



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

# **AHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA**

**Cristina M<sup>a</sup> García Quesada**

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Centro de Estudios de Postgrado**

**Año Académico 2019-20**

*Tutor del trabajo: María del Carmen Borrás Sansaloni*

## Índice

Resumen.....	3
Palabras Clave .....	3
Abstract .....	4
Keywords .....	4
Introducción .....	5
Modelos teóricos en la adherencia al tratamiento .....	6
Recaídas .....	6
Métodos evaluación del cumplimiento .....	6
Factores condicionantes de una baja adherencia .....	7
Calidad de Vida .....	8
Importancia del terapeuta en la adhesión terapéutica.....	8
Estrategias para mejorar la adherencia.....	9
Objetivos e hipótesis .....	9
Método.....	9
Participantes.....	9
Procedimiento y medidas .....	9
Test de Morisky-Green (Morisky, Green y Levine, 1986) .....	10
Drug Attitude Inventory (DAI o Inventario de Actitudes hacia la Medicación) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983) .....	10
Rating of Medication Influences (ROMI) (Weiden et al., 1994) .....	10
Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Group, T. W., 1998).....	10
Diseño .....	11
Consideraciones éticas .....	11
Resultados.....	11
Estudio descriptivo .....	11
Datos sociodemográficos .....	11
Cumplimiento terapéutico .....	11
Motivos para el cumplimiento .....	12
Motivos para el no cumplimiento.....	12
Calidad de vida general todos los pacientes .....	12
Cumplimiento terapéutico y motivos para el cumplimiento.....	13
Estudio de la Normalidad.....	13

Relación entre cumplimiento terapéutico y motivos para el cumplimiento.....	13
Cumplimiento terapéutico y calidad de vida.....	13
Dirigencias entre hombres y mujeres.....	14
Estudio de la normalidad.....	14
Cumplimiento terapéutico entre ambos grupos.....	14
Diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a motivos para el cumplimiento.....	14
Calidad de vida entre hombres y mujeres.....	15
Discusión y conclusiones. ....	15
Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	17
Referencias.....	19
Anexo.....	23

### Resumen

Los trastornos mentales suponen una problemática debido a la alta prevalencia a nivel mundial, siendo los más frecuentes la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Una de las dificultades más evidentes en el abordaje de estos pacientes es la escasa adherencia terapéutica tanto a nivel farmacológico como psicológico. Con la falta de adherencia terapéutica nos encontramos la dificultad para poder abordar correctamente al paciente, sus recaídas y múltiples ingresos, así como su conciencia de enfermedad. Por lo tanto, aceptar e iniciar el tratamiento tanto psicológico como farmacológico y continuarlo correctamente, acudiendo a citas médicas, evitando conductas de riesgo y siguiendo las pautas de los programas de psicoeducación, es de vital importancia en la mejoría de los pacientes. El objetivo del presente estudio es describir los posibles factores intervinientes en la no-adherencia al tratamiento de pacientes que acuden a Hospital de Día, además, identificar las técnicas de medición y los factores de riesgo que condicionan el cumplimiento, así como el nivel de calidad de vida de los pacientes. La muestra estuvo formada por pacientes que acuden a Hospital de Día de Inca. Se aplicó el cuestionario Morisky-Green y DAI para valorar la adherencia terapéutica de los sujetos, la prueba ROMI para la identificación de factores condicionantes en el cumplimiento y la prueba WQOOL-BREF para valorar el nivel de calidad de vida. Los resultados mostraron una proporción elevada de sujetos con baja adherencia terapéutica, siendo mayor en hombres. En cuanto a los posibles factores condicionantes destacan el beneficio diario percibido, la prevención de recaídas, el miedo a la re-hospitalización, la negación de la enfermedad, los efectos secundarios de los fármacos y la relación positiva con el terapeuta/médico. Destaca la calidad de vida en cuanto a condición física y en relaciones sociales en pacientes adherentes a diferencia de no adherentes. Se pone de manifiesto la necesidad de realizar un estudio a longitudinal de los pacientes durante el paso por la unidad terapéutica, así como la importancia de implementar programas psicosociales y de intervención específicos.

**Palabras clave:** adherencia terapéutica, cumplimiento terapéutico, calidad de vida, recaída, conciencia de enfermedad.

### **Abstract**

Mental disorders can be problematic due to its high prevalence worldwide; the most frequent disorders being depression, schizophrenia and bipolar disorder. One of the many mishaps in the approaches taken with these patients is poor therapeutic adherence both at a pharmacological and psychological level. With the lack of therapeutic adherence, we find the difficulty to be able to correctly approach the patient, noticing their relapses and multiple admissions, as well as their awareness of the disease. Therefore, accepting and starting both psychological and pharmacological treatment and continuing it correctly, attending medical appointments, avoiding risk behaviors and following the guidelines of psychoeducation programs is of vital importance in the improvement of patients. The objective of this piece is to describe the possible factors involved in non-adherence to treatment in patients who attend day hospitals; in addition, to identify the measurement techniques and risk factors that condition compliance, as well as the level of quality life span of patients. The sample consisted of patients attending the Hospital of Inca in the Balearic Islands. The Morisky-Green questionnaire and DAI were applied to assess the therapeutic adherence of the subjects, the ROMI test for the identification of conditioning factors in compliance and the WQOOL\_BREF test to assess the level of quality of life. The results showed a high proportion of subjects with low therapeutic adherence, being higher in men. Regarding the possible conditioning factors, the perceived daily benefit, the prevention of relapses, the fear of re-hospitalization, the denial of the disease, the side effects of the drugs and the positive relationship with the therapist / doctor stands out in particular. The quality of life in terms of physical condition and social relationships are also just as prominent in adherent patients as opposed to non-adherent ones. The need to carry out a longitudinal study of the patients during their visit to the therapeutic unit is highlighted, as well as the importance of implementing specific psychosocial and intervention programs.

**Keywords:** adherence, quality of life, relapse, awareness of disease

### **Introducción**

La adherencia terapéutica consta del comportamiento del paciente hacia el tratamiento. La Organización Mundial de la Salud la define como el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (OMS, 1994).

La no-adherencia hace referencia a la falta de cumplimiento de las directrices terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o no. La decisión por parte del paciente en cuanto al cumplimiento viene determinada principalmente por:

- Prioridad otorgada a la toma de la medicación.
- Percepción de gravedad de la enfermedad.
- Credibilidad en la eficacia de la medicación.
- Aceptación de las pautas y cambios recomendados.

No obstante, se trata de un fenómeno complejo que requiere un abordaje multidimensional que necesita la integración del paciente, médico/terapeuta y sistema de salud (Silva, Galeano y Correa, 2005).

La falta de adherencia al tratamiento sigue siendo un problema de primer orden en lo que respecta a las patologías de salud mental. Aunque las tasas de adherencia son muy variables en función de la patología (Osterberg y Blaschke, 2005), una revisión de diez estudios publicados estima una tasa media del 41,2% (Lacro, Dunnn, Dolder, Leckband y Jeste, 2002).

Este incumplimiento terapéutico impacta directamente en la evolución de los pacientes aumentando el riesgo de recaídas con ingresos hospitalarios (Csernansky y Schuchart, 2002), mayor riesgo de suicidio (Herings y Erkens, 2003), mayores costes sanitarios (Knapp, King, Pugner y Lapuerta, 2004; Svarstad, Shireman y Sweeney, 2001) y disminución de calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares y cuidadores (Hofer, Kemmler, Eder, Edlinger, 2004).

