

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE PERSONAS CON PRIMER
EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL
SISTEMA PÚBLICO DE SALUD”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

CLAUDIA CARNIGLIA TOBAR

**PROFESOR GUÍA DE TESIS: ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI
ASESOR METODOLÓGICO: PEDRO ZITKO MELO**

Santiago, Septiembre 2015

ÍNDICE

Resumen	3
I. Introducción	4
II. Marco Teórico	7
1. El concepto de adherencia y su relevancia	7
2. Medición y factores asociados a la adherencia a tratamiento en personas con trastornos mentales	9
3. Otros factores relacionados con la atención de salud que afectan la adherencia	13
III. Objetivos	15
IV. Hipótesis	15
V. Material y Método	16
VI. Resultados	22
1. Descripción de la muestra de personas con primer episodio de esquizofrenia	22
2. Frecuencia y características de la adherencia a tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia	25
3. Asociación entre adherencia a tratamiento y percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes	28
VII. Discusión	32
VIII. Conclusiones	39
IX. Referencias	40
X. Anexos	43
1. WHO QualityRights. Cuestionario para entrevista de usuarios, profesionales y familiares de centros ambulatorios	44
2. Instrumento de medición de adherencia en personas con primer episodio de esquizofrenia	56
3. Resultados anexos	58

RESUMEN

La adherencia al tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia es un factor determinante en el pronóstico, dado que contribuye a disminuir el riesgo de recaídas y favorece su inclusión social.

Este trabajo permite cuantificar y caracterizar la adherencia a tratamiento de las personas con primer episodio de esquizofrenia en establecimientos del sistema público de salud en Chile y determinar su asociación con la percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención y el respeto de sus derechos como pacientes.

La evaluación de adherencia considera una muestra de 101 personas con esquizofrenia diagnosticadas e ingresadas a tratamiento entre los años 2010 y 2011 en 15 centros públicos de atención ambulatoria de especialidad y la evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, corresponde a los resultados de la evaluación efectuada a esos mismos centros, con el instrumento QualityRights de la OMS.

De acuerdo a los resultados obtenidos la adherencia al tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia, en establecimientos ambulatorios de especialidad del sistema público en Chile es de un 58,4% y se asocia a mejores resultados en la evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, en específico en el tema referido a *“El Derecho al Goce de una Salud Física y Mental del más Alto Nivel Posible”*.

Por el contrario, a mejores resultados en la evaluación de los temas referidos a *“El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona”* y a *“El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad”*, la asociación con adherencia es inversa.

I INTRODUCCIÓN:

Tradicionalmente la esquizofrenia ha sido considerada como el trastorno psicótico de peor pronóstico, *“pues ocasiona deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificulta la adaptación social, académica y laboral”*¹.

De acuerdo a lo señalado por Kohn², la prevalencia media en el último año para las psicosis no afectivas (incluida la esquizofrenia) sería del 1%, resultado obtenido a partir de la revisión de investigaciones epidemiológicas publicadas en diversos países de Latinoamérica y el Caribe entre los años 1980 y 2004.

Por su parte, el *Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica*³, desarrollado en las provincias de Santiago, Iquique, Concepción y Cautín, muestra una prevalencia de vida para esquizofrenia de 0,9% y de 6 meses de 0,3%, en personas de 15 años y más.

Según el Estudio de Carga de Enfermedad⁴ realizado en Chile en el año 2007, las condiciones neuropsiquiátricas se constituyen en la primera causa de pérdida de años de vida saludable (AVISA), alcanzando al 23,2% en ambos sexos. En el análisis de acuerdo a causas específicas, la esquizofrenia ocupa el lugar 17 entre 163 enfermedades consideradas.

En el ámbito de las políticas de salud mental, durante las últimas décadas en Chile, se realizan importantes esfuerzos por implementar un modelo de atención en salud mental con enfoque comunitario.

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría⁵ del año 2000, establece un modelo de acción, el que entre otros principios, privilegia la atención ambulatoria, promoviendo y apoyando las capacidades de las personas y sus comunidades. No obstante, el nivel de desarrollo de redes de servicios basados en la comunidad, es aún muy heterogéneo entre los distintos servicios de salud del país⁶.

Si bien este modelo presenta ventajas innegables, en tanto favorece la inclusión social de las personas con enfermedad mental, es necesario reconocer que

también impone a los equipos de salud el desafío de generar estrategias que permitan la continuidad del tratamiento, en un escenario de insuficientes recursos, especialmente humanos.

Con la implementación de la Ley 19.966 la que establece el Régimen de Garantías en Salud, y del Sistema de Garantías Explícitas (GES), en Chile a contar del año 2005, las personas que presentan un primer episodio de esquizofrenia cuentan con garantías de acceso y oportunidad a tratamiento, tanto en el sistema público como privado de salud.

En este contexto, se establece un Listado Específico de Prestaciones garantizadas (canasta) y una Guía Clínica, como referencia para la atención que otorgan los equipos de salud, en la que se destaca que *“el tratamiento eficaz de la esquizofrenia, y por tanto el pronóstico de la persona que la padece, se sustenta en 4 ejes principales: la pesquisa activa y precoz de la enfermedad, el diagnóstico correcto, el inicio temprano de un tratamiento que integre las dimensiones psicosociales y farmacológicas y la continuidad de éste a lo largo de la evolución del cuadro clínico”*⁷.

Por su parte el Listado Específico de Prestaciones, incorpora en el caso de la esquizofrenia, atención profesional multidisciplinaria en modalidad ambulatoria y/u hospitalizada, tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio⁸.

De acuerdo a informe emitido por la Superintendencia de Salud, entre julio de 2005 y junio de 2012, se habrían creado un total de 19.412 casos GES de esquizofrenia, 18.738 beneficiarios del sistema público y 1.674 del sistema privado⁹.

En el ámbito de la salud, la discontinuidad de la atención es una de las principales barreras para el éxito de los tratamientos, particularmente en enfermedades crónicas como la esquizofrenia, a lo que se suma en el caso de Chile, el que la adherencia se constituye en una condición necesaria para hacer uso y beneficiarse de la garantías establecidas por ley.

