

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ATENDIDOS
EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA**

Ana Sofía Calvache López

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Psiquiatría Infantil y del Adolescente

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ATENDIDOS
EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA.**

Ana Sofía Calvache López

Dr. Rafael Vásquez. Psiquiatra Infantil y del Adolescente
Asesor Temático

Dr. Daniel Toledo Psiquiatra Epidemiólogo
Asesor metodológico

Línea de investigación Salud mental infantil, adolescencia, familia y comunidad
Grupo Salud mental, Neurodesarrollo y Calidad de Vida.
Post grado

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Psiquiatría Infantil y del Adolescente
Bogotá, D.C.
2013

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MULTIMODAL EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ATENDIDOS
EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA.**

Ana Sofía Calvache López

Dr. Rafael Vásquez. Psiquiatra Infantil y del Adolescente
Asesor Temático

Dr. Daniel Toledo Psiquiatra Epidemiólogo
Asesor metodológico

Línea de investigación Salud mental infantil, adolescencia, familia y comunidad
Grupo Salud mental, Neurodesarrollo y Calidad de Vida.
Post grado

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Psiquiatría Infantil y del Adolescente
Bogotá, D.C.
2013

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradezco a Dios por las oportunidades dadas, a mi madre por su apoyo incondicional, a mis docentes por las enseñanzas, a mis compañeras, mis pacientes y especialmente al Dr. Rafael Vásquez por su dirección y exigencia durante este proceso.

En memoria de Mi padre y hermanos.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	11
2. Descripción del proyecto.....	12
2.1. <i>Pregunta de estudio</i>	12
2.2. <i>Justificación</i>	12
2.3 <i>Marco teórico</i>	13
2.4. <i>Factibilidad y limitantes</i>	20
2.5. <i>Estrategia general de investigación</i>	20
2.6. <i>Consideraciones éticas</i>	20
2.6.1. <i>Aspectos éticos</i>	20
2.6.2. <i>Normatividad de carácter vinculante</i>	21
2.6.3. <i>Normatividad de carácter no vinculante</i>	21
2.6.4. <i>Reflexión ética</i>	22
2.6.5. <i>Consentimiento y asentimiento informado</i>	22
3. Objetivos.....	23
3.1 <i>Objetivo General</i>	23
3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	23
4. Metodología.....	23
4.1 <i>Diseño de estudio</i>	23
4.2. <i>Población</i>	23
4.2.1. <i>Población de referencia</i>	24
4.2.2. <i>Población elegible</i>	24
4.3. <i>Criterios de selección</i>	24
4.3.1. <i>Criterios de inclusión</i>	24
4.3.2 <i>Criterios de exclusión</i>	24
4.4. <i>Plan de recolección de información</i>	24
4.5. <i>Protocolo trastorno obsesivo compulsivo</i>	25
4.5.1. <i>Formato Consulta de primera vez</i>	25
4.5.2. <i>Historia de Neurodesarrollo</i>	25
4.5.3. <i>Historia clínica Psiquiátrica</i>	25
4.5.4 <i>Aplicación de escalas</i>	25
4.6. <i>Aplicación de instrumentos</i>	31
5. Análisis de la información.....	36
6. Cronograma de Actividades.....	36
7. Resultados/Productos esperados y potenciales beneficiarios.....	37
8. Compromisos y estrategias de divulgación.....	37
9. Resultados.....	37
10. Análisis.....	45
11. Bibliografía.....	49

Lista de tablas

Tabla 1 Descripción de la población.....	37
Tabla 2 Diagnósticos más frecuentes ejes III y IV.....	39
Tabla 3 Resultados escalas.....	39
Tabla 4 Relación procedencia-adherencia.....	42
Tabla 5 Dimensión estado de Salud del Paciente.....	44

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Motivos de Consulta.....	38
Gráfica 2. Comorbilidades diagnósticas eje I.....	38
Gráfico 3. Scared pacientes.....	39
Gráfico 4. Scared padres.....	39
Gráfico 5. CDI.....	40
Gráfico 6. Puntaje Ybocs.....	40
Gráfica 7. Tiempo de evolución.....	41
Gráfica 8- Dimensión Socioeconómica.....	43
Gráfica 9- Dimensión Sistema de Salud.....	43
Gráfica 10- Factores relacionado con la terapia.....	44

Dada la frecuencia con que se presenta el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el gran compromiso que se evidencia en todas las áreas del funcionamiento del individuo, es clara la necesidad del tratamiento multimodal así como evaluar la adherencia a este y conocer las razones que influyen en ella y si esta adherencia se relaciona con la evolución y pronóstico de los pacientes

Objetivos: Describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento multimodal en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo evaluados en el hospital La Misericordia desde mayo de 2011 a junio de 2012

-Identificar los factores sociales y culturales asociados con la adherencia al tratamiento multimodal

-Describir las características socio demográficas de estos pacientes y sus cuidadores

Metodología: Este estudio corresponde a una investigación cuantitativo, descriptiva, transversal, experimental. Se hizo revisión de historias clínicas, la escala de Adherencia validada por la Dra. Murcia en 2010, Test de Morisky-Green, preguntas abiertas dirigidas a los cuidadores

Conclusiones: La adherencia influye en la mejoría, Se evidencio mejoría en el 69.2% de los pacientes quienes tuvieron adherencia regular en el 53.8% de los casos

Los factores asociados a mejor adherencia son Procedencia, disminución sintomática, el compromiso funcional, las comorbilidades, las recaídas se asocian más a diagnósticos en eje III, No fueron determinantes sexo, edad, las encuestas de Goldman, Leyton, puntaje de pqls-q, antecedentes familiares de trastorno obsesivo compulsivo, tiempo de evolución de enfermedad, influencia de terceros, nivel socioeconómico

La psicoeducación es importante para mejorar la adherencia

Descriptores: Adherencia. Trastorno obsesivo compulsivo, cumplimiento

Given the frequency which it has Obsessive Compulsive Disorder and the great commitment that is evident in all areas of functioning of the individual, it is clear the need for multimodal treatment and assess adherence to this and know the reasons that influence it and if adherence is associated with progression and prognosis of patients

To describe the factors associated with multimodal treatment adherence in patients with obsessive compulsive disorder assessed in La Misericordia hospital from May 2011 to June 2012

Objectives:-Identify social and cultural factors associated with adherence multimodal Describe the socio-demographic characteristics of these patients and their caregivers

Methodology: This study constitutes a quantitative research, descriptive, cross-sectional, experimental. He became medical record review, the adherence scale validated by Dr. Murcia in 2010, Morisky-Green test, open questions for caregivers

Conclusions: Adherence influences the improvement, improvement was seen in 69.2% of patients who had regular adherence in 53.8% of cases Factors associated with better adherence are provenance, decreased symptomatic, functional compromise, comorbidities, relapses are more associated axis III diagnoses, were not determinants sex, age, Goldman surveys, Leyton, score pqls-q, family history of OCD, duration of disease, influence of others, socioeconomic

Psychoeducation is important to improve adherence

Descriptors: Adherence. Obsessive compulsive compliance

1. Introducción

En una revisión histórica realizada por J. Toro (2001), se evidencia la escasa atención prestada al Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en la infancia y adolescencia, ocupando una muy reducida proporción en los tratados y estudios científicos realizados.

Las prevalencia pueden ser hasta de 3% para TOC clínico y de 19% para TOC subclínico (Valleni-Basile y cols. 1994). Según la OMS (2005) se espera este entre las 10 primeras causas entre las enfermedades generales más incapacitantes (1)

Se presume que alrededor del 80% de todos los casos de TOC se inician durante la niñez y la adolescencia, a edades entre los 7 y los 12 años. (2).

De ahí la importancia de un diagnóstico temprano, inicio de tratamiento y control tanto de la ansiedad que caracteriza este cuadro, de los síntomas obsesivos y compulsivos y comorbilidades que generalmente llevan a consultar al psiquiatra infantil. Durante la infancia es más frecuente en varones y se iguala en la adultez, se ha demostrado una remisión completa del TOC de la infancia de entre el 10-50% al llegar la adolescencia. (2,3)

Para un correcto diagnóstico es importante una historia clínica completa, así como de otros aspectos psicológicos y del desarrollo, antecedentes personales, patológicos y familiares. El tratamiento incluye la terapia cognitivo-conductual, farmacoterapia, intervenciones como psicoterapia familiar e intervenciones educacionales, terapias de grupo. (3).

Si nos referimos a adherencia como el cumplimiento de las indicaciones dadas por el terapeuta ya sea en relación a la toma de la medicación en las horas o con la frecuencia señalada, al cumplimiento de las tareas que se dejan, la asistencia a los controles; el no cumplimiento de estos se toma como una mala adherencia y se considera que como consecuencia de estos comportamientos no habrá mejoría o se presentará empeoramiento del cuadro.

Los estudios demuestran que en general la no adherencia a los tratamientos en todas las enfermedades se da en un 50% y en enfermedad mental este porcentaje puede ser superior. (4, 5).

El presente estudio describe los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos prescritos por el servicio de salud mental del Hospital La Misericordia en un grupo de

pacientes atendidos desde mayo de 2011 a junio de 2012, evaluando su adherencia al tratamiento a través de la aplicación de instrumentos como son, Test de Morisky-Green, para **2.1** evaluar adherencia farmacológica, la escala de Adherencia validada por la Dra. Murcia en 2010, preguntas abiertas dirigidas a los cuidadores y la revisión de las historias clínicas.

2. Descripción del proyecto

2.1. Pregunta de estudio

“¿Qué factores están relacionados con la adherencia al tratamiento multimodal en niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo evaluados en el Hospital La Misericordia desde mayo de 2011 a junio de 2012?”

2.2. Justificación

En general, cuando se inicia un tratamiento en cualquier patología, se espera que este restaure la funcionalidad del individuo y de quienes le rodean, esto depende de diferentes factores como antecedentes personales, hereditarios o clínicos, el tipo de tratamiento instaurado entre otros.

Dada la importancia, la frecuencia con la que se presenta este trastorno y el gran compromiso que se evidencia en todas las áreas del funcionamiento del individuo, es clara la necesidad del tratamiento multimodal pero es también de suma importancia evaluar la adherencia a estos tratamientos y si esta no es adecuada conocer las razones para la no continuidad del tratamiento propuesto, la influencia de ella en la evolución y pronóstico de los pacientes y como mejorarla.

Generalmente la planeación de intervenciones terapéuticas se basa en el supuesto de que un tratamiento surte efecto sólo cuando se cumple las indicaciones dadas y se da continuidad sin interrumpirse hasta que los indicadores de restablecimiento y funcionalidad del paciente ameriten el alta, así el abandono del tratamiento implica pérdidas económicas, recaídas y a largo plazo empeoramiento del paciente (6) En la consulta externa del Hospital La Misericordia, se encontró una deserción de los pacientes del 70 % en un estudio realizado durante cinco años, el 45% solo asistieron a la primera consulta y no regresaron, el máximo de duración de los pacientes que continuaron tratamiento fue de 9 meses (2).