La adherencia al tratamiento de los pacientes con TMG forma parte del proceso de rehabilitación psicosocial de éstos, entendido como un proceso cuya meta es la reinserción en la comunidad del paciente mejorando su funcionamiento psicosocial.

Para ello es necesario detectar aquellas variables que inciden en el paciente afectando a su nivel de calidad de vida.

### **Modelos teóricos en la adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento ha sido analizada desde varias perspectivas en base a los distintos modelos explicativos (Gearing, Mian, 2005). Por un lado mencionaremos el modelo biomédico el cual busca indicadores que pueden causar adherencia y utilizar esta información para conducir al paciente a ella. El modelo conductual/social establece el cumplimiento como una conducta aprendida. Otro modelo explicativo sería el modelo comunicacional que establece el bajo cumplimiento como una consecuencia de la pobre comunicación entre el médico y el paciente. El modelo racional de creencias aplica las creencias del paciente en el área sanitaria. Así, el paciente realiza un balance de los riesgos frente a los beneficios del tratamiento llegando a mejorar su adherencia.

Finalmente, el modelo de sistema autorregulatorio tiene en cuenta los factores cognitivos y de planificación del paciente siendo este capaz de plantear un comportamiento consecuente con su situación.

### **Recaídas**

La falta de adherencia supone un problema importante sobre todo en la agudización de los síntomas, suponiendo recaídas y rehospitalizaciones (Lluch, Fornés, Rodríguez y Giner, 2010).

Existe acuerdo en considerar la gravedad entorno a la problemática de la adherencia terapéutica, su repercusión en las recaída y evolución de los pacientes.

### **Métodos evaluación del cumplimiento**

Para la medición de la adherencia terapéutica pueden utilizarse métodos directos o indirectos. Los métodos directos constan de la medición de concentración de fármaco en el paciente o el recuento administrado directamente observado. Por otro lado, los métodos indirectos están basados en entrevistas clínicas, incluyendo la utilización de cuestionarios, recuento de medicación sobrante, empleo de dispositivos electrónicos o análisis de los registros de dispensación. La elección de un método u otro vendrá condicionada por la enfermedad del paciente y la información que se desea obtener (comportamiento, creencias o factores condicionantes en el cumplimiento, etc.)

Múltiples estudios concluyen que no existe un único método óptimo para la medición de la adherencia, sino que se recomienda la combinación de varias técnicas (Pagés y Valverde, 2018).

El registro de administración de fármacos y la información proporcionada por el paciente parece el método más fiable para la medición de la adherencia terapéutica (Lluch et al., 2010).

**Factores condicionantes de una baja adherencia**

Los factores más investigados en referencia a la adherencia son las creencias y actitudes de los pacientes ante su enfermedad y tratamiento, explicando hasta el 20% de la varianza en el cumplimiento de pacientes (Horne y Weinman, 1999). Además, existen otros factores que influyen en la adherencia al tratamiento y no están relacionados de forma directa con las variables cognitivas (Tabla 1).

Según un estudio realizado por Lluch et al. (2010), la falta de conciencia de enfermedad y el consumo de tóxicos fueron los resultados individuales más relacionados con la falta de cumplimiento. Por otro lado, el plan terapéutico fue considerado el factor menos importante. En referencia al sistema de salud, la falta de continuidad en los dispositivos terapéuticos y recursos, así como la falta de confianza en el personal fueron los condicionantes más destacados. De igual forma, la falta de cuidador o sobrecarga de este se consideró un factor principal en la falta de cumplimiento terapéutico del paciente. Esto último concuerda también con los resultados obtenidos por Caycedo, Herrera, y Jiménez (2011), según los cuales, en un 41% de los casos se encuentra la necesidad de un cuidador como dificultad principal ante la adherencia, en un 23% con las creencias del paciente y en un 11% con los efectos secundarios del medicamento.

Según un estudio realizado por Tharani, Farooq, Saleem y Naveed (2013) se encontraron como principales condicionantes, el bajo nivel educativo, deterioro cognitivo y consumo de sustancias.

Por otro lado, según Saínza et al. (2016), llegaría a triplicarse el riesgo de recaídas, reingresos y falta de adhesión cuando el paciente no presenta apoyo familiar.

Tabla 1. Factores asociados a adherencia a tratamiento

Enfermedad	Medicamentos	Relación médico-paciente	Familia	Adolescencia
Características propias del trastorno	Creencias sobre:	Vinculación	Apoyo familiar	Individuación
Creencias sobre:	• Modo de acción	Relación de cooperación	Cohesión familiar	Autonomía
• Causas	• Efectos adversos	Considerar las creencias del paciente	Calidez parental	Pertenencia grupal
• Gravedad	• “Dependencia”	Toma de decisiones en conjunto	Control parental	Autoestima
• Tratamiento	• Efectividad	Información disponible	Creencias de padres y familiares en relación a la enfermedad y el tratamiento	Regulación emocional
Valoración social	Efectos adversos			Inmadurez cognitiva
Comorbilidades	Latencia de efectividad			

### **Calidad de Vida**

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS, 1994).

Resulta importante y necesario evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes, especialmente en patologías crónicas. El incumplimiento del tratamiento conlleva el fracaso del tratamiento y un declive en la calidad de vida del paciente, impidiendo unos resultados clínicos positivos.

Existen varios modelos explicativos en referencia a la calidad de vida del paciente. Entre ellos destaca el modelo que utiliza medidas basadas en la satisfacción personal del paciente en áreas vitales como familia, relaciones interpersonales, ocio y salud (Argemeyer y Katsching, 1997). Este modelo enfoca la calidad de vida del paciente desde una perspectiva subjetiva.

Por otro lado, encontramos modelos explicativos con medidas más amplias en los que se tienen en consideración factores económicos, empleo, estatus residencial, funcionamiento, además de incluir factores como familia, relaciones, salud, etc. En este caso se tienen en cuenta factores más objetivables del paciente.

### **Importancia del terapeuta en la adhesión terapéutica**

La adhesión terapéutica ha generado una gran controversia dado que algunas investigaciones otorgan un papel pasivo al paciente (Ferrer, 1995). Para superar este hecho, algunos autores defienden que la adhesión depende tanto de la conducta del paciente como de la actuación del profesional (Martín, 2004). Por lo tanto, las instrucciones del médico/terapeuta también son un factor para tener en cuenta en lo que se refiere a adherencia terapéutica en la medida en la que este intenta influir en el paciente.

Algunos estudios en este ámbito hallaron resultados sorprendentes al encontrar un efecto denominado insensibilidad a las contingencias. En estos estudios no existía un programa de reforzamiento en los pacientes, pero ellos mantuvieron su ejecución independientemente de las contingencias (Kaufman, Baron y Kopp, 1966). En este aspecto Ribes (2000) mantiene que la exposición a los reforzadores puede variar la ejecución de los pacientes, aunque se mantengan insensibles a las contingencias.

Otros estudios se centran en el fenómeno de adquisición de respuestas por parte de los pacientes. De esta forma, los pacientes no se comportan de una determinada forma cuando se aplican unas contingencias, pero sí ante la disponibilidad de reforzadores, ante

los cuales la conducta se daba de inmediato (Ayllon y Azrin, 1964; Kaufman y Baron, 1966).

