82,79±23,19	77,88±23,3	82,72±21,34
	p=0,002	p=0,627	p=0,006	p=0,004	p=0,001

Abreviaturas: DE, Desviación Estándar

Tabla 6. Prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento con antipsicóticos en Castilla y León (2021).

	Población (IC 95%)		
<b>TOTAL</b>	18,02 (17,78 - 18,26)		
<b>Características sociodemográficas</b>			
Sexo (Hombre/Mujer)	18,53 (18,29 - 18,77)	/ 17,7 (17,46 - 17,94)	p=0,001
Pacientes en residencia (Si/No)	18,02 (17,78 - 18,26)	/ 18,4 (18,15 - 18,64)	p=0,001
Pacientes urbanos (Si/No)	25,38 (25,11 - 25,65)	/ 16,82 (16,58 - 17,05)	p=0,001
<b>Tratamiento farmacológico</b>			
<i>Prescripción</i>			
Múltiples prescriptores (≥ 3 / < 3)	18,31 (18,07 - 18,56)	/ 17,6 (17,36 - 17,84)	p=0,126
Polimedicación (≥ 5 / < 5)	19,1 (18,86 - 19,35)	/ 14,91 (14,68 - 15,13)	p=0,001
<i>Utilización de antipsicóticos</i>			
Antipsicóticos típicos	22 (21,75 - 22,26)		p=0,001
Antipsicóticos atípicos	15,36 (15,13 - 15,58)		

Abreviaturas: IC 95%, intervalo de confianza

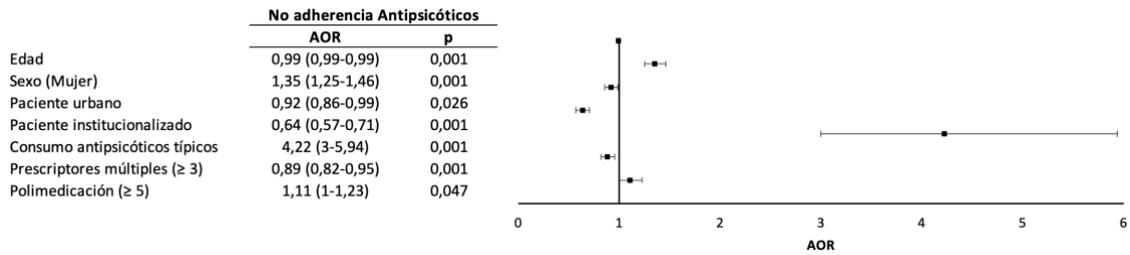


Figura 3. Características sociodemográficas y farmacológicas que influyen en la no adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes de Castilla y León (2021).

## Discusión

La adherencia terapéutica depende de muchos factores, en este caso se han estudiado en la población de Castilla y León: edad, sexo, paciente institucionalizado, población urbana, múltiples prescriptores, paciente polimedicado y tipo de antipsicótico que toman.

En los resultados obtenidos en cuanto a la adherencia, según la edad muestran que entre los 30 y los 69 años son más adherentes al tratamiento, no obstante, en edad más avanzada va siendo menor, al igual que en un estudio realizado en Etiopía donde se muestra que en el rango de mayor edad del estudio la adherencia disminuye. (Eticha, Teklu, Ali, Solomon, & Alemayehu, 2015). Sin embargo, en varios estudios podemos observar que la adherencia es mayor en personas con más edad. En uno de ellos realizado en una consulta de psiquiatría en el Hospital Víctor Larco Herrera en Perú se llegó a la conclusión de que la edad más adherente entre su población son los 38 años, en los 32 hay una adherencia media mientras que en los 31 es inadecuada, asimismo, en un artículo de revisión el factor joven se asocia a una mala adherencia a la medicación. (Carpio Ramirez, 2018; Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018)

Teniendo en cuenta el sexo de la población, se comprueba al igual que en otros estudios, (Carpio Ramirez, 2018; Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganoczy, & Ignacio, 2006) que la adherencia es mayor en hombres que en mujeres, no obstante, en la investigación realizada en Etiopía se ve lo contrario (Eticha et al., 2015), sin embargo la diferencia de adherencia entre un sexo y el otro es mínima, por lo que se podría llegar a la conclusión de que el sexo en este caso no es significativo a la hora de la adherencia terapéutica. No obstante, nuestros resultados si que han mostrado diferencias en cuanto al sexo.