La falta de adherencia al tratamiento en las personas con esquizofrenia es una de las principales causas de recaída y hospitalizaciones, elevando significativamente los costos de tratamiento y el deterioro funcional de los pacientes¹⁰.

La adherencia al tratamiento en personas con enfermedad mental es un aspecto ampliamente estudiado a nivel mundial, obteniéndose resultados muy variables, explicados por diferencias metodológicas en aspectos tales como la definición usada para adherencia, el tipo de servicio y/o las variables evaluadas o el método de cuantificación empleado¹¹. Si bien en Chile algunas investigaciones obtienen secundariamente información relativa a la adherencia, no existen estudios específicos en este ámbito.

Considerando la complejidad de la esquizofrenia y las consecuencias de no ser tratada en la vida de las personas afectadas y sus familias; que en Chile se han dispuesto recursos para garantizar el acceso y oportunidad de tratamiento; que la adherencia al tratamiento de las personas con un primer episodio de esquizofrenia incorporadas al GES es un aspecto insuficientemente estudiado, es que el disponer de una base de datos de 120 casos, atendidos en 15 establecimientos del sistema público de salud de todo el país, se constituye en una oportunidad para conocer y caracterizar el comportamiento de estas personas respecto de su vinculación con los servicios de salud mental, durante el primer año de tratamiento.

La base de datos señalada surge del trabajo de campo realizado para el proyecto FONIS *“Evaluación de Calidad de Atención y Respeto de Derechos de los Pacientes en Servicios de Salud Mental, Integrando Perspectivas de Usuarios y Equipos de Salud”*¹², realizado los años 2013 y 2014.

II. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

1.- El concepto de adherencia y su relevancia:

Para la Organización Mundial de la Salud, la adherencia a tratamiento se define como *“el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*¹³.

En su documento denominado *“Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo”*, plantea que intervenciones de bajo costo realizadas para mejorar la adherencia terapéutica, generan aumentos significativos de la eficiencia de las acciones de salud, por lo que señala que debiese ser un ámbito de preocupación de las políticas públicas. *“Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades”*¹³.

En la literatura anglosajona los conceptos más utilizados corresponden a los de cumplimiento (*compliance*) y de adherencia (*adherence*) y aunque debieran comprenderse como un concepto más amplio, en la práctica médica se circunscriben casi exclusivamente al uso por parte del paciente, de los medicamentos indicados. El concepto de cumplimiento ha sido ampliamente cuestionado, dado que *“suele emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud”* y a que supone *“que éste tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen”*¹⁴.

Los autores dedicados a la revisión de este concepto, reconocen la no-adherencia como un problema complejo, que requiere un abordaje multidimensional.

Algunas de las intervenciones sugeridas son por ejemplo informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas y asesorarlo para que implemente herramientas de utilidad para disminuir la no-adherencia¹⁵.

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud y respecto de las enfermedades crónicas no transmisibles, es necesario considerar intervenciones orientadas también a generar cambios en el abordaje comunicacional por parte del personal de salud y en los sistemas sanitarios, permitiendo por ejemplo disponer del tiempo suficiente en cada consulta, para explorar respecto de la adherencia, entregar información y resolver las dudas que la persona consultante pueda presentar. Reconoce además a los familiares, la comunidad y las organizaciones de pacientes como elementos claves para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica¹³.

La adherencia al tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia es un factor determinante del pronóstico de la enfermedad. Diversos estudios dan cuenta de que el abandono del tratamiento farmacológico se asocia fuertemente al riesgo de recaídas y de hospitalización, aumentando la aparición de síntomas resistentes, de riesgo de suicidio y de los costos económicos familiares y sociales¹⁰.

Se estima que alrededor del 75% de las personas con esquizofrenia presentará una recaída entre los 6 y 24 meses tras abandonar los medicamentos antipsicóticos, lo que cobra una enorme relevancia al considerar que las recaídas sucesivas suelen ser cada vez más graves, requiriendo de mayor tiempo para su recuperación. Además se plantea que la recaída psicótica genera el fenómeno conocido como "toxicidad psicosocial" puesto que el individuo pierde su capacidad de adaptación social, familiar, académica o laboral, generando un importante sufrimiento personal y familiar^{16,17}.

2.- Medición y factores asociados a la adherencia a tratamiento en personas con trastornos mentales:

Diversos autores han estudiado el abandono o deserción de la atención de salud mental y/o del tratamiento farmacológico, obteniéndose resultados muy distintos, lo que se explica a partir de la metodología y definiciones empleadas. Además del estudio de la magnitud del fenómeno, varios de ellos intentan buscar su asociación con distintas variables.

El meta análisis de los datos obtenidos a través de un estudio multicéntrico realizado en 24 países, clasificados según su nivel de ingresos, permite establecer una tasa total de abandono a los 12 meses, por parte de personas en tratamiento por cualquier problema de salud mental, de 31,7%, con un 26.3% en países de ingresos altos, un 41,5% en países de ingresos medios o medios altos y de un 37,6% en países de ingresos bajos o medios bajos¹⁸. Además permite conocer que el abandono es más común posterior a la segunda consulta.

Otro estudio realizado en Singapur, con pacientes psicóticos ingresados a un programa de intervención temprana multidisciplinario, mostró un 14% de abandono en el plazo de 2 años¹⁹. Este estudio identifica además como factores predictores de abandono la etnia (Malaya) y la baja escolaridad (menor a 6 años).

Otros dos estudios desarrollados en Eslovenia y Finlandia y publicados en 2002, los que realizan seguimiento a pacientes con primer episodio de psicosis, muestran que la baja adherencia al tratamiento farmacológico es un fenómeno relativamente frecuente, con tasas de abandono que alcanzan el 19%, 44% y 56% a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento respectivamente^{20,21}.

En Latinoamérica, la evaluación de 184 pacientes con esquizofrenia, atendidos en una clínica psiquiátrica de Bogotá, muestra un 51,2% de no adherencia al tratamiento con antipsicóticos y una asociación significativa con diversas variables de los sujetos estudiados: pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tener un nivel educativo de primaria, consumo de marihuana y tener familiares de primer

grado con antecedentes de enfermedad mental. El no haber recibido a tiempo o en su totalidad los medicamentos, aumentan también el riesgo de no adherencia²².