### **Estrategias para mejorar la adherencia**

Las principales estrategias se centran en reforzar las actitudes positivas frente a la medicación, así como acordar con el paciente la importancia de tomar la medicación parecen ser las estrategias mejor acogidas por los pacientes (Lluch et al.,2010). Se trata de intervención de carácter psicosocial destacando la importancia del tratamiento a nivel multidisciplinar.

### **Objetivos e hipótesis**

El presente estudio pretende conocer la adherencia terapéutica en pacientes que acuden a la unidad de Hospital de Día, así como describir los posibles factores intervinientes en la no-adherencia al tratamiento de los pacientes, identificar las técnicas de medición y los factores de riesgo que condicionan el cumplimiento, así como el nivel de calidad de vida de los pacientes

El estudio contempla:

- 1) Estudio del nivel de adherencia de los pacientes.
- 2) Identificar factores de riesgo que condicionan el cumplimiento terapéutico en paciente con TMG.
- 3) Nivel de calidad de vida entre ambos tipos de pacientes.

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los factores sociales, personales, ambientales y físicos están relacionados con una menor adherencia
2. Los hombres presentan menor adherencia que las mujeres.
3. Una menor calidad de vida está relacionada con una baja adherencia.

### **Método**

#### **Participantes**

Se trata de una muestra de 32 adultos ( $M= 32.56$ ;  $SD= 10.497$ ) cuya participación fue voluntaria, constando de 16 hombres ( $M=26.63$ ;  $SD=6.04$ ) y 16 mujeres ( $M=39.5$ ;  $SD=10.91$ ) que acuden a la unidad de Hospital de Día de Inca en el área de Psiquiatría.

#### **Procedimiento y medidas**

Al objeto de conocer el grado de adherencia terapéutica de los participantes, los factores implicados en esta y su nivel de calidad de vida, se utilizaron cuatro pruebas psicométricas administradas en el mismo orden en todos los sujetos. Las pruebas se aplicaron en una única sesión de evaluación.

***Test de Morisky-Green (Morisky, Green y Levine, 1986)***

Cuestionario dirigido a valorar las posibles barreras en la correcta adherencia terapéutica. Detecta la presencia de actitud positiva del paciente ante el tratamiento. De esta forma, si las actitudes del paciente son negativas, el paciente es incumplidor. Versión española validada por Val, Amorós, Martínez, Fernández, León (1992). Consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica en base a las actitudes ante la medicación del paciente. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

***Drug Attitude Inventory (DAI o Inventario de Actitudes hacia la Medicación) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983)***

Cuestionario autoaplicado desarrollado para estudiar la adherencia terapéutica en psiquiatría. Evalúa las actitudes y creencias en torno a la medicación. Está compuesto por seis ítems en sentido positivo y cuatro en negativo. Las afirmaciones deben clasificarse como verdaderas o falsas. Cada respuesta es puntuada como +1 si es correcta, o -1 si es incorrecta. La puntuación final va desde -10 a +10. Una puntuación más alta indica una actitud más positiva hacia la medicación psiquiátrica. Validado en España por Robles, Salazar, Páez y Ramírez (2004)

***Rating of Medication Influences (ROMI) (Weiden et al., 1994)***

Escala basada en el modelo de creencias sobre la salud. Evalúa los motivos para el cumplimiento terapéutico y los motivos para el incumplimiento (Weiden et al., 1994). Evalúa aspectos de la motivación para la toma de la medicación, no evaluados por DAI.

Ha sido desarrollada específicamente para pacientes con trastornos psiquiátricos, más concretamente para aquellos con esquizofrenia (Sajatovic et al., 2010). Ha mostrado buena validez y fiabilidad, y una correlación moderada con el DAI (Sajatovic et al., 2010). Existe una versión española (Rodríguez et al., 2008). Se trata de una prueba recomendada para la medición de factores psicosociales y ambientales relacionados con el cumplimiento terapéutico (Bobes et al., 2007).

***Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Group, T. W., 1998)***

Permite extraer un perfil de calidad de vida del paciente en cuatro áreas: física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Está compuesto por 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 26 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones sociales

y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta.

### **Diseño**

Se utilizó un diseño experimental de medidas repetidas, en el que cada sujeto ha pasado por todas las condiciones experimentales. De este modo, cada sujeto actúa como su propio control, lo que a su vez permite controlar las diferencias individuales de la muestra. Todos los análisis estadísticos se realizaron usando el programa estadístico IBM SPSS 21.

### **Consideraciones éticas**

Se realizó el estudio en base a los principios establecidos por la APA para investigaciones con población clínica y se incluyó el consentimiento informado por parte de los pacientes objeto de estudio. Además, se realizó la valoración pertinente por parte del Comité de Ética de la Universidad e las Islas Baleares.

Se ha optado por un método subjetivo indirecto basado en cuestionarios que cuentan con preguntas en referencia a la definición y valoración general de la adherencia; factores implicados, barreras y creencias asociadas con la adherencia, etc.

### **Resultados**

#### **Estudio descriptivo**

Para el estudio descriptivo se calcularon los estadísticos descriptivos y las distribuciones de frecuencias de las distintas variables.

#### ***Datos sociodemográficos***

De los 32 pacientes de la muestra total, 16 eran hombres (50%) y 16 mujeres (50%). El rango de edad de los hombres fue 18 – 35 años ( $M=26.63$ ;  $SD_E=6.04$ ) y el de las mujeres 22 – 57 ( $M=39.5$ ;  $SD=10.91$ ).

#### ***Cumplimiento terapéutico***

Según la prueba Morisky-Green, un 37.5% presenta actitudes positivas hacia la medicación, considerándose adherente y un 62.5% presenta actitudes negativas, clasificándose como no adherente. En cuanto a los participantes clasificados como adherentes, un 33,3% son hombres y 66,7% mujeres. En los participantes considerados como no adherentes, un 60% son hombres y un 40% mujeres (ver Tabla 1)

En cuanto al Inventario de Actitudes hacia la Medicación, el 31,3% de los participantes muestra puntuaciones negativas y el 68,7% positivas, indicando una tendencia a la tenencia de actitudes positivas hacia la medicación. El rango de puntuaciones en el caso de las mujeres oscila entre -6 – 7 ( $M= 2.62$ ;  $SD= 1.02$ ), siendo las puntuaciones

más altas la presencia de una actitud más positiva hacia la medicación. El rango de puntuaciones en el caso de los hombres es de -10 – 6 (M=-1.44; SD=1.34).

#### ***Motivos para el cumplimiento***

Los motivos para el cumplimiento terapéutico más habituales clasificados como “fuerte” en la escala (ver Tabla 2) fueron: *Le ha dicho su médico que tome la medicación* (68.8%), *el medicamento le ayuda a sentirme mejor* (50%), *hay alguien en la familia o amigos que cree que debería tomar el medicamento* (50%), *previene el regreso a su enfermedad o síntomas* (43,8%), *tiene miedo a ser re-hospitalizado* (43,8%).

Hay que destacar que *siente que el medicamento le ayuda a alcanzar ciertas metas en la vida fue calificado* como “nada” en un 40.6% de los casos. Lo mismo ocurre con *en comparación con otras medicinas, ésta tiene menos efectos secundarios*, fue calificada como “nada” en un 62.5% de los casos.