Es importante evaluar los motivos de esta pobre adherencia al tratamiento en los pacientes con TOC, partiendo de la base que se considera que estos pacientes tienen mejor adherencia

por las mismas características de su patología, pero no es esto lo que se ha encontrado en el Hospital La Misericordia.

En la revisión de la literatura no es mucho lo que se encuentra en relación con este tema, en Colombia no existen estudios relacionados con la adherencia al tratamiento en trastorno obsesivo compulsivo.

En la literatura mundial se habla de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas y en enfermedad mental en general, es por esto que se intenta, buscando a través de entrevistas individuales y aplicación de escalas de adherencia, evaluar las creencias en relación con el TOC, sus causas, la percepción frente a los diferentes tratamientos, el pronóstico, la descripción de los síntomas y el cuadro y como estas variables interfieren en la adherencia al tratamiento.

Según la OMS, “Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos” (OMS 2004).

2.3 Marco teórico

Definición de Trastorno Obsesivo Compulsivo: Legrand du saulle (1875) reconoció por primera vez en la literatura médica la existencia del TOC en la infancia.

En general, hay que buscar los síntomas de TOC en todo niño que acude a la consulta de Salud Mental, sobre todo en las edades típicas de inicio del trastorno: 9-11 años y 16-18 años (Toro y cols, 1992).

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la aparición de pensamientos intrusivos y recurrentes, y por conductas o actos mentales repetitivos realizados con el fin de reducir un malestar o prevenir algún acontecimiento negativo, esto lleva a un deterioro funcional en su vida. (7).

En relación a los niños esto síntomas pueden resultar egosintónicos, además no es preciso que las obsesiones o compulsiones sean excesivas o irracionales.

Es un trastorno laborioso para diagnosticar, porque predomina la comorbilidad en el motivo de consulta.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones y se clasifica entre los trastornos de Ansiedad (American Psychiatric Association, 2000), con curso crónico e incapacitante y que interfiere en todas las áreas.

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas y persistentes que generan ansiedad, la temática más frecuente en niños es de miedo a la contaminación o contagio, a peligros potenciales sobre sí mismos o personas de su entorno, temas relacionadas con el orden, ideas de contenido religioso-morales o preocupaciones sexuales. (6)

Las compulsiones son definidas como conductas repetitivas o actos mentales que reducen la ansiedad; las más comunes en los niños incluyen el lavado, el chequeo y los rituales de ordenar. (2)

En general hay una tendencia de los niños a ocultar los síntomas y de los padres a tolerarlos o minimizarlos, debido tanto a la frecuente presencia de TOC en los padres o la confusión con los rituales normales del desarrollo (M.T. de Lucas, 2002).

Finalmente y de suma importancia la ansiedad como síntoma primordial en el curso del trastorno y siendo este el primer síntoma sobre el cual se inicia la terapia, siguiendo del control de síntomas obsesivos y compulsivos, relaciones interpersonales y funcionamiento social y por último la comorbilidad.

El diagnóstico es clínico, se utilizan escalas las cuales se describen mas adelante. En cuanto a utilización de técnicas de neuroimagen, estudios con TAC (Lexenberg y cols. 1988) muestran una reducción bilateral del volumen del núcleo caudado, y en la RNM alteraciones de lóbulos frontales, giro lingulado y núcleo lenticular, sin que la intensidad del hallazgo se correlacione con gravedad o duración del TOC (Robinson y cols. 1995). En estudios de neuroimagen funcional con PET, se encuentra aumento de la actividad metabólica en región fronto-orbitaria y cíngulo (Perani y cols. 1995), así como hipofunción de los ganglios de la base con SPECT (Adams y cols. 1993). Estos hallazgos a favor de un hipermetabolismo fronto-orbitario por hipofunción en núcleos basales (M.T. de Lucas, 2002). (8)

Criterios cie-10 para el diagnóstico de trastorno obsesivo- compulsivo:. (Fuente: OMS)

Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.

- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
 - c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
 - d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos.
- Incluye: Neurosis obsesivo-compulsiva. Neurosis obsesiva. Neurosis anancástica.

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivos: Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar. Su contenido es muy variable, pero se acompañan casi siempre de malestar subjetivo. A veces las ideas son simplemente banales en torno a una interminable y casi filosófica consideración de alternativas imponderables. Esta consideración indecisa de alternativas es un elemento importante en muchas otras rumiaciones obsesivas y a menudo se acompaña de una incapacidad para tomar las decisiones, aún las más triviales, pero necesarias en la vida cotidiana.

La relación entre rumiaciones obsesivas y depresión es particularmente íntima y se elegirá el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo cuando las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un trastorno depresivo.

Con predominio de actos compulsivos: (rituales obsesivos): La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se ha evitado una situación potencialmente peligrosa, o con la pulcritud y el orden. En la conducta manifiesta subyace por lo general un miedo a ser objeto o motivo de un peligro y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de conjurar ese peligro. Los rituales compulsivos pueden ocupar muchas horas de cada día y suelen acompañarse a veces de una marcada incapacidad de decisión y de un enlentecimiento. En conjunto, son tan frecuentes en un sexo como en el otro, pero el lavado de manos ritual es más frecuente en las mujeres y el enlentecimiento sin repeticiones es más común en los varones.

Los rituales están menos íntimamente relacionados con la depresión que los pensamientos obsesivos y responden con mayor facilidad a las terapéuticas de modificación del comportamiento.

Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos: La mayoría de los enfermos con un trastorno obsesivo-compulsivo presentan tanto pensamientos obsesivos como compulsiones. Esta subcategoría debe ser usada cuando ambos son igualmente intensos, como es frecuente, aunque es útil especificar sólo uno cuando destaca con claridad ya que pensamientos y actos pueden responder a tratamientos diferentes.

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo. Fuente: american psychiatric association.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar los medicamentos prescritos. La OMS, en junio de 2001, definió la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”. Además de considerar la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas como un tema prioritario de salud pública. (9).

En 1993 Gavino y cols definieron el abandono como “una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”. (24).

La mala adherencia puede ocurrir en cualquier momento o circunstancias o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras, por ejemplo tomar la medicación entre semana y el fin de semana no.

Se ha intentado determinar desde las características de la personalidad y variables sociodemográficas, modelos operantes y socio cognitivos que influyan en la adherencia terapéutica. (28)

Los pacientes y para la presente investigación sus familias toman decisiones sobre su medicación, asistencia a terapias, siendo importante considerar factores personales

relacionados con sus creencias, con la percepción de la causa de su enfermedad, lo que significa la asistencia a un psiquiatra, la manera como pueden enfrentar sus síntomas etc.

Entre las variables implicadas están, según la literatura, las creencias, las metas esperadas del tratamiento, la motivación para realizarlo, la severidad percibida de los síntomas; el tipo de enfermedad, el tiempo de evolución, si es crónica, los síntomas, los síntomas que impliquen cambios en el estilo de vida ;en relación al tratamiento farmacológico la dosis, vía de administración, tiempo de tratamiento, si hay efectos secundarios y la complejidad del tratamiento; La relación médico paciente; la información que se brinda, es importante el uso de estrategias destinadas a verificar la comprensión; el apoyo social: se debe educar la familia, hacer entrenamiento y ofrecer apoyo. la organización en la atención la programación de citas y la supervisión de la adherencia. (28)

En cuanto al fracaso terapéutico, se encuentra que el abandono prematuro del tratamiento en salud mental es excesivamente alto. Un ejemplo es lo que sucede en las conductas adictivas, se habla de que entre un 20 y un 57% de los pacientes no vuelven a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no completan más de 4 sesiones, (24) algo muy similar a los hallazgos en TOC en el hospital de la Misericordia.

Es importante recordar que los pacientes deben ser considerados personas que toman sus propias decisiones en un aspecto de compromiso por parte de cada uno de ellos y el médico es quien debe establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos permitiéndoles entender su problema de salud e implicaciones del tratamiento, mejorando así la efectividad de estos. (10).

Cuando se prescribe un tratamiento se informa o instruye al paciente o su familia sobre el régimen, y la responsabilidad de llevarlo a cabo en realidad recae casi exclusivamente en los pacientes. Con frecuencia esto sucede sin preguntarnos si el paciente tiene la información y conciencia clara de su patología y tratamiento. (Pang, Tso, Ungvari, Chiu, et. Al. 1995; Pang, Lum, Ungvari, Wong, et. Al., 1996; Swanson, Pantalón & Cohen, 1999).

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre adherencia a tratamiento se han realizado de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y como tal para los gobiernos. Hay estudios en relación a adherencia en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH. (11) (12)

Estudios de adherencia en salud mental son pocos, las revisiones sistemáticas sobre este tema son infrecuentes, sobre los fallos en la adherencia a los programas de tratamiento en personas con trastornos mentales, nos indica que uno de cada cuatro fallan en la adherencia al tratamiento (13)

Gavino y Godoy (1993) en un estudio en relación con la adherencia a psicoterapia proponen consideran como causas de abandono del tratamiento: que ya no importe el motivo de consulta, que lo hagan por consejo de otro profesional de corriente teórica distinta, cambio de domicilio del paciente o del terapeuta, desmotivación por la terapia, incumplimiento de instrucciones, relativizar el problema, no conseguir objetivos, negación a tocar algunos tema, falta de rapport con el terapeuta (7) (24)

Específicamente en Trastorno obsesivo compulsivo, S. E. Stewart et cols estudiaron una muestra encontrando que los pacientes con comorbilidad de depresión leve tuvieron mejor adherencia pero no fueron diferentes en relación a la duración, edad, estado civil, estado laboral, inicio de TOC, historia familiar de TOC, tratamiento e historia de remisión (24) (25)

Para la OMS “Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar”. (9)

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, la evaluación subjetiva no es confiable, por lo cual se han utilizado encuestas como la de Moris para objetivar estos datos

La Organización Mundial de la Salud en su publicación “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción”. OMS 2003 y la Organización Panamericana de la Salud 2004 hacen referencia a la importancia de que los sistemas de salud se deben preocupar por favorecer la adherencia, evaluar los factores relacionados con el paciente no responsabilizándolos de todo el cumplimiento sino teniendo en cuenta también la responsabilidad del personal médico y los determinantes de salud relacionados con el sistema y considerando que las intervenciones dirigidas a la adherencia terapéutica se deben adaptar a cada patología y paciente en sí.