Las personas que abandonan tratamiento presentan habitualmente una historia de inasistencias o citas perdidas. En este contexto, el conocimiento de la historia del comportamiento y actitudes del sujeto con enfermedad mental respecto de su tratamiento, es una información relevante para los equipos, permitiéndoles focalizar estrategias orientadas a mantener la adherencia en este grupo²³.

A nivel nacional, son escasas las iniciativas orientadas al estudio de la adherencia de personas con enfermedad mental.

La revisión de 110 fichas clínicas de pacientes con primer episodio de esquizofrenia ingresados a tratamiento en establecimientos públicos de salud entre julio y diciembre de 2004, en el contexto de un estudio orientado a evaluar el cumplimiento de la primera Guía Clínica GES, permitió establecer que a los 12 meses un 19% Psychiatry Res. 2002 May 15;110(1):39-48. de los pacientes había abandonado tratamiento y un 13% había presentado inasistencias a sus controles, retomado posteriormente²⁴.

Como se señala en el informe del proyecto FONIS “*Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile*”, desarrollado el año 2008 y considerando lo observado en 28 Servicios de Salud del país, “*el porcentaje de casos que se encuentran en tratamiento al cumplir 1 año desde su ingreso fluctúa entre los valores de 5,7% y 85,7%, con una mediana en 31,6%*”²⁵.

En este mismo estudio, fue posible establecer la existencia de correlación entre accesibilidad geográfica y adherencia, a través de la asociación de las variables “porcentaje de población con acceso a la unidad de atención ambulatoria en menos de 30 minutos” y “porcentaje de población con acceso a programas de rehabilitación en menos de 30 minutos”, con el “porcentaje de personas que se mantienen en control al año de tratamiento”.

Un estudio posterior establece además que las mejores tasas de adherencia se alcanzan en Servicios de Salud, con un mayor desarrollo de redes basadas en la comunidad, lo que confirma que la accesibilidad a la atención, es una variable de relevancia⁶.

La revisión bibliográfica realizada por un grupo de psiquiatras del Hospital General Gregorio Marañón (Madrid), muestra que los factores asociados al abandono del tratamiento en personas con esquizofrenia, pueden agruparse según se relacionan con: el tratamiento farmacológico (pautas complicadas, efectos adversos, falta de eficacia, etc.); el medio (falta de soporte familiar y social, influencia negativa de personas significativas, estigma); el médico o equipo de salud (mala alianza terapéutica, escasa comprensión de los objetivos del paciente, actitud impositiva) o elementos propios de la enfermedad (susplicacia y delirios, grandiosidad, hostilidad, desorganización cognitiva, falta de conciencia de enfermedad)¹⁷.

Si bien esta categorización no lo considera, como se ha señalado, algunos estudios asocian el abandono, a otras variables relacionadas con los servicios de salud mental, tales como su localización o accesibilidad para la población de referencia, la disponibilidad y dispensación de medicamentos, etc.^{22,25}

Además durante los últimos años se ha establecido asociación entre adherencia y auto-estigma, dado que se supone que los individuos con baja autoestima y aislamiento social, habitualmente presentan también mayor desesperanza respecto del tratamiento²⁶.

La revisión de 14 artículos referidos a intervenciones orientadas a disminuir el auto-estigma y mejorar adherencia en personas con esquizofrenia, determinó que 8 reportaron resultados positivos. Los enfoques más exitosos, consideraron intervenciones tendientes a mejorar o desarrollar la autoestima, el empoderamiento y la conducta de búsqueda de ayuda²⁷.

En el ámbito específico de las llamadas Terapias de Adherencia para personas con esquizofrenia, la revisión realizada por el National Collaborating Centre for

Mental Health, para la elaboración de la Guía Clínica para el Tratamiento y Manejo de la Esquizofrenia en el Nivel Primario y Secundario, año 2009, señala que no existiría evidencia significativa para sugerir este tipo de terapia²⁸. Esta conclusión se obtiene a partir de la revisión de 5 estudios realizados entre los años 1996 y 2007, los que evaluaban los resultados de programas en que los usuarios de servicios, recibieron estrategias de apoyo, información y gestión, con el fin de mejorar su adherencia a la medicación y/o con el objetivo de mejorar los síntomas, la calidad de vida y la prevención de recaídas. De los 5 estudios, solo 1 (Kemp 1996), habría encontrado resultados positivos, los que no fueron confirmados por estudios posteriores.

3.- Adherencia y satisfacción usuaria:

Algunos autores relacionan la adherencia a tratamiento con la satisfacción usuaria. Un ejemplo en el área de la salud general, lo constituye el estudio desarrollado en Chile, en un CESFAM de la comuna de Tomé, el que concluye que la satisfacción usuaria se relaciona positiva y significativamente con la adherencia al tratamiento y controles de salud, en usuarios con diabetes mellitus tipo II²⁹.

Respecto de la evaluación de satisfacción usuaria de personas en tratamiento por problemas de salud mental, tanto en Europa como en Norteamérica existen algunos estudios orientados a conocer la percepción de los usuarios respecto de servicios de salud mental, como por ejemplo el desarrollado en 1999 por el Servicio de Salud Andaluz, que realiza la evaluación de una unidad de rehabilitación, a través de la aplicación de un cuestionario a 74 personas con esquizofrenia³⁰.

No obstante y particularmente en nuestro país, las oportunidades para la expresión de opiniones por parte de los usuarios de servicios de salud mental es aún limitada, al igual que su participación en la toma de decisiones relacionadas a su tratamiento, reflejado por ejemplo en una mediana de cumplimiento del 50%

para el estándar “la preferencia del usuario es prioritaria para el lugar y forma de tratamiento”, de acuerdo a resultados del estudio *Evaluación de Calidad de Atención y Respeto de los Derechos de los Pacientes en Servicios de Salud Mental, Integrando Perpectivas de Usuarios y Equipos de Salud*¹².

Aún en muchos países el tratamiento ofrecido persigue mantener a las personas y sus trastornos “bajo control” en vez de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud reconoce que *“algunos de los actos más graves de vulneración de los derechos humanos y de discriminación experimentados por personas con discapacidad mental e intelectual y con problemas de abuso de sustancias se producen en el contexto de la atención sanitaria”*³¹.