#### ***Motivos para el no cumplimiento***

En cuanto a los motivos para el no cumplimiento terapéutico hay que destacar *cree que tiene una enfermedad mental* calificada como “leve” en 56.3% de los casos. La respuesta *le son perturbadores los efectos secundarios del medicamento fue calificado* como “leve” en un 50% de los casos y “fuerte” en un 25%.

*En le afecta la mala relación que tiene con el terapeuta*, fue puntuado como “nada” en un 87,5% de los casos. Al igual que *le afecta la mala relación con el médico que le receta el medicamento* en un 65.6% de los casos fue calificado como “nada”. La cuestión *tiene dificultad para obtener citas y/o para obtener sus medicamentos* fue calificada como “nada” por el 100% de los pacientes.

En cuanto a si *se siente avergonzada de tomar la medicación* un porcentaje significativo de los pacientes lo clasifica como “leve” (18.8%) y fuerte (6.3%). De igual forma, *preferiría tomar otras drogas o alcohol* fue calificado como “leve” en un 18.8” y “fuerte” en 12.5%. *Cree que actualmente no necesita el medicamento* fue calificado como “nada” en un 68.8% de los casos.

#### ***Calidad de vida general todos los pacientes***

Si se observan las puntuaciones obtenidas en base al perfil de participante adherente o no adherente según la prueba Morisky-Green observamos que los pacientes adherentes presentan puntuaciones más altas en cuanto a calidad de vida física (M=45.45; SD= 8,84), relaciones sociales (M=31.27; SD=24.13). Hay que destacar que los pacientes no adherentes presentaron puntuaciones más elevadas en cuanto a calidad de vida

psicológica (M=39.06; SD: 20.56) y calidad de vida ambiental (M= 46.72; SD: 6.21) siendo esta última clínicamente significativa ( $Z= 5.82$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 3).

### **Cumplimiento terapéutico y motivos para el cumplimiento**

Para el análisis estadístico de los datos, se examinó en primer lugar el supuesto de Normalidad a partir de la prueba de Shapiro-Wilk. En función de dicho supuesto se utilizaron dos metodologías para el análisis de correlaciones: el coeficiente  $r$  de correlación de Pearson (vía paramétrica) o el coeficiente Rho de correlación de Spearman (vía no paramétrica). Asimismo, se realizó el análisis de la variancia (ANOVA) con medidas repetidas. El estudio de la significación estadística de los resultados se ha realizado desde una perspectiva unilateral al 5%.

#### ***Estudio de la Normalidad***

Las puntuaciones obtenidas en la prueba Morisky-Green no cumplieron el supuesto de Normalidad (ver Tabla 4) ( $Z=0.906$ ;  $p<.05$ ). Tampoco cumplió el supuesto de Normalidad la escala DAI ( $Z= 0.615$ ;  $p<.05$ ).

En cuanto a los apartados evaluados en la escala ROMI, ninguno de ellos cumplió con el supuesto de Normalidad (ver Tabla 6)

Sobre WQOOL-BREF, la mayoría de las escalas no cumplieron el supuesto de Normalidad (ver Tabla 5) a excepción de la escala *Calidad de vida psicológica*. Por lo tanto, no cumplieron el supuesto las escalas *Calidad de vida física* ( $Z=0.927$ ;  $p<.05$ ), *Calidad de vida en redes sociales* ( $Z=0.862$ ;  $p<.05$ ), *Calidad de vida ambiental* ( $Z=0.916$ ;  $p<.05$ ), *Calificación calidad de vida* ( $Z=0.728$ ;  $p<.05$ ) y *Satisfacción salud* ( $Z=0.834$ ;  $p<.05$ ).

#### ***Relación entre cumplimiento terapéutico y motivos para el cumplimiento***

##### ***Relación entre Morisky-Green y ROMI***

Se obtuvieron correlaciones directas estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en la prueba Morisky-Green y las escalas de la prueba ROMI *Beneficio Diario* ( $r=-0.494$ ;  $p<.05$ ), *Prevención de recaídas* ( $r=-0.423$ ;  $p<.05$ ), *Miedo a re-hospitalización* ( $r=-0.377$ ;  $p<.05$ ), *Abuso otras sustancias* ( $r=0.514$ ;  $p<.05$ ), *Negación Enfermedad* ( $r=-0.423$ ;  $p<.05$ ) y *Efectos Secundarios* ( $r=0.548$ ;  $p<.05$ ) (Ver Tabla 8).

##### ***Cumplimiento terapéutico y calidad de vida***

##### ***Relación entre Morisky-Green y WQOOL-BREF***

Se obtuvieron correlaciones directas estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en la prueba Morisky-Green y Calidad de vida Ambiental ( $r=0.515$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 7).

### **Diferencias entre hombres y mujeres**

Par tal efecto se examinó el supuesto de Normalidad a partir de la prueba Shapiro-Wilk. Posteriormente, en función de dicho supuesto, se utilizaron dos metodologías de análisis para la comparación de medias: la prueba t de comparación de medias independientes (vía paramétrica) o la prueba U de Mann-Whitney (vía no paramétrica). El estudio de la significación estadística de los resultados se ha realizado desde una perspectiva unilateral al 5%.

#### ***Estudio de la normalidad***

Respecto a la prueba Morisky-Green, el supuesto de Normalidad no se cumplió ni en el caso de los hombres ( $Z=0.644$ ;  $p<.05$ ) ni en el de las mujeres ( $Z=0.644$ ;  $p<.05$ ).

En el caso de la prueba DAI, el supuesto de normalidad de cumplió en el caso de los hombres, pero no en el de las mujeres ( $Z=0.904$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 9).

En relación con la prueba ROMI, ninguna de sus escalas cumplió con el supuesto de Normalidad para ninguna de las dos condiciones (ver Tabla 10).

Finalmente, en cuanto a la prueba WQOOL-BREF, algunas escalas no siguieron una distribución normal como fue, en el caso de las mujeres *Calidad de vida psicológica* ( $Z=0.851$ ;  $p<.05$ ), *Calidad de Vida en redes sociales* ( $Z=0.883$ ;  $p<.05$ ), *Calificación calidad de vida* ( $Z=0.577$ ;  $p<.05$ ) y *Satisfacción salud* ( $Z=0.577$ ;  $p<.05$ ). En el caso de los hombres, no se cumplió el supuesto de Normalidad para las siguientes categorías: *Calidad de vida física* ( $Z=0.875$ ;  $p<.05$ ), *Calidad de vida en redes sociales* ( $Z=0.825$ ;  $p<.05$ ), *Calidad de vida ambiental* ( $Z=0.84$ ;  $p<.05$ ), *Calificación calidad de vida* ( $Z=0.796$ ;  $p<.05$ ) y *Satisfacción salud* ( $Z=0.884$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 11).

#### ***Cumplimiento terapéutico entre ambos grupos***

En cuanto a la prueba Morisky-Green, no se muestran diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento terapéutica entre hombres y mujeres ( $U=96$ ;  $p>.05$ ) (ver Tabla 12).

Por otro lado, en base a la escala DAI, sí se muestran diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento terapéutico entre hombre y mujeres ( $U=70$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 13).