En cuanto a vivir en un medio rural o urbano, podemos decir que la adherencia es mayor en las ciudades al igual que se refleja en un estudio de investigación realizado en Perú donde la diferencia de adherencia en ambos medios es más notable. (Barreto López, 2017)

Los antipsicóticos se clasifican en típicos y atípicos, y se ha demostrado que la adherencia a los antipsicóticos es mayor en los atípicos debido a los efectos secundarios que producen los típicos, sobre todo los de tipo extrapiramidal como temblores, distonía, discinesia, acatisia... (Ascher-svanum et al., 2008; Vassileva et al., 2014), tal y como se ha podido observar en nuestro estudio.

Otros factores que pueden influir en la adherencia terapéutica son los pacientes institucionalizados, que cumplen mejor el tratamiento debido a la atención de los profesionales sanitarios, y por otro lado tener múltiples prescriptores influye de forma negativa a la adherencia terapéutica, complicando así su correcto consumo.

En otras investigaciones se ha demostrado que un tratamiento crónico y complejo con varios fármacos, como ocurre con los antipsicóticos favorece la no adherencia (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018), como se ha podido demostrar en este estudio.

Una buena adherencia al tratamiento en las enfermedades mentales es muy importante, ya que si no se cumple con el tratamiento prescrito se pueden provocar recaídas, ingresos en el hospital e incluso intentos de suicidio. (Higashi et al., 2013)

No hay ningún método universal para poder mejorar la adherencia en todos los pacientes, va a depender de muchos condicionantes, como puede ser la patología, el medio donde vivan o factores personales. (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018)

Algunos estudios afirman que los pacientes que obtuvieron una correcta psicoeducación aumentaban sus posibilidades en cuanto a mantener en el tiempo un correcto tratamiento frente a los que no lo recibían. (González, Cuixart, & Manteca, 2005)

La enfermería ocupa un lugar muy importante en la adherencia terapéutica ya que podemos realizar una adecuada educación para la salud encontrando cual es el motivo para que el paciente abandone su tratamiento y ponerle solución, así aumentaremos la calidad de vida de las personas que toman antipsicóticos. Para ello el equipo profesional de enfermería puede usar diferentes tipos de estrategias:

- Intervenciones técnicas: van dirigidas a simplificar el tratamiento, como pueden ser los sistemas de recordatorio tanto digitales como alarmas, aplicaciones para el móvil, envases que incorporan una alarma o métodos convencionales como tablas simplificadas y visuales o pastilleros.
- Conductuales: tratan de cambiar o reforzar la conducta del paciente en relación con el tratamiento. Una de las maneras puede ser la entrevista motivadora hacia el paciente. Para conseguir el cambio por medio de la entrevista, se pueden descubrir que barreras y dudas tiene acerca de la medicación pudiendo pactar una alianza terapéutica. Es muy importante la relación de confianza entre el paciente y el profesional de enfermería para ello se debe de formar un clima adecuado a través de una actitud colaboradora y autoritaria.
- Intervenciones educativas: proporcionando al paciente información escrita, oral, digital... sobre la enfermedad que padecen y la importancia de seguir adecuadamente el tratamiento pautado por su médico. Se pueden crear programas de "Paciente experto" donde personas con la misma patología transmiten conocimiento sobre la misma, ya que ellos viven de primera mano la enfermedad además de compartir experiencias y consejos. (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018)

Cabe destacar la necesidad de la formación del personal sanitario en educación para la salud para conseguir una adherencia correcta debido a los riesgos que puede tener la no

adherencia para los pacientes. Estas personas deben de ser conscientes de la importancia que tiene la toma correcta de su tratamiento y la conciencia de la necesidad de este.

Si conseguimos que el paciente sea consciente y conozca la enfermedad que padece y aprenda la forma correcta del consumo del tratamiento prescrito conseguiremos una adherencia adecuada, evitando los efectos negativos que pueden afectar tanto al paciente como a la sociedad.