A partir de esta realidad y ante la necesidad de contar con un instrumento que permita la evaluación y mejoramiento de la calidad y el respeto a los derechos humanos de personas con discapacidad mental e intelectual en los centros de atención, tanto con modalidad de hospitalización como ambulatoria, y utilizando como marco referencial la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Organización Mundial de la Salud, publica en el año 2011, la Guía de Herramientas del Proyecto QualityRights³¹.

En este contexto y considerando la evidencia existente respecto de la importancia del tratamiento en personas con esquizofrenia, que la adherencia se relaciona con múltiples factores y que en nuestro país la Ley 20.584 sobre derechos y deberes en la atención de salud, establece que *“toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento”*³², no resulta trivial la definición operacional o conceptualización de adherencia adoptada.

Desde una perspectiva de promoción de los derechos de las personas con enfermedad mental y particularmente de quienes presentan algún trastorno de

larga evolución como la esquizofrenia, más que el “cumplimiento de las recomendaciones” otorgadas por un profesional de salud determinado, adquiere relevancia la mantención del contacto entre el equipo de salud y la persona afectada, de manera de favorecer que el apoyo se encuentre disponible durante toda su evolución, independientemente de la decisión que la persona tome respecto del seguimiento de indicaciones específicas.

El aporte de este estudio se orienta por una parte a caracterizar la adherencia al tratamiento ambulatorio de personas con primer episodio de esquizofrenia en establecimientos del sistema público de salud chileno, no obstante, su aporte específico lo constituye la búsqueda de asociación de esta variable con la percepción de los usuarios de estos establecimientos, respecto de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, ámbito no estudiado previamente en nuestro país.

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

Caracterizar la adherencia a tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia, en establecimientos ambulatorios de especialidad del sistema público de salud y establecer su asociación con la percepción de sus usuarios respecto de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes.

Objetivos específicos:

1. Describir y determinar la frecuencia de adherencia a tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia atendidas en establecimientos ambulatorios de especialidad del sistema público de salud.
2. Evaluar la posible asociación entre adherencia a tratamiento y percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, en los establecimientos de atención ambulatoria de especialidad del sistema público de salud, controlando el efecto de variables sociodemográficas y accesibilidad.

IV. HIPÓTESIS

Las personas con primer episodio de esquizofrenia presentan una mayor adherencia a tratamiento en aquellos establecimientos de atención ambulatoria de especialidad, en los que sus usuarios realizan una mejor evaluación de la calidad de atención y del respeto de los derechos de los pacientes.

V. MATERIAL Y METODO

Esta tesis corresponde a un estudio transversal, observacional y descriptivo.

Se considera como unidad de análisis a las personas con primer episodio de esquizofrenia ingresadas en centros ambulatorios del sistema público, que otorgan atención especializada de salud mental.

Se utilizan datos secundarios de proyecto FONIS *“Evaluación de Calidad de Atención y Respeto de Derechos de los Pacientes en Servicios de Salud Mental, Integrando Perspectivas de Usuarios y Equipos de Salud”*, el que haciendo uso del instrumento WHO QualityRights³² diseñado por la OMS, evalúa el nivel de calidad de atención y cumplimiento del respeto de derechos de los pacientes, en 15 centros ambulatorios de salud mental y su asociación con la adherencia a tratamiento de las personas con primer episodio de esquizofrenia¹⁰.

Esto permite disponer por una parte, de una base de datos de 120 personas con esquizofrenia atendidas en 15 establecimientos del sistema público de salud, la que considera información sociodemográfica básica, de accesibilidad geográfica y económica y de los meses en que cada persona se ha mantenido en tratamiento activo, durante el primer año desde su ingreso al centro.

Además se cuenta con la evaluación del nivel de calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, de 15 establecimientos ambulatorios de especialidad, pertenecientes al sistema público de salud chileno, la que fue realizada considerando la perspectiva de usuarios, familiares y equipos de salud.

Técnicas de recolección de información:

Se elaboró un instrumento para la recolección de la información de adherencia, el que consideró: datos para la medición de adherencia, variables demográficas relevantes referidas al momento del ingreso y datos para estimar accesibilidad geográfica y económica.

La información relativa a cada caso fue otorgada por un referente del equipo de salud designado para estos efectos, el que a través de la revisión de ficha clínica u otro sistema de registro, verificó la confirmación del diagnóstico y el número de meses que se mantuvo bajo control durante el primer año.

Por otra parte, se utilizó el instrumento WHO QualityRights³¹, para la evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, el que considera 5 ámbitos de calidad y derechos, 25 estándares y 78 criterios de evaluación. En el caso del estudio original y considerando que la aplicación se realizó exclusivamente en establecimientos de atención ambulatoria, se realizó la evaluación de 18 estándares, correspondientes a 4 de los ámbitos o temas de calidad y derechos (Temas 2, 3, 4 y 5):

- El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible
- El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona
- Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso
- El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad

El proceso de evaluación y de aplicación del instrumento se llevó a cabo durante 2 días de visita al centro por parte de una dupla de evaluadores constituida por un profesional y un usuario de servicios de salud mental previamente capacitados en la metodología y consideró la revisión de documentación, la observación de actividades y condiciones de atención y la realización de entrevistas a personal del centro, familiares y usuarios, permitiendo obtener información desde 3 perspectivas diferentes.

Para la evaluación de la asociación entre adherencia y percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención y respeto de sus derechos, se considerarán exclusivamente los resultados obtenidos a partir de las 146 entrevistas realizadas a este grupo, las que en todos los casos fueron efectuadas por su par evaluador (usuario capacitado).

Selección de la muestra:

Los 15 centros de la muestra fueron seleccionados aleatoriamente, del total de 35 establecimientos públicos de salud que desarrollan atención ambulatoria de especialidad en salud mental, reconocidos como prestadores GES y que cumplieron con el criterio de registrar un número superior a 20 personas con primer episodio de esquizofrenia, durante los años 2011 y 2012. De este modo y a partir de los criterios de selección establecidos, la muestra quedó conformada exclusivamente por establecimientos con oferta de especialidades múltiples adosados o localizados en hospitales, es decir por Consultorios Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) o Centros de Referencia en Salud (CRS), sin representación de Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM), los que en su mayoría no cumplieron con el criterio del número casos establecidos.