#### ***Diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a motivos para el cumplimiento***

Basándonos en la prueba ROMI, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los siguientes factores relacionados con el cumplimiento terapéutico: *Beneficio diario* (U=52; p<.05); *Relación positiva con el terapeuta* (U=76; p<.05), *Relación negativa con terapeuta* (U=96; p<.05), *Prevención recaídas* (U=54; p<.05), *Negación enfermedad* (U=80; p<.05) y *Abuso otras sustancias* (U=48; p<.05) (ver Tabla 14).

#### ***Calidad de vida entre hombres y mujeres***

Se muestran diferencias clínicamente significativas entre hombres y mujeres únicamente en la variable Calidad de vida ambiental (U=73; p<.05) (ver Tabla 15).

#### **Discusión y conclusiones.**

La adherencia al tratamiento es un factor decisivo en el pronóstico de pacientes afectados por un trastorno psiquiátrico. La falta de ella produce altos costos económicos, no solo para el paciente, sino para su familia y sistema sanitarios, así como las posibles secuelas y recaídas teniendo un importante impacto en la salud física y mental. Las variables cognitivas como son las creencias y actitudes individuales o del grupo de pertenencia frente a la enfermedad que afectan en una adherencia favorable ofreciendo resistencia o rechazo ante el seguimiento correcto de la terapia. En el presente estudio se utilizó una muestra de pacientes que acuden a la unidad de Hospital de Día en el área de Psiquiatría, estando todos en tratamiento farmacológico y psicológico, esperando encontrar resultados similares, pues los participantes podían presentar factores que influyeran en su adherencia terapéutica y en su calidad de vida.

El estudio descriptivo mostró que el mayor porcentaje de pacientes resultó ser no adherente al tratamiento, siendo mayor la proporción de hombres no adherentes que de mujeres.

En cuanto a los factores que pueden verse relacionados como un cumplimiento terapéutico satisfactorio, destacan la relación positiva con el médico, el beneficio percibido por la medicación, la prevención de recaídas y el miedo a ser re-hospitalizado.

Los pacientes también ponen de manifiesto la nula ayuda que supone el medicamento para alcanzar ciertos objetivos en la vida, así como la gran cantidad de efectos secundarios que presentan.

En cuanto a los motivos para el no cumplimiento terapéutico, destaca la baja conciencia de enfermedad y los efectos secundarios que la medicación supone. Estos datos se encuentran en sintonía con los aportados por Brannon y Feist (2001), que indican que la baja adherencia terapéutica se relaciona con una pobre conciencia de enfermedad

y con la percepción de no necesidad de seguimiento de tratamiento tras un periodo de recuperación o intercrítico. Por otro lado, los efectos secundarios son considerados un condicionante importante en la adherencia en personas con enfermedades mentales.

Los pacientes también destacan la buena relación con el terapeuta y médico como motivo para el cumplimiento. Este hecho contrasta con los datos obtenidos por Pacheco y Aránguiz (2011) indicando que relación medico- paciente basada en la construcción de un adecuado vínculo favorece una situación de confianza y entrega de información aportando conocimiento al paciente favoreciendo su cumplimiento.

En la rehabilitación psicosocial del paciente afectan variables que van más allá del diagnóstico, la gravedad de los síntomas y la adherencia terapéutica. De esta forma, variables como el apoyo familiar y social, autonomía económica, soporte residencial y dificultades en la realización de actividades de la vida diaria intervienen en la evolución y, por lo tanto, son variables de intervención.

En cuanto a la calidad de vida presente en los pacientes, en nuestro estudio, los datos no resultaron definitivos, no obstante, se observaron puntuaciones más elevadas en cuanto a calidad de vida en relaciones sociales y calidad de vida ambiental en pacientes adherentes al tratamiento. En este aspecto los estudios indican que a mayor apoyo social percibo por el usuario, mejor calidad de vida (Navarro, García-Heras, Carrasco, y Casas, 2008). En cuanto al apoyo social, se ha demostrado que, a mayor AS, mayor estabilidad sintomatológica y permanencia en la comunidad de personas con TMG (Fakhoury, Murray, Shepherd y Priebe, 2002). España presenta una de las correlaciones más altas entre puntuaciones en AS percibido y salud mental positiva (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Por otro lado, las personas con TMG tienden a tener redes sociales de reducido tamaño y el AS suele restringirse al ámbito familiar y al propio sistema sanitario y social. Por lo que es vital intervenir en esta área y proveer apoyos específicos desde programas especiales. Tanto las guías de evidencia y practica clínica (Emeterio et al, 2002) como en consejos de expertos (AEN, 2002) y manuales prácticos (CAM, 2002) coinciden en la importancia de incluir programas psicosociales en el tratamiento del paciente para complementar el tratamiento farmacológico.

Tras el estudio y así como establecen Lluch, Fornés, Rodríguez y Giner (2010), se constata la importancia de incidir de forma específica en los casos de pacientes que han presentado varias recaídas debidas al bajo cumplimiento terapéutico o se detecta baja conciencia de enfermedad, así como potenciar una actitud positiva frente al tratamiento, fomentando la importancia del tratamiento para el paciente.

En cuanto a la utilización de métodos para la medición de la adherencia terapéutica, si bien los métodos indirectos pueden resultar menos fiables que los directos, son más sencillos y económicos y pueden resultar una herramienta útil en la práctica clínica de cara a conocer la efectividad terapéutica. No obstante, tras nuestro estudio cabe destacar la importancia de seleccionar los métodos indirectos más adecuados para la población de estudio dado que muchos de estos métodos indirectos requieren de un cierto nivel sociocultural por parte del usuario para que los resultados sean lo más fiables posibles. Por lo tanto, una combinación de métodos directos e indirectos puede aportar un conocimiento más exacto del cumplimiento.

En nuestro estudio se observa que el temor a la re-hospitalización y el riesgo a las recaídas son un factor importante en referencia a la adherencia terapéutica. En esta línea observamos que los pacientes valoran positivamente la relación con su terapéutica de cara al cumplimiento terapéutica. Por lo que los programas que combinan tratamiento farmacológico y rehabilitación psicosocial pueden resultar un intervención satisfactorio disminuyendo el riesgo de recaídas del paciente y mejorando el funcionamiento de este facilitando su integración social y laboral (Kingdom y Turkington, 2005; Vallina y Lemos, 2003; Liberman y Kopelwitz, 2004).

Cabe mencionar el proyecto ADHES (Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia) a nivel español (Giner, Cañas, Olivares, Rodríguez, Burón, Rodríguez-Morales, Roca M., 2006). Se trata de una iniciativa en la que trabajan más de 400 psiquiatras con el fin de evaluar y mejorar adherencia terapéutica. Han desarrollado distintas actividades orientadas tanto al propio colectivo de psiquiatras como a los enfermeros/as o familiares y personas con esquizofrenia y realizan actividades con el fin de dar a conocer esta realidad, establecer vínculos entre la comunidad científica para detectar los aspectos más problemáticos en este ámbito y aunar esfuerzos en la búsqueda de la mejoría de los pacientes.