El uso de programas psicoeducativos centrados en la información acerca de la enfermedad y el tratamiento son decisivos en la mejoría de la adhesión terapéutica entre estos pacientes (Colom et al, 1998). Aunque hay artículos que sugieren la utilidad de las intervenciones psico-educativas y el tratamiento de apoyo, no hay estudios que comprueben la eficacia de estos procedimientos. Incluir a los familiares en el programa del tratamiento ha sido beneficioso (27)

Es importante que los pacientes conozcan acerca del tratamiento ya que pueden dejar de tomarlo si no perciben sus efectos terapéuticos en un plazo más o menos corto de tiempo. El papel del terapeuta es decisivo (24)

2.4. Factibilidad y limitantes

El proyecto se realizará en la Fundación Hospital La Misericordia, en convenio con la Universidad el Bosque, facilitando el desarrollo de este. Como limitante importante fue la demora en aceptación por el comité de ética, por lo cual fue necesario revisar las historias clínicas después de que fue aprobado el proyecto por dicho comité, esto influyo en dificultades para la aplicación de las escalas de adherencia pues muchos pacientes ya no estaban asistiendo

2.5. Estrategia general de investigación

Se propone un estudio cuantitativo, basado en descripción de resultados obtenidos luego de revisión de historias clínicas, entrevistas, escalas, dirigidas a los padres y cuidadores de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo referente a factores que influyen en la adherencia al tratamiento

2.6. Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad El Bosque. (anexo1)

2.6.1. Aspectos éticos. La población estudio, es extraída de la consulta Institucional de la Fundación Hospital La Misericordia ubicada en la ciudad en Bogotá, en la Avenida Caracas No. 1-13. Consulta a cargo del investigador, la población ingresa en calidad de pacientes y sujetos de investigación, y esta se realizará según lo siguiente:

Se evitará el conflicto de intereses por el doble papel de investigador – psiquiatra psicoterapeuta, por un doble mecanismo:

a. Los pacientes se seleccionaran de la consulta externa del investigador, cuando se considere que su caso es representativo de Trastorno Obsesivo compulsivo en este momento se le solicitara al paciente y su familia su asentimiento, previa aceptación de la invitación a participar en el estudio.

b. No se recibirán ingresos adicionales por efecto de la investigación, el presupuesto incluye exclusivamente los honorarios por el tiempo empleado en el análisis de las estadísticas, entrevistas, escalas y elaboración de documentos relacionados con la investigación.

2.6.2. Normatividad de carácter vinculante. Para la presente investigación se tiene en cuenta la normatividad vigente en la República de Colombia dada por la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

De acuerdo a esta norma se resalta lo relativo a los siguientes artículos:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 11. Riesgo: la investigación se clasifica con riesgo mínimo (estudios retrospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios).

Artículo 14. Consentimiento Informado, mediante el cual el sujeto de investigación o en este caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, previa explicación de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá el paciente.

Artículo 26. Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación para ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer.

2.6.3. Normatividad de carácter no vinculante: Se cumple con las recomendaciones expuestas en el Convenio de Oviedo, si el menor no tiene capacidad decisoria sobre una intervención, sólo lo podrá autorizar su representante. La opinión del menor se tendrá en cuenta según su edad y madurez mental.

Existen excepciones para que los padres no tomen decisiones sobre el menor, las cuales de ser necesario se tendrán en cuenta.

Adicionalmente la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de acuerdo a su última revisión de Seúl 2008.

2.6.4. Reflexión ética: La presente investigación se enmarca en el área de las ciencias humanas, pero al ser los sujetos de investigación niños y adolescentes en condición de vulnerabilidad por su condición psiquiátrica y que asisten a consulta es necesario el cumplimiento de la normatividad en investigación clínica.

De acuerdo con el decreto 8430/93 entraría en la clasificación Investigación con riesgo mínimo: en relación a que es un estudio retrospectivo que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios.

Al tratarse de un estudio mixto, cuantitativo, cuya unidad de análisis son los padres y pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, considerados como población vulnerable, se exige ser especialmente cuidadosos en la conservación de la confidencialidad de su historia clínica, se aclara sin embargo que el tipo de trastorno que se está investigando no presenta alteración cognitiva que le impida la capacidad de discernir y siempre las intervenciones se harán bajo un riguroso control y ética puesto que es parte del tratamiento propio de su patología,

Para proteger la identidad se codifican los cuestionarios, evitando así un daño a la imagen o a la dignidad de los sujetos de investigación.

Los individuos sujetos de investigación deben cumplir con determinados criterios de inclusión y luego debe explicárseles: el procedimiento, riesgos que conlleva y objetivos de la investigación, para que puedan tomar la opción de hacer parte del grupo de investigación o no, lo que se verá expresado en el consentimiento informado.

2.6.5. Consentimiento y asentimiento informado (anexos 2,3): El investigador que es médico psiquiatra realizando la especialidad en niños y adolescentes bajo la supervisión de un docente investigador del grupo de Salud Mental, Neurodesarrollo y Calidad de vida de la Universidad El Bosque, propone al sujeto de investigación que es adolescente en condición de paciente de su consulta, a este y sus padres pues los pacientes son menores de edad por las características de la fundación y el servicio es de psiquiatría infantil, incluir la historia clínica psiquiátrica, las escalas con las cuales se confirmó el diagnóstico las cuales hacen parte de la consulta rutinaria del protocolo de la Fundación La Misericordia para hacer diagnóstico CIE 10, las entrevistas a profundidad además del producto de los instrumentos de adherencia al tratamiento, y que dichos instrumentos son aplicados a los padres o cuidadores de los menores evaluar la adherencia que es el fin del estudio. El menor y sus padres deben expresar su acuerdo en participar y el investigador garantizar la

salvaguarda de confidencialidad y el bienestar del paciente. Se clarifica que pueden abandonar el estudio en cualquier momento, sin repercusión alguna.

Además, se les aclara que si no desean participar del estudio recibirán igual tratamiento y atención para su patología según los protocolos de manejo para su trastorno.

3. . Objetivos

3.1 Objetivo General

Describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento multimodal en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo evaluados en el hospital La Misericordia desde mayo de 2011 a junio de 2012

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en el trastorno obsesivo compulsivo
- Identificar los factores sociales y culturales asociados con la adherencia al tratamiento multimodal en el trastorno obsesivo compulsivo
- Describir las características socio demográficas de los pacientes y con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y sus cuidadores

4. . Metodología

4.1 Diseño de estudio

El presente estudio corresponde a una investigación cuantitativo, descriptiva, transversal, experimental. El estudio busca determinar factores relacionados con la adherencia al tratamiento multimodal en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo atendidos en el hospital de la Misericordia entre mayo de 2011 a junio de 2012

4.2. Población

4.2.1. Población de referencia

Pacientes entre los 6 a 18 años de edad con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, atendidos en Fundación Infantil La Misericordia en Bogotá entre mayo de 2011 a junio de 2012 y padres de estos pacientes.

4.2.2. Población elegible

Pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, la población es abierta pues son los pacientes atendidos entre mayo de 2011 a junio de 2012 en la Fundación Infantil La Misericordia en Bogotá, que cumplan los criterios de selección referidos a continuación

4.3. Criterios de selección

4.3.1. Criterios de inclusión

Teniendo en cuenta que según la literatura este es un trastorno que se inicia entre los 9 y 11 años (Toro y cols, 1992). Se dará un margen dado los hallazgos del servicio con niños desde los 6 años hasta los 19 años inclusive con diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo, según diagnóstico CIE 10 y DSM IV R. Realizado siguiendo el protocolo de TOC del servicio de Salud Mental de la Fundación Hospital La Misericordia, en el periodo entre mayo de 2011 a junio de 2012; con tratamiento de más de dos meses. Padres o Cuidadores de los anteriores pacientes

4.3.2 Criterios de exclusión

1. No firma del consentimiento informado de autorización por parte de los padres
2. Comorbilidades que puedan influir en el diagnóstico y evolución del paciente

4.4. Plan de recolección de información

El desarrollo de la presente investigación inicia con el diagnóstico clínico de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, para lo cual se utiliza el protocolo de trastorno Obsesivo compulsivo del servicio de Salud Mental de la Fundación Hospital La Misericordia. Una vez seleccionados los pacientes, se procederá a solicitar la autorización a los padres y pacientes a través del consentimiento y asentimiento informado para su participación en el

estudio, posteriormente se entrara a analizar estas historias, evaluando cada una de las encuestas aplicadas para el diagnóstico y comparándola con la adherencia presentada, además de la aplicación de instrumentos como el test de Morris Grain, el instrumento para evaluación de adherencia validado por la Dra. Murcia, aplicadas a los padres acompañantes de sus hijos a las consultas, o citados en los controles posteriores cuando los pacientes asisten con otros cuidadores como abuelos. Los datos recolectados se ingresarán a una base de datos, elaborada en Excel previamente y que contiene las variables de estudio. Para la fase de diagnóstico se cuenta con el siguiente protocolo

4.5. Protocolo trastorno obsesivo compulsivo

El Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes es una enfermedad compleja, considerado como el cuarto desorden psiquiátrico más común en el mundo, con una relevante morbilidad biopsicosocial y una prevalencia de 1-3 % en la población mundial (2)

Es un trastorno laborioso para diagnosticar, porque predomina la comorbilidad en el motivo de consulta. El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones y se clasifica entre los trastornos de Ansiedad (American Psychiatric Association, 2000), con curso crónico e incapacitante y que interfiere en todas las áreas del individuo.

Para la evaluación de los pacientes que llegan al servicio remitidos de las diferentes EPS con las que se tiene contrato o pacientes particulares, se realizara en la primera consulta los siguientes formatos para posteriormente completar las escalas para aclarar y corroborar el diagnóstico, teniendo de esta manera parámetros objetivos tanto para diagnóstico, seguimiento y pronóstico.

4.5.1. Formato Consulta de primera vez en este formato se recoge los datos de identificación, se hace referencia al motivo de consulta según los padres, quien los remitió. Lo diligencia el acompañante del paciente, previa presentación del médico tratante y explicación de lo que se va a realizar, una vez diligenciado este, se procede a llenar el formato Historia de Neurodesarrollo

4.5.2. Historia de Neurodesarrollo: Este formato lo diligencia el médico en compañía del acompañante del paciente, se toman los datos demográficos, escolaridad, el motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes del embarazo, parto y desarrollo psicomotor, del lenguaje, control de esfínteres, antecedentes médicos, desarrollo social, comportamiento escolar, comportamiento en el hogar, disciplina, premios y castigos en casa, antecedentes familiares, una vez completa esta historia se procede a realizar la historia clínica

4.5.3. *Historia clínica Psiquiátrica*: recoge toda la información aportada durante la entrevista en relación a antecedentes de importancia, motivo de consulta para los padres, acompañantes y paciente, con tiempo de evolución, repercusiones de los síntomas, datos positivos a las entrevistas y los indicadores de seguimiento que corresponde a la descripción de la interferencia de cada síntomas para el paciente y su familia, estos se numeran jerarquizados de 1 a 5 siendo 1 el de mayor compromiso y 5 el de menos y calificando la interferencia en la calidad de vida del paciente en las áreas de funcionamiento de 1 a 10, siendo 1 menor interferencia y 10 la mayor interferencia posible

Una vez tenemos claro las características de los síntomas y si estos apuntan a un trastorno obsesivo compulsivo (según criterios diagnóstico CIE 10 y DSM IV R) y recordando como ya se dijo que en la mayoría de los casos en los niños el motivo de consulta es la comorbilidad se pasa a confirmar el diagnóstico a través de escalas las cuales son útiles para objetivar el cuadro y hacer el seguimiento

4.5.4 *Aplicación de escalas*

La primera escala que se aplica para evaluar síntomas ansiosos:

Scared: esta es la herramienta de mayor utilización en Colombia para evaluar ansiedad, "Screen for child anxiety related emotional disorder" avalado por Birmaher y cols en 1999. (16)

Consta de 41 ítems que describen como se siente el paciente en los últimos 3 meses, se responde a cada ítem de 0 a 2 siendo 0 nunca, 1 algunas veces y 2 siempre si es mayor a 25 se confirma la ansiedad en el paciente. Si es positivo para los padres, la ansiedad es reconocida por todos y seguramente creciente. Si para los padres es negativa, señala que se trata de un conflicto privado, no visible para su familia. Si es negativo para el paciente y el examen físico evidencia la ansiedad (manos sudorosas, puntos dolorosos positivos, taquicardia) y el Scared de la familia igualmente lo confirma es negativo porque el paciente no tiene conciencia del mismo
Posteriormente aplicamos

Leyton: "Leyton Obsessive-compulsive Inventory-Children Versión", (LOI-CV) (Inventario de obsesiones de Leyton. Es una adaptación de la versión del adulto) Consta de 44 ítems, que se responden sí o no, según estén presentes o ausentes los síntomas descritos, se suman los ítems positivos sobre 44 y luego se jerarquizan estos de 1 a 5 siendo el 1 el de mayor interferencia que es sobre el cual se empezara a trabajar.