Por otra parte, para la medición de adherencia, la muestra de personas con primer episodio de esquizofrenia, fue seleccionada a partir del listado de las personas ingresadas como sospecha de primer episodio de esquizofrenia (dentro del GES) entre el 1º de mayo de 2011 y el 30 de abril de 2012 y que posteriormente fueron confirmadas con el diagnóstico de esquizofrenia en cada uno de los 15 establecimientos. De esta lista se consideraron los últimos 8 casos (es decir, los 8 casos más cercanos al 30 de abril de 2012).

Los usuarios entrevistados utilizando cuestionario QualityRights, correspondieron a personas con diversos diagnósticos en el ámbito de la salud mental, atendidas durante los días de la visita de evaluación, seleccionadas aleatoriamente desde las agendas y que otorgaron su consentimiento para la entrevista.

Definición de variables:

La variable dependiente en el caso de este estudio corresponde a la adherencia a tratamiento.

La variable es tratada de manera ordinal (número de meses con adherencia, min:0 y max:12), y dicotómicamente (1= adhiere, definida como la mantención de contacto con el centro de atención al menos por 10 meses durante el periodo, y 0= no adhiere, definida por contacto inferior a 10 meses durante el periodo). Se establece este criterio considerando un periodo de 2 meses, para efectuar acciones de rescate efectivas a las personas inasistentes, por parte del equipo de salud, de acuerdo a definición de abandono del Ministerio de Salud³³.

El contacto se define como la mantención de cualquier forma de vínculo de la persona con esquizofrenia con el servicio de salud mental, ya sea a través de la atención directa por parte de algún profesional del equipo o de la dispensación de los medicamentos indicados. Se asume esta definición dado que se considera que mantener el contacto entre la persona y el sistema de salud, permite detectar precozmente las probables variaciones de su condición psicopatológica y de requerirse, intervenir oportunamente.

Las variables independientes corresponden a:

- Nivel de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes, a partir de la percepción de los usuarios atendidos por diversos problemas de salud mental en cada uno de los centros estudiados, medido como el porcentaje de logro en el cumplimiento de estándares establecidos por instrumento WHO QualityRights, a partir de la información obtenida de las entrevistas efectuadas a usuarios de cada centro.
- Variables sociodemográficas de las personas con primer episodio de esquizofrenia recogidas a través de instrumento de adherencia: edad, sexo, y años de estudio aprobados.
- Accesibilidad geográfica y económica al centro ambulatorio que otorga la atención, para las personas con primer episodio de esquizofrenia. Esta variable se medirá en forma dicotómica, (1= buena accesibilidad o 0= baja accesibilidad). Se considera buena accesibilidad geográfica cuando se

requiere de un tiempo de traslado de 30 minutos o menos y buena accesibilidad económica cuando el gasto es inferior a \$ 1.400. Para esta variable los datos fueron obtenidos en base a estimación efectuada para cada uno de los usuarios, por el profesional del centro que otorgó la información de adherencia.

Técnicas de análisis de datos y evaluación de resultados:

Se realizará estadística descriptiva de las variables en estudio. La adherencia es descrita como promedio de meses de adherencia y porcentaje de personas que adhieren.

También se señala el porcentaje de personas que adhieren según mes. Siguiendo recomendaciones de la evaluación inicial de esta tesis se incorpora análisis de sobrevivencia libre de inasistencia utilizando una tabla de Kaplan-Meier. Este procedimiento a diferencia del cálculo del porcentaje de personas que adhiere, considera el descuento en el denominador de los casos insistentes en los meses precedentes, entregando una perspectiva temporal no capturada por la descripción simple.

La asociación entre adherencia y percepción de calidad del centro se evalúa mediante modelo de regresión lineal quasipoisson (para la adherencia medida ordinalmente, es decir como número de meses) y regresión logística (para la adherencia medida dicotómicamente).

Los modelos son ajustados por posibles variables confundentes: edad, sexo, años de estudio aprobados, accesibilidad geográfica y accesibilidad económica. Los resultados (Razón del número meses que adhiere y Odds Ratio) que se presentan corresponden tanto a modelos uni como multivariados. Dado que las observaciones de los pacientes se encuentran agregados por establecimientos (observaciones anidadas), los modelos son repetidos utilizando ecuaciones de

estimaciones generalizadas (GEE) con matriz de correlaciones intercambiables (análisis multinivel). Dado que las metodologías estadísticas empleadas no permiten realizar modelos GEE quassipoisson, estos son desarrollados asumiendo distribución poisson. Las estimaciones fueron repetidas utilizando modelos de regresión con efectos mixtos, es decir incorporando un componente aleatorio al intercepto de cada modelo. Los resultados presentados corresponden a los obtenidos mediante GEE. El procedimiento utilizado para la estimación de los parámetros de los modelos de regresión correspondió al de máxima verosimilitud restringida. Se utilizó el software estadístico R 3.0.0.

Aspectos Éticos:

El estudio original (FONIS) y los formatos de consentimientos informados, contaron con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Adicionalmente, en 5 de los establecimientos de salud estudiados, se requirió someter el estudio a una segunda evaluación por parte de los Comités de Ética locales, los que aprobaron su realización.

La totalidad de usuarios y familiares entrevistados dieron su consentimiento para participar del estudio.

VI. RESULTADOS

1.- Descripción de la muestra de personas con primer episodio de esquizofrenia:

Si bien el instrumento de medición de adherencia fue aplicado originalmente en 120 casos de personas con primer episodio de esquizofrenia, 19 fueron excluidos del análisis por no contar con información para la totalidad de las variables sociodemográficas, considerándose finalmente una muestra de 101 casos.

No obstante es necesario señalar que los casos con información sociodemográfica incompleta, se concentraron principalmente en 3 establecimientos de salud y en las variables “años de estudio” y “nivel educativo”, con 15 y 7 casos sin información.

Para estos 3 establecimientos (identificados en el estudio con los número 3, 7 y 11), el número de casos de personas con primer episodio de esquizofrenia incorporados a la muestra y por tanto al análisis estadístico, fue en definitiva de 5, 3 y 2 respectivamente y en otros 5 centros los casos se redujeron en 1, es decir se mantuvieron 7. De este modo solo 7 de los centros mantuvieron los 8 casos originales.