### **Limitaciones y futuras líneas de investigación.**

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, cabe señalar que el tamaño de la muestra no permite la generalización de los resultados a la población general. Asimismo, no permitió una representación equilibrada entre los sujetos de distintas edades y patologías. Por lo tanto, sería de gran interés replicar el estudio en un futuro con una muestra mayor, incluyendo franjas de edad distintas. Asimismo, comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones resulta complejo ya que cada estudio utiliza clasificaciones distintas en cuanto a posibles factores influyentes en la adherencia. Otro

aspecto para tener en cuenta son las características de la muestra, dado que muchos de los pacientes pertenecen a zonas más rurales de Mallorca pudiendo influir en aspectos como acceso al tratamiento, recursos, redes sociales, etc., a diferencia de sujetos que residen en zonas más pobladas. Finalmente resultaría interesante realizar el estudio antes y después del paso de los pacientes por las unidades de intervención y tratamiento, como es en este caso el Hospital de Día de Inca, dado que el tiempo que lleva acudiendo cada paciente y su evolución desde el inicio puede condicionar los resultados obtenidos en el estudio y las diferencias entre pacientes.

### Referencias

- AEN. (2002). *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Cuadernos Técnicos no 6. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Argemeyer, M., C. y Katsching, H. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. En Katsching, H., Freeman H., Sartorius N. (Eds.): *Quality of life in mental disorders*. 3-15. New York: Willey.
- Artiles, F. J. A., Fleta, J. L. H., y Miragaia, J. P. (2009). La adherencia en la esquizofrenia y otras psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 9(1), 29-46.
- Ayllon, T., y Azrin, N. H. (1964). Reinforcement and instructions with mental patients. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 7(4), 327-331.
- Brannon, L., y Feist, J. Psicología de la salud. 2001. *Madrid: Paraninfo*. Bobes, J., García, C., & Bulbena, A. (2007). Medición de la adherencia en la esquizofrenia. *Adherencia*.
- CAM. (2002). *Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid.
- Caycedo, M. L., Herrera, S. y Jiménez, K. O. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(2), 141-158.
- Cuadernos Técnicos de la Consejería de Servicios Sociales nº 17 y 14. Comunidad de Madrid.
- Csernansky, J. G. y Schuchart, E. K. (2002). Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia. *CNS drugs*, 16(7), 473-484.
- Emeterio et al. (2004) *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia*. Barcelona: aatrm.
- Fakhoury, W., K., Murray, A., Shepherd, G. y Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry Epidemiology*, 37, 301-315.
- Ferrer, V. A. (1995). " Adherencia a" o" cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados.
- García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E. y González-Pinto, A. (2016). Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *Journal of clinical psychopharmacology*, 36(4), 355.

- Gearing, R. E. y Mian, I. A. (2005). An approach to maximizing treatment adherence of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 14(4), 106.
- Giner, J., Cañas, F., Olivares, J. M., Rodriguez, A., Buron, J. A., Rodriguez-Morales, A. y Roca, M. (2006). Treatment adherence in schizophrenia. A comparison between patient's, relative's and psychiatrist's opinions. *Actas espanolas de psiquiatria*, 34(6), 386-392.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Herings, R. M. y Erkens, J. A. (2003). Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 12(5), 423-424.
- Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M. y Fleischhacker, W. W. (2004). Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Hogan, T.P., Awad, A.G. y Eastwood, R. (1983). *A self report scale predictive of drug compliance in schizophrenics reliability and discriminative validity*. *Psychol Med*, 13:177-83.
- Horne, R. y Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 555- 567.
- Hubanks, L., Kuyken, W. y World Health Organization. (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography* (No. WHO/MNH/PSF/94.1. Unpublished). World Health Organization.
- Kaufman, A., Baron, A. y Kopp, R. E. (1966). Some effects of instructions on human operant behavior. *Psychonomic Monograph Supplements*.
- Kingdon, D. y Turkington, D. (2005). Evidence for effective treatments in schizophrenia. En: Kingdon y Turkington: *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Knapp, M., King, D., Pagner, K. y Lapuerta, P. (2004). Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 509- 516.

- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G. y Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Liberman, R., P. y Kopelwiz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1, 12-29.
- Lluch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A. y Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(1), 1-45.
- Martín Alfonso, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista cubana de salud pública*, 30(4), 0-0.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- 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*, 67-74.
- Navarro D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.
- Osterberg, L. y Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497.
- Pacheco, B. y Aránguiz, C. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista chilena de neuro- psiquiatría*, 49(1), 69-78.
- Pagès, N. y Valverde, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*, 59(3), 163-172.
- Ribes, E. (2000). Instructions, rules, and abstraction: A misconstrued relation. *Behavior and philosophy*, 41-55.
- Robles, G., Salazar, V., Páez, F. y Ramírez, F. (2004) *Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: Psychometric properties of the DAI Spanish version*. Actas Españolas de Psiquiatría. Instituto Jalisciense de Salud Mental. México
- Rodríguez, M. Á., García, E., Amariles, P., Rodríguez, A. y Faus, M. J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica.
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D. y Ignacio, R. (2007). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 58(6), 855-863.

- Silva, G. E., Galeano, E. y Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no- adherencia. *Acta médica colombiana*, 30(4), 268-273.
- Svarstad, B. L., Shireman, T. I. y Sweeney, J. K. (2001). Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatric Services*, 52(6), 805- 811.
- Tharani, A., Farooq, S., Saleem, F. y Naveed, A. (2013). Compliance to antipsychotic medication: a challenge for client, family and health care providers.
- Val, J. A., Amorós, B. G., Martínez, V. P., Fernández, F. M. y León, S. M. (1992). Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Atencion primaria*, 10(5), 767.
- Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En: M. Álvarez, J. R. Hermida, C. Rodríguez y I. A. Vázquez (Eds.): Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos.35-79. Madrid: Pirámide.
- Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T., Zygmunt, A., Goldman, D., Horvitz Lennon, M. y Frances, A. (1994). Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 20(2), 297-310.

## **ANEXO**

Tabla 1

**Tabla cruzada Sexo\*Morisky**

		Morisky		Total	
		Adherente	No Adherente		
Sexo	Hombre	Recuento	4	12	16
		% dentro de Morisky	33,3%	60,0%	50,0%
	Mujer	Recuento	8	8	16
		% dentro de Morisky	66,7%	40,0%	50,0%
Total		Recuento	12	20	32
		% dentro de Morisky	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 2

<b>ROMI.BeneficioDiario</b>			<b>ROMI. DiferenciaAutoridad</b>		
	N	%		N	%
Nada	4	12,5%	Nada	2	6,3%
Leve	16	50,0%	Leve	8	25,0%
Fuerte	12	37,5%	Fuerte	22	68,8%

  

<b>ROMI.RelaciónClinico</b>			<b>ROMI.RelaciónTerapeuta</b>		
	N	%		N	%
Nada	10	31,3%	Nada	12	37,5%
Leve	10	31,3%	Leve	10	31,3%
Fuerte	12	37,5%	Fuerte	10	31,3%

  

<b>ROMI.CreenciaFamilia</b>			<b>ROMI.PrevenccionRecaida</b>		
	N	%		N	%
Nada	8	25,0%	Nada	6	18,8%
Leve	8	25,0%	Leve	12	37,5%
Fuerte	16	50,0%	Fuerte	14	43,8%

  

<b>ROMI.FuerzaFamilia</b>			<b>ROMI. MiedoHospitalizacion</b>		
	N	%		N	%
Nada	11	34,4%	Nada	12	37,5%
Leve	9	28,1%	Leve	6	18,8%
Fuerte	12	37,5%	Fuerte	14	43,8%