Por último, este estudio tiene algunas limitaciones que tiene que ser mencionadas. La primera es que los antipsicóticos dispensados en la oficina de farmacia no tienen por qué haber sido consumidos por el paciente, no obstante, se considera que esta forma de medir la adherencia es válida ya que ha sido utilizada en otros estudios similares. La segunda es que en la base de datos de CONCYLIA no se tiene en cuenta el consumo en hospitales, en el ámbito privado, ni la venta sin receta, sin embargo, no se considera un aspecto limitante, ya que los antipsicóticos son medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud y de receta médica obligatoria y mayor parte de la población de Castilla y León se encuentra incluida en la Tarjeta Sanitaria de la Comunidad.

## **Conclusiones**

En 2021 la adherencia media de los pacientes que consumieron antipsicóticos fue del  $81,78 \pm 22,08\%$ . Se ha visto que la adherencia es mayor en hombres que en mujeres. Por otro lado, se pueden observar fluctuaciones según el rango de edad.

Además, el grado de adherencia también es mayor en pacientes que están institucionalizados, los que viven en las áreas urbanas, los que tienen 3 o más prescriptores durante un año y en pacientes polimedicados.

También se ha demostrado que conforme aumenta la edad la adherencia disminuye.

Finalmente, se puede concluir que el 18,02% de la población que consume los antipsicóticos no es adherente al tratamiento.

## Bibliografía

- Ascher-svanum, H., Lacro, J. P., Dolder, C. R., & Peng, X. (2008). *Adherencia y persistencia a antipsicóticos típicos y atípicos en el tratamiento naturalista de pacientes con esquizofrenia*. 67–78.
- Barreto López, R. (2017). Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia. *Tesis*.
- Benchimol, E. I., Smeeth, L., Guttman, A., Harron, K., Moher, D., Peteresen, I., ... Langan, S. M. (2015). The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. *PLoS Medicine*, 12(10), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885>
- Carpio Ramirez, yearim berger. (2018). Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del servicio de psiquiatría del hospital honorio delgado espinosa durante el año 2017. *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*, 1-58 [visto25.05.2020]. Retrieved from <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6521>
- Colomer, M. C. (2006). *Esquizofrenia*. 25, 122–124.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. *Atencion Primaria*, 41(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., & Alemayehu, A. (2015). *Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia*. 1–11. <https://doi.org/10.1371/revista>.
- Félix Miguel García, María Cruz Calvo Reyes, I. R. C. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. BDCAP-Series 2. *BDCAP-Serie 2*, 76. Retrieved from [https://cpage.mpr.gob.es/%0Ahttps://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://cpage.mpr.gob.es/%0Ahttps://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- German Abeleira, P. (2012). Esquizofrenia. *Universidad de Salamanca*. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v2i2.59>
- Giner, J., Cañas, F., Olivares, J., Rodríguez, A., Burón, J., Rodríguez-Morales, A., & Roca Bennasar, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6), 386–392.
- Gómez, E. (2006). Farmacoterapia de la esquizofrenia | Farmacia Profesional. *Elsevier*, 73–78. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-farmacoterapia-esquizofrenia-13094212>
- González, J., Cuixart, I., & Manteca, H. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería ...*, 1–9. Retrieved from <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/475>
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & de Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(4), 251–258. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F. C., Ganoczy, D., & Ignacio, R. V. (2006). Treatment adherence with

antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 8(3), 232–241.  
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00314.x>

Sarahy, B., & Guerrero, C. (2018). Enfermería Psiquiátrica: Un pilar en la salud mental. *Cultura Científica y Tecnológica*, 0(65).

Vassileva, I., Milanova, V., & Asan, T. (2014). Predictors of Medication Non-adherence in Bulgarian Outpatients with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 854–861.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-014-9697-8>

Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & 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, 449–468.  
<https://doi.org/10.2147/PPA.S124658>

WHOCC - ATC/DDD Index. (2022). Retrieved May 20, 2022, from [https://www.whooc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whooc.no/atc_ddd_index/)