A continuación se describen las características sociodemográficas de la muestra, según resultados detallados en Tabla N° 1.

El 70,3% de los casos corresponde a personas menores de 30 años, observándose un promedio de edad de 26,4 años, una mediana de 23 y una moda de 15. Un 67,3% son hombres, un 92,1% solteras/os y un 88,1% pertenecen a los tramos A y B de FONASA o son beneficiarios PRAIS, es decir, no efectúan copago por la atención recibida.

Respecto del nivel educativo, el 57,4% cuenta con educación media y un 18,8% ha desarrollado estudios superiores de nivel técnico o profesional. Solo un caso no presenta escolaridad.

En el ámbito del tipo de ocupación el 34,7% corresponde a estudiantes, categoría que asciende a un 74,3% si consideramos solo a las personas menores de 20 años. Un 37,6% de las personas se encuentra cesante y el porcentaje restante se distribuye entre las categorías de trabajo estable o trabajo esporádico, las que en conjunto alcanzan un 13,8%, dueña de casa con un 8,9% y jubilado o pensionado con un 5%.

Por último, el 97,0%% de las personas evaluadas vive con sus padres, pareja u otros familiares. De los casos restantes, 2 viven solos y 1 en hogar protegido.

Tabla Nº1. Caracterización de la muestra de personas con primer episodio de esquizofrenia, n:101

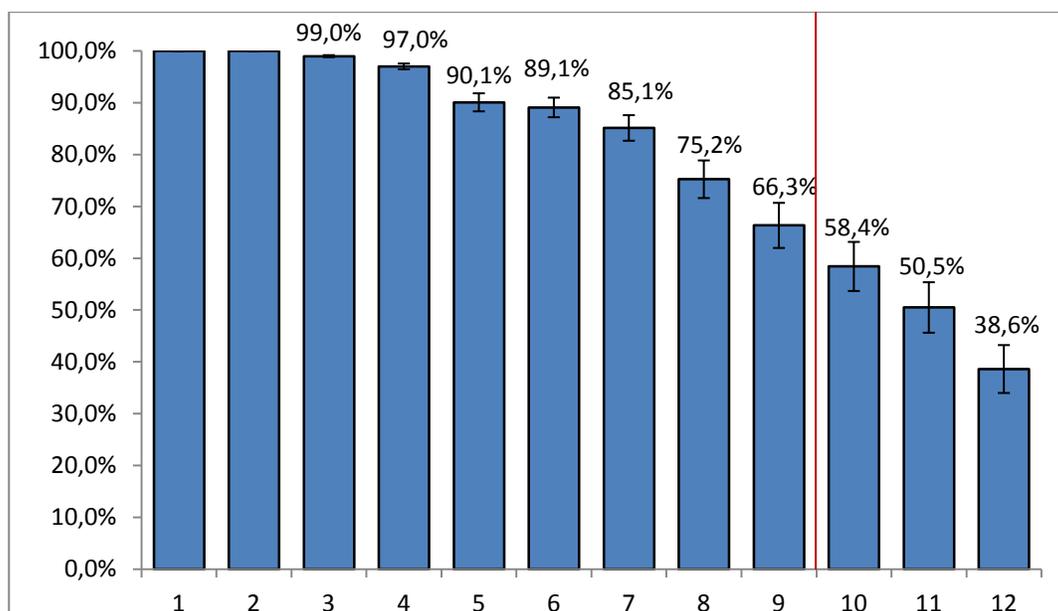
	n	%
Sexo (hombres)	68	67,3%
Edad		
10-19 años	35	34,7%
20 - 29 años	36	35,6%
30- 39 años	13	12,9%
40- 49 años	12	11,9%
50 y + años	5	5,0%
Estado Civil		
Casado(a)	5	5,0%
Conviviente	0	0,0%
Separado(a)	2	2,0%
Divorciado o Anulado(a)	1	1,0%
Viudo(a)	0	0,0%
Soltero(a)	93	92,1%
Con quien vive		
Solo	2	2,0%
Con padres, pareja u otros familiares	98	97,0%
Otro	1	1,0%
Nivel Educación		
Nunca asistió	1	1,0%
Educación especial	1	1,0%
Educación básica	22	21,8%
Educación media	58	57,4%
Técnico nivel superior	13	12,9%
Profesional	6	5,9%
Tipo de Ocupación		
Dueña de casa	9	8,9%
Estudiante	35	34,7%
Trabajo esporádico	6	5,9%
Trabajo estable	8	7,9%
Jubilado / pensionado	5	5,0%
Cesante	38	37,6%
Previsión		
A	60	59,4%
B	28	27,7%
C	7	6,9%
D	5	5,0%
PRAIS	1	1,0%

2.- Frecuencia y características de la adherencia a tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia:

El 58,4% de las personas cumple con los criterios de adherencia establecidos, es decir, contacto con el establecimiento de salud por al menos 10 meses durante los primeros 12 meses, a partir de la confirmación del diagnóstico de esquizofrenia.

De acuerdo a lo observado en la Figura 1, el 100% de los casos presenta contacto por al menos 2 meses durante el periodo evaluado y el 38,6% mantiene contacto continuo durante los primeros 12 meses.

Figura 1. Porcentaje de Personas con Esquizofrenia según Número de Meses de Adherencia