Esta escala valora la interferencia que en el funcionamiento del niño ocasionan las obsesiones y rituales y la capacidad de resistir las compulsiones. Se aplica a niños y adolescentes de 8 a 18 años. Es una escala de autoevaluación. El LOI-CV diferencia

significativamente a los niños obsesivos de los controles. Este está avalado en Colombia (17)

Si la sintomatología del adolescente tiene características de los cuadros de adultos, se aplica la escala de Goodman

Goodman: Esta escala tiene dos partes, la parte A mide síntomas de ansiedad asociados a ideas obsesivas y compulsiones en el último mes, marcando si o no, según la presencia del síntoma, en la parte B de la escala se evalúa el tiempo que ocupan los pensamientos, imágenes, conductas, o impulsos repetidos que se señalaron en la parte A, también en el último mes describiendo el tiempo que ocupan estos pensamientos, que tanta ansiedad producen de leve a extrema, la dificultad para controlarlos y la interferencia de los síntomas en la vida.

Esta escala se aplica en adolescentes cuyos síntomas sean más parecidos a los de adultos, puesto que la descripción de la escala corresponde más a los cuadros de adultos por esta razón no se utiliza en niños

Posterior a la escala de Goodman si se aplicó o al Leyton si son positivos se pasa a aplicar el Ybocs

Ybocs sintomático: Y-BOCS - Escala Yale-Brown para el TOC
Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Goodman y cols, diseñaron en 1989 la escala Y-BOCS para el TOC definido según los criterios del DSM-III-R.

Esta escala es autoadministrada, primero se le pide al menor que lea las definiciones de obsesión y compulsión, las cuales se le facilitan en la consulta (archivo Y-Bocs, en carpeta escalas) una vez las ha leído y entendido se le pide que marque en la escala si presenta o no el síntomas descrito en cada uno de los ítems en relación al tiempo, ya sea ahora o antes, luego debe describir las primeras tres obsesiones y aclarar que hace para evitarlas y describir las compulsiones que presenta

Esta escala mide la intensidad del TOC sin analizar el contenido de los síntomas; valora por separado obsesiones y compulsiones; es sensible y selectiva en los cambios de la severidad de los síntomas. Es muy útil para medir la intensidad de los síntomas y su variación ante el tratamiento. Múltiples estudios de comparación y validación entre los instrumentos creados para medir sintomatología obsesivo-compulsiva concluyen que, de todos ellos, la Y-BOCS es la más adecuada por su mayor confiabilidad, consistencia interna y sensibilidad al cambio

Se dispone de la versión adaptada y validada en español por Sal, et al., 2002 Y de una versión infantil y para adolescentes CY-BOCS . Se dispone de la versión adaptada y validada en español por Ulloa, et al., 2004 (18) Y validada para Latinoamérica (19) Después se aplica:

Ybocs puntuador: consta de 10 preguntas, las primeras cinco corresponden a ideas obsesivas, las 3 primeras se califican de 1 a 4 siendo 0 nada y 4 el compromiso mas incapacitante, y las preguntas 4 y 5 hacen referencia a la resistencia contra las obsesiones y la 5 al grado de control de los pensamientos obsesivos, también se califican de 0 a 4.

De las ultimas 5 preguntas que hacen referencia a comportamientos compulsivos, en cuanto al tiempo, interferencia de los comportamientos, el malestar asociado, la resistencia a las compulsiones y el grado de control sobre el comportamiento compulsivo, se califican de 0 a 4, siendo 0 el de menor valor y 4 el más significativo

Esta es la escala más usada para medir el tipo y severidad de los síntomas Obsesivo Compulsivos en niños y adolescentes y mide como ya se dijo el tiempo consumido en los síntomas, grado de interferencia, grado de sufrimiento personal, grado de conciencia y capacidad de resistirse a los síntomas. Dicha escala ha sido validada en español y para Latinoamérica y es sensible a los cambios ocurridos con el tratamiento. La escala CY-BOCS es considerada el gold estándar tanto para la evaluación basal del TOC infantojuvenil como para monitorear los efectos del tratamiento. Se considera que una disminución del 25 % en la puntuación de la escala CY-BOCS constituye una mejoría clínica significativa y muchos estudios controlados persiguen este objetivo (20)

Escala Y-BOCS para niños – Reporte de padres: "Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for Children" (YBOCS-C) (Escala obsesivo compulsiva Yale-Brown). Adaptación de la escala de Goodman para los adultos. Valora: obsesiones y rasgos de personalidad obsesiva (21)

Esta escala también consta de 10 preguntas, describe los síntomas de sus hijos y la percepción de los padres al respecto, las primeras cinco preguntas se relacionan a síntomas Obsesivos y los ultimas a síntomas compulsivos, se responde de A hasta E según la descripción de cada ítem, se compara la percepción de los padres con lo referido por el paciente. Definiendo así el compromiso funcional del niño o la tolerancia de los síntomas cuando hay discordancia entre los síntomas o el compromiso descrito por uno u otros Posterior a esta se realiza:

Escala de interferencias: Se utiliza escala ANEXO Y BOCS, esta evalúa por grupos de síntomas y su interferencia en las diferentes áreas, preguntas de la 1 a la 14 dificultades en el colegio, de la 15 a la 29 dificultades en la casa y de la 30 a la 44 dificultades sociales. Se responde si o no según la dificultad descrita, Se evalúa en que área de desempeño hay mayor interferencia, no se tiene punto de corte, así confirmamos donde está la mayor interferencia en el funcionamiento del paciente

Luego de esta Se entra a confirmar o descartar comorbilidad, utilizamos escalas para depresión, trastorno oposicional desafiante, trastornos de alimentación, fobia social según se evidencie sintomatología

-Depresión CDI - Inventario de depresión infantil Children Depression Inventory. Kovacs, 1991. El CDI es el instrumento más utilizado y mejor aceptado por los expertos en depresión infantil, pues ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad en la clínica. Se obtiene una puntuación general de depresión que se descompone en dos escalas: disforia y autoestima negativa. Se trata de una escala autoaplicada que consta de 27 ítems. Cada ítem tiene tres respuestas valoradas de 0 a 2, según la ausencia o gravedad de los síntomas, punto de corte 19, si es positiva se confirma depresión y se inicia tratamiento según compromiso.

Esta escala puede ser administrada a población de 8 a 15 años. (Dispone de la versión española, adaptada por TEA Ediciones (22)

En adolescentes se aplica CDI-LA, son 27 ítems con tres frases cada uno, se le pide al paciente señale la que lo describa mejor, marca 1 punto si señalan la segunda opción que implica síntoma severo, si elige otra frase, se dará 2 o 0 según la opción elegida 0 no síntoma, 2 si la frase describe un síntoma, esto en relación a los últimos 15 días,

Escala de Zung para depresión, se responde los síntomas de 1 a 4 siendo 1 nunca y 4 siempre y los ítems que no reportan síntomas de 4 a 1 siendo 4 nunca y 1 siempre. Por encima de 50 puntos es sintomático, leve de 50 a 59, moderado d 60 a 69 y severo mayor de 70 (23)

-Fobia social La Escala Autoevaluada de Discapacidad de Liebowitz: (Liebowitz Disability Self-Rated Scale, LDSRS) fue desarrollada por Liebowitz en 1987. Su objeto es valorar el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud del trastorno de ansiedad o fobia social

Esta escala tiene 24 ítems, se responde primero la columna en relación a ansiedad marcando de 0 a 3 siendo 0 nunca y 3 severa, luego se llena la columna referente a evitación siendo también 0 ninguna y 3 usualmente, luego se suman los puntos de ambas columnas, punto de corte por encima de 55, de 55 a 65 interferencia moderada, 66 a 80 marcada, 81 a 95 severa y mayor a 95 muy severa, se confirma diagnóstico, estos pacientes van para el grupo de habilidades sociales

-Trastornos alimentarios Se aplica la *Escala de percepción de peso e imagen corporal*, en la cual se marca cual considera que es la figura actual y cual la ideal, confirmando o descartando además con los datos tomados en la entrevista y la historia clínica si tiene un trastorno de alimentación como comorbilidad

Es de aclarar que toda esta evaluación no se hace en una sola sesión, sino que se individualiza según cada paciente

Por último, se aplican las escalas de calidad de vida

Calidad de vida. Se utiliza PQ-LES-Q, con esta escala se evalúa el punto de vista con respecto a la salud general, bienestar y sentimientos acerca de la vida del paciente, es auto administrada, se pregunta en relación a la última semana, se califica de 1 a 5 siendo 1 muy mal y 5 muy bien, esta escala es cualitativa, no tiene punto de corte, se utiliza para seguimiento para lo cual se debe aplicar cada 6 meses, Esta escala esta validada en Colombia, (24)

Escala Global de Funcionamiento Infantil (GAF) Se evalúa el mayor nivel de deterioro funcional en un periodo de tiempo determinado, se califica de 1 a 100 en 10 ítems.

Como en otros trastornos psiquiátricos, el uso de medidas de funcionamiento global, como la evaluación de funcionamiento global (GAF), son de gran utilidad para medir el impacto del trastorno al momento del diagnóstico y la eficacia del tratamiento a lo largo del tiempo. Se realiza al terminar la historia clínica completa y se debe hacer cada 6 meses.

Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Con relación al tratamiento por médico psiquiatra de niños y adolescentes, la prioridad es el control de síntomas ansiosos, para lo cual se utilizan medicamentos según la indicación individualizada de cada paciente; una vez la ansiedad del paciente se reduce, se mejora, se continúa con anti obsesivos; el tratamiento de la comorbilidad se define individualmente. Simultáneamente se empieza tratamiento en terapia de grupos para pacientes y control

individual, la cual se lleva a cabo en el Hospital de la Misericordia, los martes cada 15 días a las 8 de la mañana

Seguimiento

El seguimiento a estos pacientes se hace cada 15 días en consulta individual y terapia de grupo por Psiquiatría infantil y del adolescente, se actualizan escalas de diagnóstico cada 6 meses para evidenciar evolución clínica del cuadro, según protocolo de manejo de la unidad de Salud Mental del Hospital La Misericordia.