**ROMI.MetasVida**

	N	%
Nada	13	40,6%
Leve	7	21,9%
Fuerte	12	37,5%

**ROMI.EfectosSecundarios**

	N	%
Nada	20	62,5%
Leve	8	25,0%
Fuerte	4	12,5%

**ROMI.NegativaClinico**

	N	%
Nada	21	65,6%
Leve	3	9,4%
Fuerte	8	25,0%

**ROMI.NegativaTerapeuta**

	N	%
Nada	28	87,5%
Leve	2	6,3%
Fuerte	2	6,3%

**ROMI.  
OposicionFamAmig**

	N	%
Nada	26	81,3%
Fuerte	6	18,8%

**ROMI.AccesibTrat**

	N	%
Nada	32	100,0%

**ROMI.AbusoSubs**

	N	%
Nada	22	68,8%
Leve	6	18,8%
Fuerte	4	12,5%

**ROMI.Vergüenza**

	N	%
Nada	24	75,0%
Leve	6	18,8%
Fuerte	2	6,3%

<b>ROMI. NegaciónEfermedad</b>			<b>ROMI.NoNecesidad</b>		
	N	%		N	%
Nada	14	43,8%	Nada	22	68,8%
Leve	18	56,3%	Leve	4	12,5%
			Fuerte	6	18,8%

<b>ROMI.CambioApariencia</b>		
	N	%
Nada	10	31,3%
Leve	12	37,5%
Fuerte	10	31,3%

Tabla 3

**Calidad de Vida**

		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% de intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
WQ.Física	Adherente	12	45,0833	8,90820	2,57158	39,4233	50,7433	31,00	56,00
	No Adherente	20	47,8500	21,44092	4,79434	37,8153	57,8847	8,00	71,00
	Total	32	46,8125	17,65701	3,12135	40,4465	53,1785	8,00	71,00
WQ.Psicol	Adherente	12	29,3333	15,05948	4,34730	19,7650	38,9017	6,00	50,00
	No Adherente	20	41,9500	21,79926	4,87446	31,7476	52,1524	13,00	82,00
	Total	32	37,2188	20,25441	3,58051	29,9163	44,5212	6,00	82,00
WQ.RS	Adherente	12	29,1667	24,13158	6,96619	13,8342	44,4991	6,00	75,00
	No Adherente	20	32,0000	11,17328	2,49842	26,7707	37,2293	6,00	45,00
	Total	32	30,9375	16,88469	2,98482	24,8499	37,0251	6,00	75,00
WQ.Ambiente	Adherente	12	47,0000	6,00000	1,73205	43,1878	50,8122	38,00	56,00
	No Adherente	20	57,8500	11,83338	2,64602	52,3118	63,3882	31,00	69,00
	Total	32	53,7813	11,27296	1,99280	49,7169	57,8456	31,00	69,00
WQ.Calidad	Adherente	12	2,3333	,98473	,28427	1,7077	2,9590	1,00	3,00
	No Adherente	20	2,5000	,51299	,11471	2,2599	2,7401	2,00	3,00
	Total	32	2,4375	,71561	,12650	2,1795	2,6955	1,00	3,00
WQ.Satisfacción	Adherente	12	2,3333	,98473	,28427	1,7077	2,9590	1,00	4,00
	No Adherente	20	2,7000	,80131	,17918	2,3250	3,0750	2,00	4,00
	Total	32	2,5625	,87759	,15514	2,2461	2,8789	1,00	4,00

Tabla 4

**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DAI	,167	32	,023	,906	32	,009
Morisky	,402	32	,000	,615	32	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 5

**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
WQ.Física	,135	32	,149	,927	32	,031
WQ.Psicol	,171	32	,018	,940	32	,074
WQ.RS	,227	32	,000	,862	32	,001
WQ.Ambiente	,190	32	,005	,916	32	,017
WQ.Calidad	,347	32	,000	,728	32	,000
WQ.Satisfacción	,302	32	,000	,834	32	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 6

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ROMI.BeneficioDiario	,270	32	,000	,786	32	,000
ROMI. DiferenciaAutoridad	,418	32	,000	,638	32	,000
ROMI.RelaciónClinico	,243	32	,000	,788	32	,000
ROMI. RelaciónTerapeuta	,243	32	,000	,788	32	,000
ROMI.CreenciaFamilia	,313	32	,000	,749	32	,000
ROMI. PrevencionRecaida	,275	32	,000	,784	32	,000
ROMI.FuerzaFamilia	,245	32	,000	,779	32	,000
ROMI. MiedoHospitalizacion	,285	32	,000	,741	32	,000
ROMI.MetasVida	,266	32	,000	,756	32	,000
ROMI. EfectosSecundarios	,382	32	,000	,688	32	,000
ROMI.NegativaClinico	,408	32	,000	,636	32	,000
ROMI. OposicionFamAmig	,494	32	,000	,478	32	,000
ROMI. NegativaTerapeuta	,512	32	,000	,395	32	,000
ROMI.AccesibTrat	.	32	.	.	32	.
ROMI.Vergüenza	,451	32	,000	,577	32	,000
ROMI.AbusoSubs	,417	32	,000	,635	32	,000
ROMI. NegaciónEfermedad	,370	32	,000	,632	32	,000
ROMI.NoNecesidad	,421	32	,000	,623	32	,000
ROMI.EfectosSecund	,250	32	,000	,810	32	,000
ROMI.CambioApariencia	,206	32	,001	,804	32	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 7

			Correlaciones						
Rho de Spearman			WQ,Física	Morisky	WQ,Psicol	WQ,RS	WQ, Ambiente	WQ,Calidad	WQ, Satisfacción
WQ,Física	Coefficiente de correlación		1,000	,204	,778**	,423*	,059	,192	,507**
	Sig. (bilateral)		.	,262	,000	,016	,747	,292	,003
	N		32	32	32	32	32	32	32
Morisky	Coefficiente de correlación		,204	1,000	,239	,164	,515**	,000	,212
	Sig. (bilateral)		,262	.	,187	,371	,003	1,000	,244
	N		32	32	32	32	32	32	32
WQ,Psicol	Coefficiente de correlación		,778**	,239	1,000	,535**	,290	,447*	,734**
	Sig. (bilateral)		,000	,187	.	,002	,107	,010	,000
	N		32	32	32	32	32	32	32
WQ,RS	Coefficiente de correlación		,423*	,164	,535**	1,000	-,070	,432*	,585**
	Sig. (bilateral)		,016	,371	,002	.	,704	,014	,000
	N		32	32	32	32	32	32	32
WQ,Ambiente	Coefficiente de correlación		,059	,515**	,290	-,070	1,000	-,006	,193
	Sig. (bilateral)		,747	,003	,107	,704	.	,974	,289
	N		32	32	32	32	32	32	32
WQ,Calidad	Coefficiente de correlación		,192	,000	,447*	,432*	-,006	1,000	,381*
	Sig. (bilateral)		,292	1,000	,010	,014	,974	.	,031
	N		32	32	32	32	32	32	32
WQ,Satisfacción	Coefficiente de correlación		,507**	,212	,734**	,585**	,193	,381*	1,000
	Sig. (bilateral)		,003	,244	,000	,000	,289	,031	.
	N		32	32	32	32	32	32	32

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).