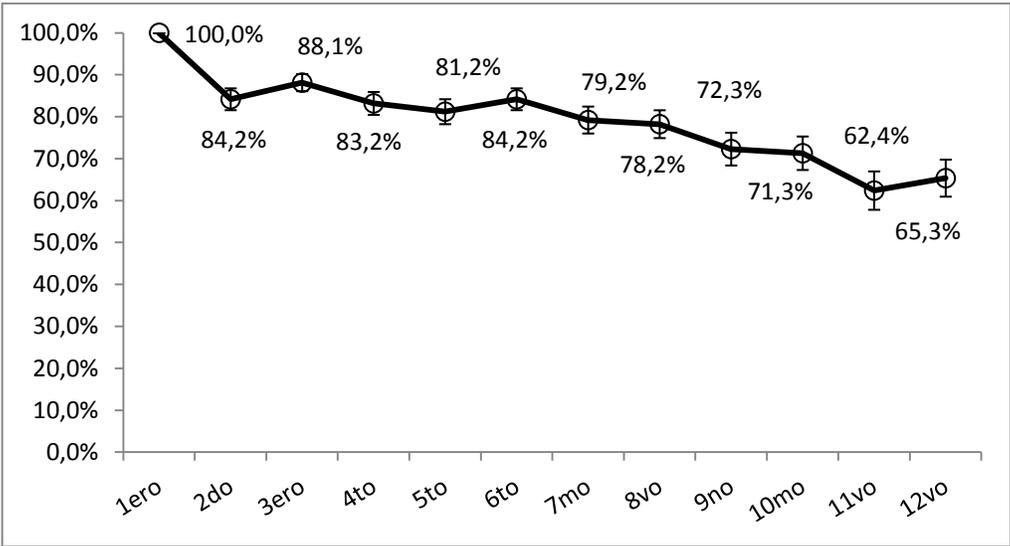


No obstante, de las personas que mantienen contacto menos de 12 meses durante el primer año desde la confirmación diagnóstica, un 75,9% muestra contacto discontinuo, es decir presentan al menos un mes intermedio sin contacto con el centro de atención, retomando posteriormente.

Considerando el porcentaje de personas que mantienen contacto con el sistema sanitario según mes de tratamiento (Figura 2), es posible observar que el principal descenso, se produce entre el primer y segundo mes, periodo en el que el porcentaje de personas que no recibe atención disminuye en un 15,8%.

A partir del mes 3 y hasta el mes número 6, se observan leves variaciones en el porcentaje de personas que mantiene contacto con el sistema, presentándose a partir del mes 7 una sostenida tendencia al descenso.

Figura 2. Porcentaje de Adherencia según Mes de Tratamiento



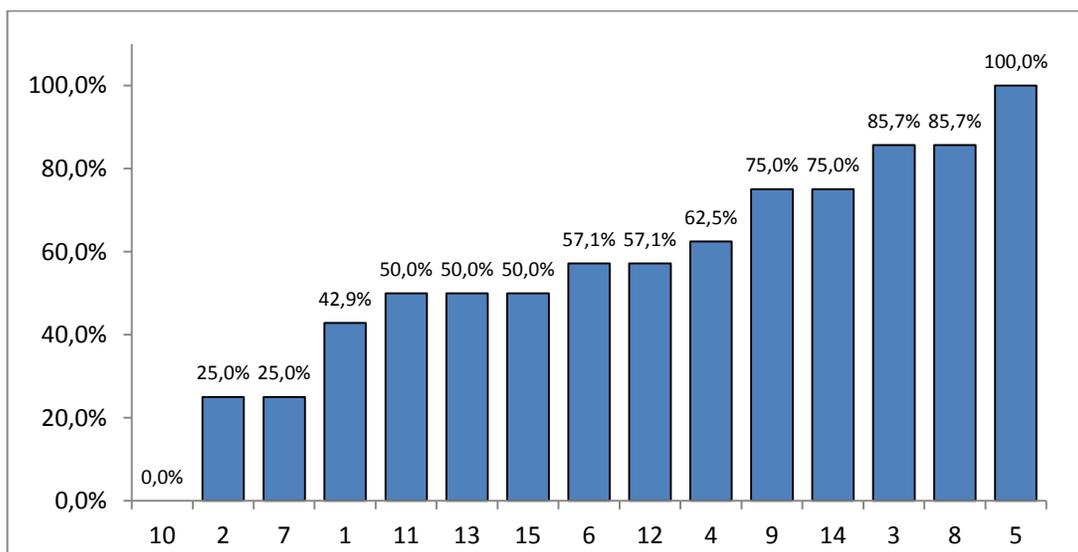
Similares resultados son posibles de observar a partir del análisis de sobrevida, en el que a diferencia del análisis anterior, las personas inasistentes en un mes, son descontadas del denominador en los meses siguiente. En la Tabla 2, se muestra que la principal disminución en el número de personas que mantiene contacto continuo con el sistema sanitario, se produce entre el primer y segundo mes (16 personas) y entre el cuarto y quinto mes (10 personas).

Tabla 2. Análisis de Sobrevida

Tiempo (meses)	N en riesgo	N eventos	Sobrevida	EE	ICI95%	ICS95%
1	101	16	84,2%	0,036	77,3%	91,6%
2	85	5	79,2%	0,040	71,7%	87,5%
3	80	6	73,3%	0,044	65,1%	82,4%
4	74	10	63,4%	0,048	54,6%	73,5%
5	64	3	60,4%	0,049	51,6%	70,7%
6	61	3	57,4%	0,049	48,5%	67,9%
7	58	5	52,5%	0,050	43,6%	63,2%
8	53	2	50,5%	0,050	41,6%	61,3%
9	51	4	46,5%	0,050	37,8%	57,4%
10	47	5	41,6%	0,049	33,0%	52,4%
11	42	3	38,6%	0,048	30,2%	49,4%

Si bien como ha sido señalado, el porcentaje global de casos que adhiere a tratamiento, considerando al menos 10 meses en el periodo, es de un 58,4%, se observa una alta variación entre los distintos centros evaluados, observándose un mínimo de 0 y un máximo del 100% en la adherencia de las personas con primer episodio de esquizofrenia seleccionadas en la muestra. Este resultado se grafica en la Figura 3, en la que se observa el porcentaje obtenido por cada uno de los 15 centros, identificados a través de un número.

Figura 3. Porcentaje de Personas con Adherencia según Centro



El términos globales, el promedio de número de meses de contacto con el sistema sanitario es de 9,5 y la mediana es de 11 meses, siendo el mínimo observado en uno de los centros de 5,3 meses de promedio, con una mediana de 3. No obstante el bajo número de observaciones de cada centro y particularmente de los identificados con los número 3, 7 y 11, relativiza la confiabilidad de los datos.

3.- Asociación entre adherencia a tratamiento y percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención y respeto de sus derechos:

Como se observa en la Tabla 3, el modelo de análisis multivariado sin multinivel, considerando la adherencia como variable dicotómica (logra o no logra adherencia), muestra asociación con los temas 2 y 3 del instrumento WHO QualityRights, de calidad de atención y respeto de los derechos de las personas con enfermedad mental.