Se considera suspender el tratamiento por mejoría, cuando se evidencia desaparición de la ansiedad, obsesiones y compulsiones. Con estos cambios centrales se espera que mejoren al mismo tiempo sus comorbilidades, la vida en su hogar, colegio y ámbito social. Este objetivo se evalúa en cada control al valorar el nivel de interferencia de cada síntoma por el cual consultó, se realiza control con medición de calidad de vida cada 6 meses (PQLES Q y GAF), el seguimiento es a un año antes de dar alta por la especialidad

Este es el protocolo de diagnóstico que se utiliza en la fundación Hospital La Misericordia a todos los pacientes en quienes se sospeche trastorno obsesivo compulsivo y de los que se confirme diagnóstico se invitarán a participar de la investigación. Igualmente junto al tratamiento que normalmente se les ofrece se diligenciará los instrumentos para evaluar adherencia en los que acepten participar que es el fin de este estudio, se aclara que todos los pacientes independiente de si entran o no al estudio recibirán el tratamiento adecuado que requieren para su patología tanto farmacológico si así lo ameritan además de que ingresan a terapia de grupo y terapia individual (Guías APA 2011)

4.6. Aplicación de instrumentos

Considerando que nuestros pacientes no asisten a la consulta en la gran mayoría de los casos por su propia iniciativa sino que son traídos por sus padres o cuidadores, será a ellos a quienes se les aplique una escala para evaluar adherencia, este instrumento se diseñó para evaluar adherencia en pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y fue validada en Colombia por la Dra. Ángela Murcia.

Al ser el TOC otra de las patologías psiquiátricas infantiles frecuentes como el TDAH, se considera adecuada para aplicar en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. Esta escala mide cuatro dimensiones, socioeconómica, seguridad social, salud del paciente, terapia; y tiene por finalidad conocer cuáles son las percepciones de padres y pacientes en relación a la enfermedad, el tratamiento y así definir cuáles son las causas

más comunes que influyen en la pobre adherencia observada en el trastorno obsesivo compulsivo. Al mismo tiempo se medirá adherencia farmacológica a través del Test de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols. para evaluar adherencia farmacológica (27). Esta la diligenciarán los pacientes cuando sean ellos quienes se administran su medicación o por sus padres cuando sean ellos quienes lo hacen

También se harán preguntas abiertas con objetivos muy concretos para evaluar otros ámbitos.

A continuación se describe los instrumentos a utilizar

Instrucciones para diligenciar el instrumento

A continuación encuentra usted, una serie de situaciones comunes que los padres y los niños pueden tener y que expresan aspectos o experiencias que influyen, en que usted y su hijo /a cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cómo administrar adecuadamente su medicamento o Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la FRECUENCIA con que ocurre cada evento en su situación en particular. (Últimos tres meses)

INSTRUMENTO EVALUACIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Nombre _____ Edad _____
 Seguridad Social _____ Procedencia _____
 Escolaridad _____ Ocupación _____

	NUNC A	A VECES	SIEM PRE
DIMENSIÓN SOCIO-ECONÓMICA			
1. Los ingresos cubren las necesidades básicas de mi familia. (vivienda, alimentación).			
2. Alguna persona (hermanos, tíos , abuelos, amigo otro) apoya económicamente el tratamiento de mi hijo/a.			
3. Tomo en cuenta la participación de otras personas (profesores, amigos, vecinos) para			

decidir sobre la administración de la medicación de mi hijo/a.			
4. El colegio conoce la condición de mi hijo/a y su tratamiento			
5. El colegio apoya el tratamiento de mi hijo/a (le administra el medicamento, me informa novedades, respeta horarios)			
6. Probé otros tratamientos no convencionales para tratar la enfermedad de mi hijo/a (rezos, brujos, yerbas, sanación, religión, homeopatía).			
7. Cuando me informaron sobre el diagnóstico de mi hijo/a pedimos una segunda opinión.(No estuve de acuerdo , quería confirmar el diagnóstico)			
8. La enfermedad de mi hijo/a requiere que sea atendido por un psiquiatra			
9. Me han recomendado algunas personas suspender el medicamento a mi hijo/a.(familia, escuela, amigos)			
10. Con el tiempo la enfermedad de mi hijo va a mejorar sin medicamento			
11. Evito hablar de la enfermedad de mi hijo/a otros padres			
12. Creo que la medicación es para niños que están más enfermos que mi hijo/a			
13. Siento que la enfermedad de mi hijo/a es grave			
14. Mi hijo/a siente vergüenza de tomar medicación			
15. Es mejor que las personas no sepan que mi hijo/a toma medicamentos			
DIMENSIÓN RELACIONADA CON EL SISTEMA DE SALUD			
16. El médico me explico la enfermedad de mi hijo/a.			
17. Siento que el medico exagera sobre la enfermedad de mi hijo			
18. El médico me explico cómo debo administrar el medicamento a mi hijo/a			
19. El médico me ha explicado los posibles efectos secundarios de la medicación.			
20. El personal médico es suficiente para la atención de mi hijo/a			
21. Obtengo las citas mensuales para la atención de mi hijo/a			
22. Al médico le preocupa el bienestar de mi hijo/a			

23. Me entregan el medicamento formulado durante las 72 horas posterior a ser formulado			
24. En ocasiones no he tenido medicación por que la Entidad no me lo ha suministrado			
25. Si la entidad no me suministra el medicamento lo consigo por mis propios medios			
26. Siento confianza en el médico que trata a mi hijo/a			
DIMENSIÓN RELACIONADA CON EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE			
27. Mi hijo/a entiende su enfermedad			
28. Mi hijo/a entiende las razones por las cuales necesita un medicamento para su enfermedad			
29. Mi hijo/a rechaza tomar los medicamentos			
30. Mi hijo /a se beneficia del medicamento			
31. Mi hijo/a está cansado de tomar el medicamento			
32. Mi hijo/a se encuentra afectado académicamente por su enfermedad (le va mal en el estudio, pierde materias, años, no aprende, le cuesta trabajo estudiar).			
33. Mi hijo/a se encuentra afectado socialmente por la enfermedad (peleas continuas, pocos amigos, lo aíslan, lo discriminan, lo rechazan).			
FACTORES ASOCIADOS A LA TERAPIA			
34. Inicie la medicación a mi hijo/a solamente hasta que mi hijo/a empeoro.			
35. He tenido que suspender el medicamento por los efectos secundarios que le produce a mi hijo/a			
36. He suspendido el medicamento de mi hijo/a por recomendación de otras personas.			
37. El medicamento puede causar dependencia en mi hijo/a.			
38. Es fácil administrar el medicamento a las horas indicadas			
39. Olvido suministrarle el medicamento a mi hijo/a las horas indicadas			
40. Otra forma de presentación del medicamento (ampolla, parche, suspensión) de efecto más duradero facilitaría el tratamiento.			
41. Los tratamientos de rehabilitación (terapia ocupacional, del lenguaje, psicopedagogía, otros) son mejores que los medicamentos.			
42. Cuando mi hijo /a esta mejor no administro el medicamento			

43. Cuando mi hijo /a esta peor le doy más medicación.			
--	--	--	--

Por favor responda las siguientes preguntas

1. Cuál fue el motivo de consulta o de remisión a Psiquiatria?

2. Cuáles son los síntomas que presenta su hijos

3. Creencias acerca de los tratamientos psiquiátricos

4. Percepción de evolución de sus hijos

5. Que otros motivos ha tenido para no asistir a consulta o a terapias con la frecuencia estipulada?

Test de Morisky-Green: Tiene la finalidad de valorar actitudes acerca del tratamiento; no es útil para la prescripción a demanda (27)

Si responde de forma incorrecta alguna de las cuatro preguntas se considera incumplidora.

CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)

- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
- ¿Toma la medicación a la hora indicada?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
- Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación

5. . Análisis de la información

Una vez depurada la base de datos de Excel se procede a importar los resultados al programa estadístico SPSS versión 15 en donde se hizo el análisis descriptivo, univariado. Se calculó porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se determina asociaciones entre las variables clínicas y sociodemográficos y la adherencia al tratamiento a través de la determinación de Chi 2 y cálculo de OR con su intervalo de confianza

6. . Cronograma de Actividades:

Revisión de bibliografía presentación de anteproyecto entre marzo de 2011 hasta febrero de 2012

Presentación ante comité de Ética Universidad El Bosque febrero de 2012, fue aceptado en agosto de 2012 con algunas indicaciones y aceptación final en octubre lo cual influyo en que no se alcanzara a aplicar todas las escalas de adherencia pues muchos pacientes ya no estaban asistiendo y pese a que se intentó localizarlos por correo electrónico o teléfono fue imposible

Recolección de datos agosto 2012

Análisis de datos septiembre- octubre 2012

Presentación final enero 2013

Tiempo dedicado al proyecto en consulta externa, grupos de pacientes; 4 Horas cada 15 días

Cronograma

Actividad	Trimestre					
	1	2	3	4	5	6
Revisión bibliográfica	x					
Definición de instrumentos para recolección de información		x				
Elaboración del plan de análisis de la información		x	x			
Aplicación de instrumentos para evaluar adherencia					x	x
Análisis de datos y conclusiones						x
Presentación artículo para publicación						x

7. . Resultados/Productos esperados y potenciales beneficiarios

Con el desarrollo de esta investigación, se espera poder dar una descripción más amplia en relación a las características de los pacientes y los factores a nivel socioeconómico, de salud, de seguridad social y terapia, que influyen en la búsqueda de ayuda, diagnóstico, tratamiento y adherencia a este, con el fin de mejorar nuestro quehacer en función de una mayor y mejor adherencia terapéutica, respuesta a los tratamientos, en pro de una mejor calidad de vida para ellos y sus familias

Se espera publicar los hallazgos

8. . Compromisos y estrategias de divulgación

Se espera publicar los resultados en una revista indexada nacional, participar en el congreso Nacional de Psiquiatría en 2013

Declaro que los resultados se harán públicos, ya sean favorables o no

9. . Resultados

Fueron evaluados 26 pacientes, quienes consultaron al Hospital Fundación La Misericordia durante los meses de marzo de 2011 a junio de 2012, se siguió el protocolo para trastorno obsesivo compulsivo, descrito anteriormente, confirmado el diagnóstico se inició tratamiento con terapias de grupo cada 15 días los martes en la mañana, consulta individual según necesidad, en general cada 15 días y en los paciente que ameritaban farmacoterapia. Se evaluó adherencia teniendo en cuenta el número de consultas a las que asistió el paciente, considerándose adherencia irregular menos de dos consultas en dos meses y buena adherencia cuando estas eran superiores, con adecuada asistencia a terapias de grupo y a consulta individual.