Tabla 9

**Pruebas de normalidad**

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DAI	Hombre	,184	16	,149	,904	16	,095
	Mujer	,189	16	,128	,855	16	,016
Morisky	Hombre	,462	16	,000	,546	16	,000
	Mujer	,334	16	,000	,644	16	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 10

		Pruebas de normalidad					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Sexo	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ROMI. DiferenciaAutoridad	Hombre	,398	16	,000	,621	16	,000
	Mujer	,449	16	,000	,577	16	,000
ROMI. RelaciónClinico	Hombre	,236	16	,017	,808	16	,003
	Mujer	,309	16	,000	,757	16	,001
ROMI. CreenciaFamilia	Hombre	,236	16	,017	,808	16	,003
	Mujer	,385	16	,000	,670	16	,000
ROMI. RelaciónTerapeuta	Hombre	,308	16	,000	,768	16	,001
	Mujer	,309	16	,000	,757	16	,001
ROMI. PrevencionRecaida	Hombre	,330	16	,000	,778	16	,001
	Mujer	,449	16	,000	,577	16	,000
ROMI. FuerzaFamilia	Hombre	,320	16	,000	,713	16	,000
	Mujer	,220	16	,038	,819	16	,005
ROMI. MetasVida	Hombre	,272	16	,002	,787	16	,002
	Mujer	,320	16	,000	,713	16	,000
ROMI. MiedoHospitalizacion	Hombre	,236	16	,017	,808	16	,003
	Mujer	,398	16	,000	,621	16	,000
ROMI. EfectosSecundarios	Hombre	,449	16	,000	,577	16	,000
	Mujer	,308	16	,000	,768	16	,001
ROMI. NegativaClinico	Hombre	,320	16	,000	,713	16	,000
	Mujer	,484	16	,000	,496	16	,000
ROMI. NegativaTerapeuta	Hombre	,449	16	,000	,577	16	,000
	Mujer	.	16	.	.	16	.
ROMI. OposicionFamAmig	Hombre	,462	16	,000	,546	16	,000
	Mujer	,518	16	,000	,398	16	,000
ROMI. AccesibTrat	Hombre	.	16	.	.	16	.
	Mujer	.	16	.	.	16	.
ROMI. Vergüenza	Hombre	,462	16	,000	,546	16	,000
	Mujer	,449	16	,000	,577	16	,000
ROMI. AbusoSubs	Hombre	,236	16	,017	,808	16	,003
	Mujer	.	16	.	.	16	.
ROMI. NegaciónEfermedad	Hombre	,398	16	,000	,621	16	,000
	Mujer	,462	16	,000	,546	16	,000
ROMI. NoNecesidad	Hombre	,385	16	,000	,670	16	,000
	Mujer	,449	16	,000	,577	16	,000
ROMI. EfectosSecund	Hombre	,330	16	,000	,778	16	,001
	Mujer	,236	16	,017	,808	16	,003
ROMI. CambioApariencia	Hombre	,236	16	,017	,808	16	,003
	Mujer	,236	16	,017	,808	16	,003

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 11

<b>Pruebas de normalidad</b>							
	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
WQ.Física	Hombre	,169	16	,200*	,875	16	,033
	Mujer	,131	16	,200*	,911	16	,121
WQ.Psicol	Hombre	,171	16	,200*	,931	16	,256
	Mujer	,258	16	,006	,851	16	,014
WQ.RS	Hombre	,273	16	,002	,825	16	,006
	Mujer	,209	16	,060	,883	16	,043
WQ.Ambiente	Hombre	,219	16	,039	,840	16	,010
	Mujer	,178	16	,189	,893	16	,062
WQ.Calidad	Hombre	,268	16	,003	,796	16	,002
	Mujer	,449	16	,000	,577	16	,000
WQ.Satisfacción	Hombre	,224	16	,031	,884	16	,045
	Mujer	,449	16	,000	,577	16	,000

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 12

**Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

	Morisky
U de Mann-Whitney	96,000
W de Wilcoxon	232,000
Z	-1,438
Sig. asin. (bilateral)	,151
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,239 <sup>b</sup>

a. Variable de agrupación:  
 Sexo

b. No corregido para empates.

Tabla 13

**Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

	DAI
U de Mann-Whitney	70,000
W de Wilcoxon	206,000
Z	-2,217
Sig. asin. (bilateral)	,027
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,029 <sup>b</sup>

a. Variable de agrupación:  
 Sexo

b. No corregido para empates.

Tabla 14

**Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

	ROML BeneficioClaro	ROML DiferenciaLat oridad	ROML RelaciónClaro	ROML RelaciónTera pte	ROML CreenciaFamili	ROML Prevenciónde crisis	ROML FuerzaFamili	ROML Madurezde siliacion	ROML MetasVida	ROML NegatividadClíni	ROML EfectoSecun dario	ROML NegatividadTera pte	ROML Oposiciónde Amig	ROML AccesoTrat	ROML Vergüenza	ROML Absolutos	ROML Negatividad	ROML Necesidad	ROML EfectoSecun d	ROML Cambiadeuri enia
U de Mann-Whitney	52,000	118,000	96,000	76,000	104,000	54,000	112,000	98,000	104,000	87,000	100,000	96,000	112,000	128,000	124,000	48,000	80,000	110,000	104,000	106,000
W de Wilcoxon	188,000	254,000	232,000	212,000	240,000	190,000	248,000	234,000	240,000	223,000	236,000	232,000	248,000	264,000	260,000	184,000	216,000	246,000	240,000	242,000
Z	-2,181	-464	-1,280	-2,081	-384	-3,031	-641	-1,221	-969	-1,845	-1,228	-2,100	-892	-2,000	-1,399	-3,691	-2,104	-831	-984	-880
Sig. asin. (bilateral)	,002	,643	,200	,037	,323	,003	,522	,222	,332	,065	,220	,036	,373	1,000	,842	,000	,035	,406	,325	,379
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,003 <sup>a</sup>	,724 <sup>b</sup>	,239 <sup>b</sup>	,051 <sup>a</sup>	,381 <sup>b</sup>	,004 <sup>a</sup>	,564 <sup>b</sup>	,270 <sup>a</sup>	,381 <sup>b</sup>	,128 <sup>a</sup>	,305 <sup>a</sup>	,239 <sup>b</sup>	,564 <sup>b</sup>	1,000 <sup>a</sup>	,897 <sup>a</sup>	,002 <sup>a</sup>	,073 <sup>a</sup>	,515 <sup>a</sup>	,381 <sup>b</sup>	,423 <sup>a</sup>

a. Variable de agrupación: Sexo  
b. No corregido para empates.

Tabla 15

**Estadísticos de prueba<sup>a</sup>**

	WQ.Física	WQ.Psicol	WQ.RS	WQ. Ambiente	WQ.Calidad	WQ. Satisfacción
U de Mann-Whitney	107,000	106,000	94,500	74,000	86,000	94,000
W de Wilcoxon	243,000	242,000	230,500	210,000	222,000	230,000
Z	-,798	-,835	-1,285	-2,083	-1,781	-1,387
Sig. asin. (bilateral)	,425	,404	,199	,037	,075	,165
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,445 <sup>b</sup>	,423 <sup>b</sup>	,210 <sup>b</sup>	,043 <sup>b</sup>	,119 <sup>b</sup>	,210 <sup>b</sup>

a. Variable de agrupación: Sexo  
b. No corregido para empates.