Con un n=26, la edad con un rango entre 9 y 19, promedio de edad 13,1 años (d.e 2,5), entre los 9 y los 19 años de edad, la tabla 1 presenta las variables más importantes

TABLA 1 Descripción de la población

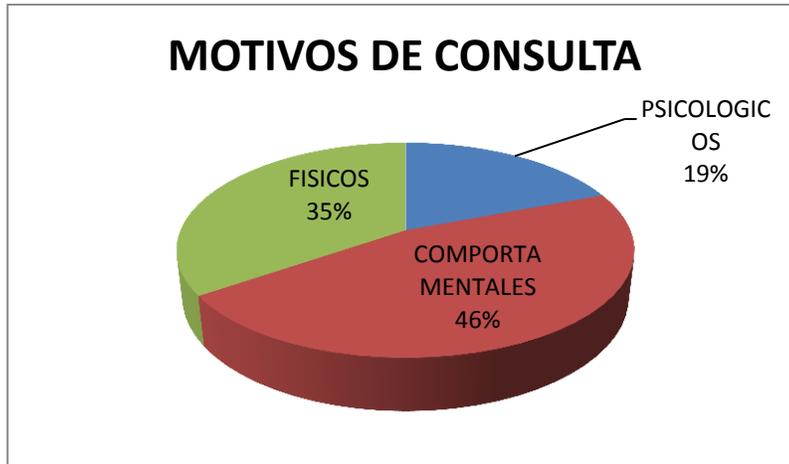
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

VARIABLE	promedio (desviación estándar)
EDAD	13,2 (2,1)
GENERO	Femenino 57,7%
PROCEDENCIA	Bogotá 61,5%
MOTIVO DE CONSULTA	DE trastorno del comportamiento 46,1%

Fuente: base de datos

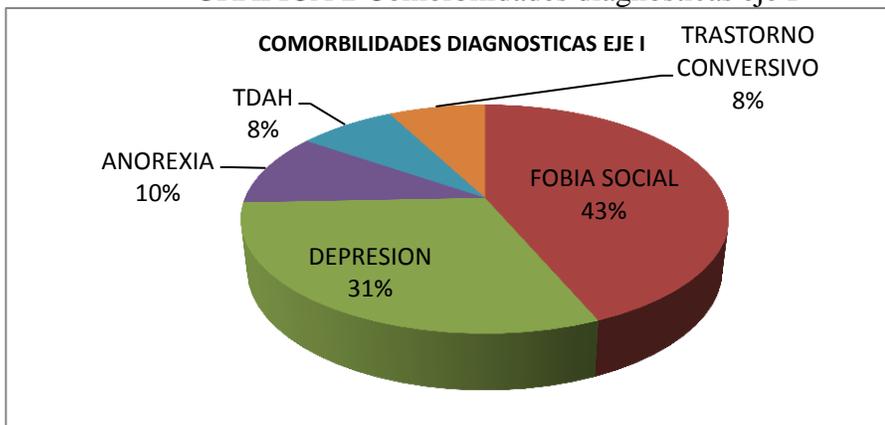
Los motivos de consulta más frecuentes se presentan en la gráfica 1

Grafica 1. Motivos de Consulta



Como lo muestra la gráfica 2 la comorbilidad diagnóstica más frecuentes es Fobia Social seguida por Depresión.

GRAFICA 2 Comorbilidades diagnosticas eje I



En el eje II no se encontraron diagnósticos, los tres diagnósticos más frecuentes en los demás ejes (III y IV) se presentan en la tabla III, para el eje diagnóstico V (GAF) el promedio fue 48,5, la desviación estándar fue de 10,4.

TABLA 2 Diagnósticos más frecuentes ejes III y IV

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EJES III y IV			
EJE	PRIMER DIAGNOSTICO	SEGUNDO DIAGNOSTICO	TERCER DIAGNOSTICO
III	Sin diagnostico (38,5%)	Desnutrición (15,4%) Disfunción familiar	Bajo peso y talla (7,7%)
IV	Sin diagnostico (50 %)	(38,5%)	Dificultades escolares (7,7%)

Los resultados de las escalas realizadas para hacer el diagnostico (SCARED en padres y en pacientes, CID, YBOCS sintomático y puntuador y PQLES-Q se presentan en la tabla 4.

TABLA 3 Resultados escalas

RESULTADOS DE LAS ESCALAS (promedios y desviaciones estándar)		
ESCALA	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
SCARED Paciente	33,42	12,85
SCARED Padres	30,38	13,7
CDI	13,6	7,5
YBOCS	14,6	8,24

GRAFICO 3. SCARED PACIENTES

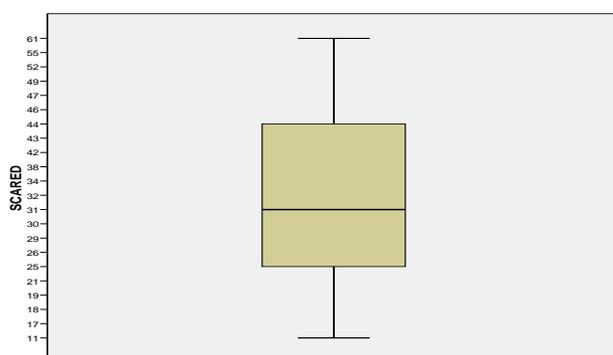
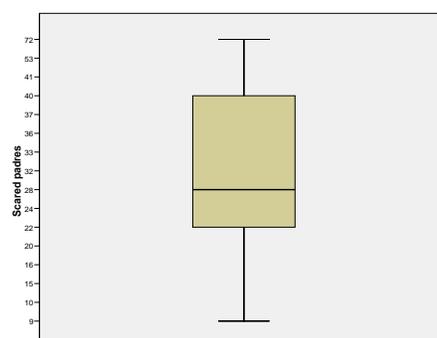
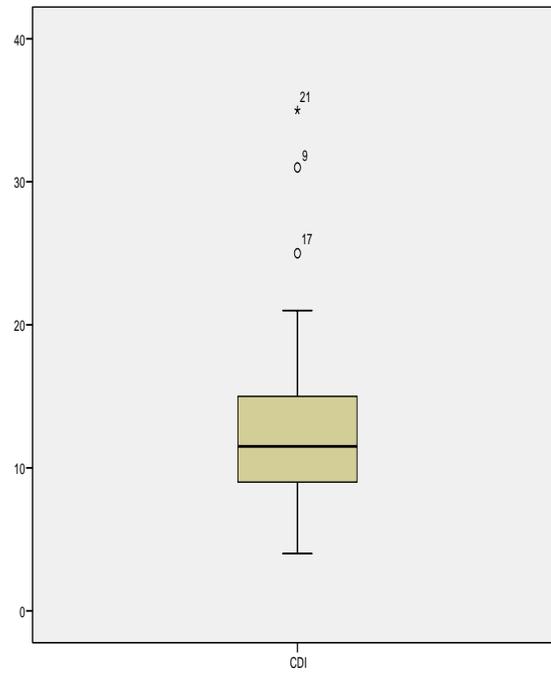


GRAFICO 4. SCARED PADRES



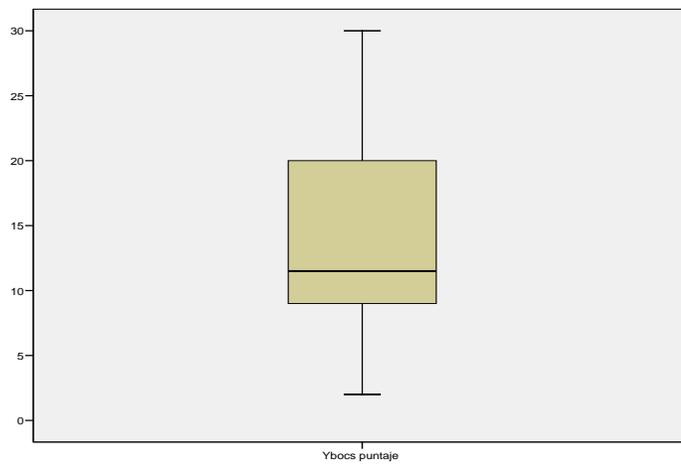
Se aplicó CDI para evaluar depresión, grafico V, encontrándose 50% por encima de 12, con tres pacientes con datos extremos en 9, 17 y 21.

GRAFICO 5. CDI



Aplicamos el Ybocs puntuador. Observándose que el promedio de puntaje esta en 12 puntos.

Grafico 6 Puntaje Ybocs

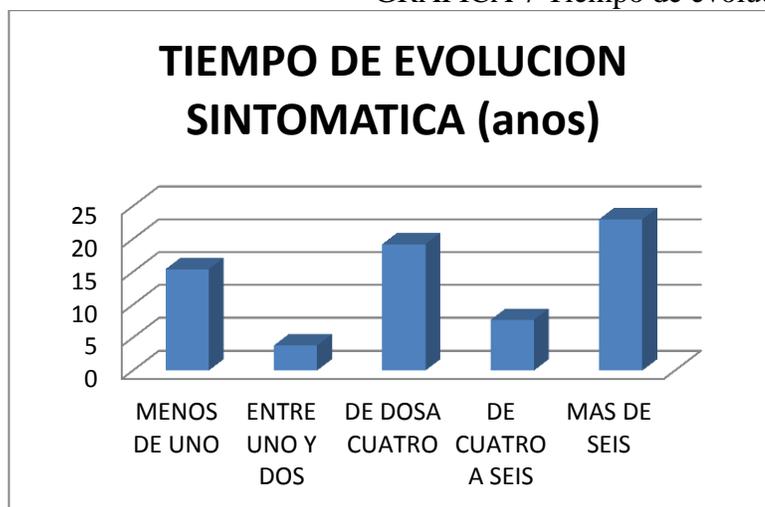


Durante el proceso de evaluación de los pacientes, la autora encontró que las mujeres tenían obsesiones de contaminación más frecuentemente que los hombres, así como compulsiones de lavado, se evaluó la hipótesis estadística de que el sexo tenía que ver con el tipo de obsesiones y compulsiones, sin embargo en las obsesiones no se encontró correlación estadística

En cuanto a interferencias la más frecuente fue a nivel social (50%) seguida por Escolar (30,8%)

En términos de tiempo de evolución de síntomas se evidencia en la gráfica 7

GRAFICA 7 Tiempo de evolución



Se evidencio adherencia regular en el 53.8% de los casos e irregular en un 46.2% de los casos.

El tiempo del tratamiento oscilo desde un mes hasta 13 meses, un 23% solo asistió por dos meses, un 57% tuvo una adherencia mayor a 5 meses, 4% fue mayor a un año

En cuanto a evolución, mejoraron 17 pacientes, 6 continuaron igual y 3 no reportaron mejoría. Un 69% de los pacientes reportaron que su ansiedad había disminuido, 16 de los pacientes lo asociaban con mejoría y en 13 pacientes se relacionó con mejor adherencia al tratamiento. (p=0.005)

Se evaluaron nivel de mejoría según el paciente de acuerdo a la ansiedad sentida, la familia según funcionalidad y el medico según evolución. La mejoría de acuerdo con el informe de la familia fue de 57.7%

La mejoría de acuerdo con el informe del paciente fue de 69.9 y la mejoría de acuerdo con la observación del médico fue de 69.2%, estos pacientes fueron quienes tuvieron mejor adherencia y mejor evolución general según historia clínica.

En general los pacientes con mejor adherencia tienen mejor evolución ($p=0,045$).

La evaluación del médico se correlaciona muy bien con la de la familia ($p=0.000000$)

La reducción de ansiedad se relaciona con buena adherencia al tratamiento ($p=0,007$).

No se encontró ninguna relación entre la adherencia y el género de los pacientes ($p=0,32$),

Se evaluó el gaf comparándolo con adherencia, no fue significativa esta relación. GAF ($p=0,59$)

En cuanto a la procedencia, esta si es un factor que influye en la adherencia ($p=0,063$) a tratamiento, pero también cuando hay compromiso por parte de los padres pese a que vivan lejos tratan de cumplir frecuentemente la asistencia a los grupos, se comunican telefónicamente con la psiquiatra tratante para aclarar dudas, esto se ve reflejado en la estabilidad de los pacientes, aun así, es mayor la adherencia a los grupos de los pacientes procedentes de Bogotá, pero esta fue una observación no medida.

TABLA 4 Relación procedencia-adherencia

		ADHERENCIA		Total
		irregular	regular	irregular
PROCEDENCIARE	BOGOTA	5	11	16
COD	FUERA DE BOGOTA	7	3	10
Total		12	14	26

Se evaluó si la adherencia tenía relación con las recaídas, pero esta no fue significativa, ($P 0.578$)

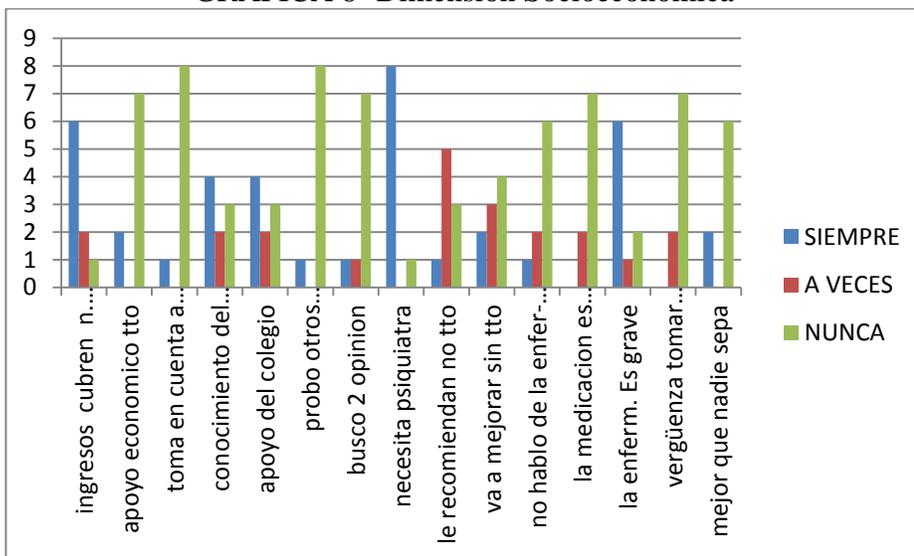
Algunos de estos pacientes eran víctimas de matoneo y teniendo en cuenta que en muchos una de las comorbilidades fue fobia social, buscamos si esta tenía asociación con adherencia pero la correlación no fue significativa ($P 0.24$)

Se evaluó si el antecedente de Trastorno obsesivo compulsivo o de otras patologías psiquiátricas tenían relación con la adherencia al tratamiento, encontramos que solo el 15.4% de los pacientes tenían un familiar en primer grado con TOC, y en otras patologías, la ansiedad y trastornos depresivos se presentaron en un 11.5% de los pacientes, pero no se encontró ninguna relación entre estos y una adecuada adherencia al tratamiento

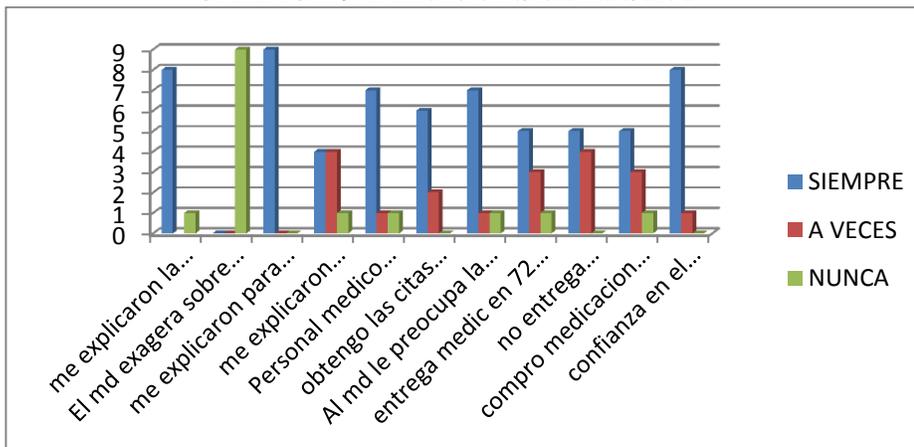
En cuanto al tratamiento, como se dijo anteriormente todos asistían a terapia de grupo y a consulta individual, y el 96.2% de los pacientes recibieron además tratamiento farmacológico, el hecho de que recibieran medicación no se relacionó directamente con la asistencia al tratamiento. Los medicamentos más utilizados fueron los antipsicóticos atípicos, por su efecto ansiolítico de rápida acción con menos efectos adversos

En relación a la influencia de las diferentes dimensiones tomadas con la encuesta de adherencia, se evidencia en la grafica

GRAFICA 8- Dimensión Socioeconómica



GRAFICA 9-Dimension Sistema Salud



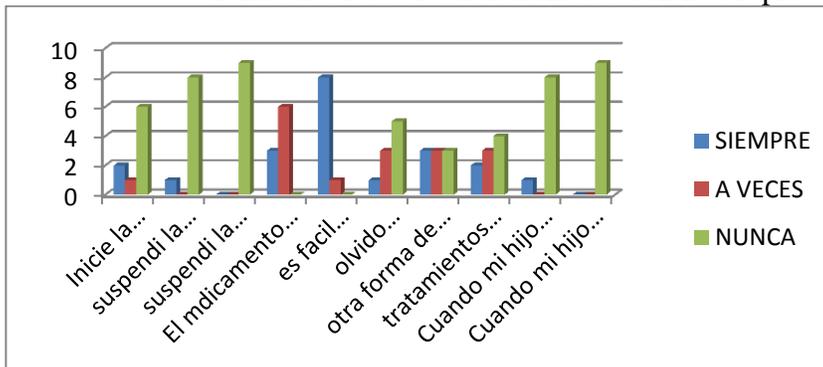
En la tabla 5 se describe la dimensión relacionada con el estado de salud del paciente, siendo clave para la adherencia el que el paciente conozca su enfermedad y la percepción de mejoría con este

TABLA 5 Dimensión estado de Salud del Paciente

D. ESTADO SALUD DEL PACIENTE	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Mi hijo entiende su enfermedad	7	2	0
Entiende por que recibe medicación	8	1	0
mi hijo rechaza medicación	2	3	4
mi hijo se beneficia con medicación	7	2	0
esta cansado de medicación	1	5	3
académicamente se afecta por enfermedad	2	3	4
socialmente se afecta por enfermedad	3	4	2

En la gráfica 10, se describen los factores relacionados con la terapia

Grafica 10. Factores relacionados con la terapia



10. . Análisis

Fortalezas del proyecto:

- Utilización de escalas para confirmar y objetivizar el diagnóstico
- Calidad del proceso con el cual se hace el diagnóstico
- Adecuada revisión del estado del arte
- Seguimiento de los pacientes
- Protocolo de Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Fundación Hospital La Misericordia

Debilidades:

- Tamaño de la muestra
- Dificultades en la aplicación de escala de adherencia

Siendo que La adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar los medicamentos prescritos. Podemos concluir que según los datos encontrados en esta investigación la adherencia si se relaciona con la mejoría aunque se observó en algunos casos que no es la asistencia estricta a los controles lo que influye en esta sino una responsabilidad ante el tratamiento lo que permite esta

Los pacientes con adecuada evolución tuvieron mejores adherencias por encima de siete meses de tratamiento, en anterior estudio en la Fundación Hospital la Misericordia se había encontrado una adherencia de 7 meses

Al describir los pacientes observamos que en relación al género la mayoría pertenecía al sexo femenino, un dato diferente en relación a la literatura cuya mayoría en general son hombres, esto se debe tener en cuenta ya que es una muestra pequeña.

En cuanto a la procedencia, si es un factor que influye en la asistencia frecuente a las consultas, pero también se evidencia que cuando hay compromiso por parte de los padres pese a que vivan lejos tratan de cumplir frecuentemente con la asistencia a los grupos, se comunican telefónicamente con la psiquiatra tratante para aclarar dudas y esto se ve reflejado en la estabilidad de los pacientes

En relación a los motivos de consulta, los pacientes consultan por las comorbilidades más que en si por síntomas obsesivos, el más frecuente fue la fobia social seguidos de síntomas tales como anorexia, quejas somáticas, síntomas conversivos como ceguera o problemas motores , bajo rendimiento académico o síntomas fóbicos e intento de suicidio, encontramos mejor adherencia en los pacientes con síntomas comportamentales que en los de síntomas físicos aunque este hallazgo no fue estadísticamente significativo, esto relacionado con una menor aceptación de los padres del diagnóstico dado que inicialmente consultaron precisamente por síntomas que difícilmente ellos lo relacionarían con un trastorno psiquiátrico

Los motivos de consulta no son un indicador que influya en la adherencia, más si en la mejoría, teniendo en cuenta que el principal motivo de consulta fue la fobia social era muy importante para estos pacientes la asistencia a terapias de grupo y fue esto tal vez lo que los comprometió con el tratamiento, la asistencia y la respuesta al disminuir su ansiedad

mejoro sus relaciones interpersonales que era además la principal interferencia que encontramos en la descripción del grupo.

La mayoría de pacientes no tuvieron diagnóstico en eje II, III y IV, los que si se correspondió a desnutrición en eje III y a disfunción familiar en eje IV y aunque no se encontró correlación estadística en cuanto a estas comorbilidades y adherencia si se observó que las recaídas se asociaban a comorbilidades en eje III

En relación al predominio de la interferencia, se encontró que entre mayor sea la disfuncionalidad mayor será la adherencia al tratamiento.

Como se había descrito anteriormente si bien no se encontró diferencias entre la adherencia y el sexo si se encontró entre este y los temas de compulsiones, la diferencia entre los temas de obsesiones no fue significativo y no se evidencio que existiese una relación directa entre dichos temas y una mejor o peor adherencia, los temas más frecuente en cuanto a las obsesiones fueron sobre agresividad, seguidas de contaminación, varias y sexual y en cuanto a las compulsiones son de chequeo seguidas por las de lavado y aunque directamente no se evidencia relación con la adherencia, si se relacionan con mayor compromiso en la funcionalidad y en las interferencias que si se relaciona con una mejor adherencia es llamativo la no relación entre obsesión y compulsión, en las temas, ejemplo, agresividad/lavarse, parece ser que el instrumento no es tan sensible para evaluar los síntomas en los niños como en los adultos, de todas maneras se debe tener en cuenta que se trata de una muestra pequeña

Según la clasificación de trastorno obsesivo compulsivo grave con Ybocs por encima de 30 y moderado a leve por debajo (29) ninguno de los pacientes cursaría con un trastorno obsesivo compulsivo grave, esto nos lleva a pensar si los pacientes que nos llegan en realidad no son los más graves lo cual no es muy creíble pues somos punto de referencia y la última instancia de atención y se evidencia gran compromiso funcional en su comportamiento o este dato se da porque estamos utilizando escalas que son más para adultos y se está perdiendo la finesa del diagnóstico.

Otras escalas que se aplicaron en el protocolo fue la escala PQLESQ para evaluar calidad de vida, el promedio fue 53, pero evaluando un 56% de los pacientes puntuaron por debajo de 50. No se encontró una relación directa entre este puntaje y la adherencia

En el Scared, es llama la atención la diferencia de puntaje entre el Scared aplicado a los padres y el aplicado a los pacientes, siendo mayor el nivel de compromiso para los pacientes que para los padres, el puntaje promedio para los pacientes fue de 33, mientras que para los padres fue de 30. Los padres en muchos casos no reconocen los síntomas de sus hijos, esto por ser más síntomas internalizantes que externalizantes y por lo tanto menos visibles, los padres ven más los temores hacia el futuro, de cómo van a salir las cosas, y los pacientes describen más temor a que algo les suceda a sus padres y el temor a sus síntomas

físicos no se relación entre el Scared y la adherencia

En relación con las recaídas, se asoció a comorbilidad, dos pacientes con anorexia, otro paciente a patología orgánica de base, y dos más por irregular asistencia a los controles y toma de medicación, solo venían en vacaciones

No se evidencia una relación en cuanto al tiempo de evolución y la adherencia, esta por ser una enfermedad crónica en algunos refieren síntomas desde siempre así como otros de uno o dos meses de evolución, pero la adherencia en ese sentido no tiene una relación

Se espera que haya mala adherencia cuando no hay conciencia de que estamos frente a un trastorno, o cuando los sin síntomas no interfieren tanto, en general el inicio de los síntomas solo en 5 pacientes fue de menos de un año y consultaron por las comorbilidades anorexia, conversivo, depresión o TDAH, en los demás el tiempo de evolución fue desde un año hasta siempre y consultaban más por bajo rendimiento académico

En cuanto a evolución, mejoraron 17 pacientes, 6 continuaron igual y 3 no reportaron mejoría. Un 69% de los pacientes reportaron que su ansiedad había disminuido, 16 de los pacientes lo asociaban con mejoría y en 13 pacientes se relacionó con mejor adherencia al tratamiento

El número de controles, varió desde dos controles hasta 22 en el mismo lapso de tiempo, llama la atención, que no necesariamente el mayor número de consultas se relaciona con la mejoría, uno de los pacientes, tiene un alto número de consultas, sin embargo su evolución ha sido tórpida, en este caso más asociado a comorbilidad en eje III, además tuvimos pacientes con solo dos controles que reportaron mejoría

Otro dato que aunque no tiene que ver con la adherencia, es llamativo en relación a este tipo de pacientes, es la imagen social y la imagen que de ellos tienen los padres, motivo de otro estudio para describir precisamente la percepción de los padres de estos niños, Estos son niños “perfectos”, descritos en general por sus padres o cuidadores como juiciosos, responsables, nobles, respetuosos, inteligentes, buenos hijos, colaboradores, amables, son niños en los que nunca por su comportamiento se podía pensar en que tuvieran un trastorno, en palabras de un padre “mi hijo es preocupado por sus estudios, hermano, familia”, “actitud crítica, madura, y es ordenada”, “muy obediente, muy argumentativo”, “buena estudiante, colaboradora con el oficio”, “noble, buen estudiante, buen hijo”, inclusive hubo padres que describían a sus hijos como “perfectos”.

Estos niños, a nivel académico en general siempre han tenido un buen rendimiento académico, se exigen y ocupan los primeros lugares, evidenciándose en las terapias de grupo su preocupación si no eran los mejores académicamente lo cual influía en su afecto,

estos niños tienen mayores problemas en sus relaciones sociales, por esta razón se buscó si eran o no víctimas de matoneo encontrando que aunque algunos pacientes eran víctimas de bullying este dato no se relacionó con la adherencia al tratamiento

Dentro del proyecto se había programado aplicar una escala para evaluar la adherencia desde cuatro dimensiones: dimensión socioeconómica, dimensión relacionada con el sistema de salud, dimensión relacionada con el estado de salud del paciente, factores asociados a la terapia, por demora en la aceptación del proyecto ante el comité de ética el cual fue aceptado hasta agosto no se pudo aplicar a todos los pacientes; de las que se pudieron aplicar se concluyó en análisis descriptivo que los factores que influyeron en buena adherencia según la dimensión socioeconómica, son familias cuyos ingresos cubren necesidades básicas, tienen apoyo del colegio, recibieron psicoeducación en relación a la importancia del tratamiento, que es un trastorno que amerita tratamiento por Psiquiatría y se trata de un trastorno que no mejorará solo

En la dimensión sistema salud, la psicoeducación a los padres, la entrega oportuna de medicación (muestras en nuestro caso), la confianza en el grupo terapéutico, interfiere con la adecuada adherencia la dificultad de citas dadas por la EPS, por lo cual en muchas ocasiones pagaron la cita particular.

En la dimensión en relación al estado de salud del paciente psicoeducación a los pacientes/grupo sobre importancia del tratamiento la afectación social y académica y por último los factores asociados a la terapia que influyen en buena adherencia también se relacionaba con que los padres conocieran los efectos de los medicamentos, efectos adversos, la facilidad de la vía administración del medicamento y conciencia de dar la medicación según ordenes medicas

Se aplicó también en estos pacientes el Cuestionario De Morisky-Green pero la muestra no fue representativa

Se concluye que la adherencia influye en la mejoría, Se evidencio adherencia regular en el 53.8% de los casos e irregular en un 46.2% con mejoría en el 69.2% de los pacientes, que además fueron quienes tuvieron mejor adherencia y mejor evolución general según historia clínica correspondiente con el 57.7% de mejoría reportada por las familias y 69.9% reportados por los pacientes.

En general los pacientes con mejor adherencia tienen mejor evolución

Los factores asociados a la adherencia son la Procedencia, la disminución de ansiedad, la percepción de mejoría tanto de los pacientes como de la familia, las recaídas se asocian más

a diagnósticos en eje III, el compromiso funcional influye en una mejor adherencia, las comorbilidades aunque importantes no fueron estadísticamente significativas pero debemos tener en cuenta la cantidad de la muestra, así como la importancia del contenido de las compulsiones y evaluar en un estudio posterior estas características y su correlación con el contenido de las obsesiones

No fueron determinantes sexo, edad, las encuestas de Goldman, Leyton, puntaje de pqls-q, antecedentes familiares de trastorno obsesivo compulsivo, tiempo de evolución de enfermedad, influencia de terceros, nivel socioeconómico

La psicoeducación es un factor que debe ser tenido en cuenta para mejorar la adherencia

11. . Bibliografía

1. Mancuso et al. treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. journal of child and adolescent psychopharmacology. volume 20, number 4, 2010.
2. Salcedo M., Vásquez R., Calvo M. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40 / No. 1 / 2011
3. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. N Engl Med 2004; 350: 259-65.
4. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001 Issue1.
5. Sackett D et al. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Counselling & Health Education*, 1978, 11:18-21.
6. Velazquez, A., Sánchez Sosa, J. J., Lara, M. C. & Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340.OMS 2004
7. S. andrés-perpiñá, et al aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo compulsivo rev neurol 2002; 35 (10): 959-963

8. J. de Loño¹, G. Ochando¹, S. Peris². Detección precoz del trastorno obsesivo-compulsivo en atención primaria
9. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003
10. Peralta ML y col. Adherencia a tratamiento Rev Cent Dermatol Pascua • Vol.17, Núm. 3 • Sep-Dic 2008
11. Piñeiro FGV, Donís M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado del control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia. Med Clin (Barc) 1998; 111: 565-7
12. Roberto a. ingaramo y col estudio ensat. Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento. Rev Fed Arg Cardiol 2005; 34: 104-111
13. M Nosé et al. [How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review](#). Psychological Medicine 2003; 33: 1149-1160
14. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud 2003
15. Birmaher,B., Ketharpal,S., Brent D., Culli, M., Balach, L., Kaufmann,J. y Neer,S.M.(1999) Psychometric properties of the Screen for child anxiety related emotional disorder. A replication study. Journal of American Academy Child and adolescents Psychiatry. 38, 1230-1236
16. [Rueda-Jaimes, German Eduardo](#); [Díaz-Martínez, Luis Alfonso](#); [Escobar-Sánchez, Mauricio](#); [Augusto Franco-López, Jorge](#); [Navarro-Mancilla, Álvaro Andrés](#); [Cadena-Afanador, Laura del Pilar](#). Validación del Inventario de Obsesiones de Leyton, versión corta, en niños y adolescentes de Bucaramanga (Colombia)Published in Aten Primaria. 2007;39:75-80. - vol.39 núm 02
17. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006-11

18. Adrianzen C., Ronceros y col Validez y confiabilidad de la Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes (cy-bocs) en el Perú. Rev. peru. pediatr. 61 (1) 200)
19. Moyano M.B., Diagnóstico y tratamiento del toc en niños y adolescentes, revista **anxia**, anuario nº 14 - octubre 2008. publicación de la aata asociación argentina de trastornos de ansiedad
20. Sal y Rosas HJ, Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Vidal H, Guimas B, Adrianzén, et al. Validación de una versión en español de la Escala Yale - Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30:30-5
21. Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI). Toronto: Multi-Health Systems Inc.; 1992.)
22. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga. Revista colombiana de Psiquiatria vol XXXIV No 1/2005
23. Alarcón M. Validación de la escala PQ-LES-Q para calidad de vida en niños y adolescentes. Colombia, 2009 , Universidad El Bosque
24. Sirvent. C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. Norte de salud mental No. 33 • 2009 • pág. 51–58
25. S. Stewart E, Chen–Hsing Yen, Denise Egan Stack and Michael A. Jenike. Outcome predictors for severe obsessive–compulsive patients in intensive residential treatment. Journal of psychiatric research. 2006.
26. X. Nogués solán, m. L. Sorli redó, j. Villar garcía. Tools to measure treatment adherence. An. Med. Interna (Madrid) Vol. 24, N.º 3, pp. 138-141, 2007
27. Steketee. G, Van Noppen. B, Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder Abordagem familiar no tratamento do transtorno obsesivo-compulsivo. Revisão. Rev Bras Psiquiatr 2003;25(1):43-50
28. Ortego Maté MC. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas.. Educare21 2004; 8. Disponible en:

<http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm>

Ballesteros A .Ulloa R. Children and adolescents with mild vs. severe Obsessive–
Compulsive Disorder: a comparative study. *Salud mental versión impresa* ISSN 0185-3325
Salud Mental vol.34 no.2 México mar./abr