Tabla 3. Modelo Logístico para Adherencia 10 o más meses (Sin Multinivel)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	OR	ICI95%	ICS95%	OR	ICI95%	ICS95%	OR	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	0,99	0,96	1,03	0,99	0,94	1,03	0,99	0,95	1,03
Sexo	1,14	0,49	2,67	1,30	0,43	3,95	1,37	0,52	3,59
Educación (años)	0,97	0,85	1,11	1,01	0,86	1,19	0,97	0,84	1,11
Acceso Geográfico	2,21	0,98	5,03	2,65	0,85	8,29	2,51	0,92	6,90
Acceso Económico	1,47	0,62	3,50	0,96	0,27	3,40	0,82	0,27	2,52
Evaluación Tema 2	1,57	0,91	2,69	14,16	3,62	55,40	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,84	0,54	1,32	0,23	0,06	0,79	-	-	-
Evaluación Tema 4	0,99	0,58	1,69	0,67	0,13	3,50	-	-	-
Evaluación Tema 5	0,94	0,72	1,23	0,66	0,40	1,07	-	-	-
Evaluación Total	1,01	0,63	1,63	-	-	-	1,04	0,62	1,74

En el caso del tema 2, el que corresponde a “*el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible*”, la adherencia se asocia a una mejor evaluación por parte de usuarios, aumentando la chance de adherencia en 14 veces por cada 10 puntos porcentuales adicionales obtenidos en el tema. Los estándares de calidad establecidos en este caso, consideran el acceso a la atención, la calificación del personal, el plan de recuperación integral conducido

por los usuarios, la disponibilidad de medicamentos y disponibilidad de servicios para la salud general y reproductiva.

En cambio respecto del tema 3, el que corresponde a “*el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona*”, es posible observar una asociación inversa, es decir por cada 10 puntos porcentuales adicionales obtenidos en este tema, se espera una disminución cercana a 77% en la chance de adherencia, aunque con amplios intervalos de confianza. Cabe señalar que en este tema, los estándares de calidad considerados son: dar prioridad a las preferencias de los usuarios en cuanto a lugar y forma de tratamiento, establecer procedimientos para evitar el tratamiento sin consentimiento, dar apoyo para que los usuarios ejerzan su capacidad jurídica y el derecho a la confidencialidad y acceso a su información de salud.

Del mismo modo, tal como se observa en la Tabla 4, los resultados señalados se repiten en el análisis multivariado de la adherencia, esta vez considerada como variable ordinal (número de meses que logra adherencia). Además se observa en el análisis univariado, asociación entre el número de meses de adherencia y el acceso geográfico, entendido como un tiempo de traslado igual o menor a 30 minutos, entre el lugar de domicilio del usuario y el centro de tratamiento.

Tabla 4. Modelo Quasipoisson para Número de Meses con Adherencia (Sin Multinivel)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	1,00	1,00	1,01	1,00	1,00	1,01	1,00	1,00	1,01
Sexo	1,06	0,94	1,19	1,03	0,91	1,17	1,06	0,93	1,21
Educación (años)	0,99	0,97	1,01	1,00	0,98	1,01	0,99	0,97	1,01
Acceso Geográfico	1,13	1,01	1,26	1,14	0,99	1,30	1,15	0,99	1,33
Acceso Económico	1,07	0,94	1,21	0,98	0,84	1,15	0,97	0,82	1,15
Evaluación Tema 2	1,07	1,00	1,15	1,45	1,25	1,68	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,98	0,91	1,04	0,85	0,75	0,98	-	-	-
Evaluación Tema 4	1,00	0,92	1,08	0,87	0,71	1,06	-	-	-
Evaluación Tema 5	1,00	0,96	1,04	0,97	0,92	1,02	-	-	-
Evaluación Total	1,01	0,95	1,09	-	-	-	1,03	0,95	1,11

Al igual que en el modelo anterior, la mejor evaluación de los usuarios para el tema 2 se constituye en factor protector para adherencia (por cada 10 puntos, porcentuales adicionales en este tema aumenta en un 45% la posibilidad de un mes adicional de adherencia) y la mejor evaluación del tema 3, en un factor de riesgo (por cada 10 puntos porcentuales adicionales, disminuye en un 15% el riesgo de presentar un mes adicional de adherencia).

Los modelos estadísticos con multinivel, es decir considerando la agregación de los datos por centro de tratamiento, confirman los resultados encontrados.

Como se observa en las Tablas 5 y 6, considerando adherencia como variable dicotómica en la primera y como variable ordinal en la segunda, existe asociación tanto con el acceso geográfico al centro, como con los resultados de la evaluación para los temas 2 y 3, del instrumento WHO QualityRights.

Tabla 5. Modelo Logístico para Adherencia 10 o más meses (Con Multinivel, GEE)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	OR	ICI95%	ICS95%	OR	ICI95 %	ICS95%	OR	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	0,99	0,96	1,02	0,98	0,96	1,01	0,98	0,96	1,01
Sexo	1,02	0,40	2,58	1,31	0,46	3,78	1,30	0,55	3,08
Educación (años)	1,00	0,89	1,13	1,02	0,87	1,19	1,00	0,89	1,12
Acceso Geográfico	2,11	1,00	4,44	2,85	1,25	6,50	2,72	1,46	5,06
Acceso Económico	1,34	0,48	3,76	0,83	0,23	2,94	0,65	0,22	1,98
Evaluación Tema 2	1,65	0,83	3,27	14,37	3,46	59,67	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,91	0,38	2,17	0,24	0,08	0,75	-	-	-
Evaluación Tema 4	1,05	0,39	2,81	0,62	0,09	4,03	-	-	-
Evaluación Tema 5	1,01	0,63	1,61	0,67	0,40	1,11	-	-	-
Evaluación Total	1,11	0,49	2,55	-	-	-	1,15	0,46	2,86

Por último, tal como se observa en la Tabla 6, el modelo de análisis estadístico multivariado con multinivel, con la adherencia considerada como número de meses de tratamiento, muestra una asociación inversa para el tema 5, el que se refiere a “*el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad*”, en la que por cada 10% porcentuales adicionales en el tema, disminuye en un 4% el riesgo de presentar un mes adicional de adherencia.

Si bien los modelos anteriores mostraban una tendencia de asociación inversa entre adherencia y resultados de evaluación de calidad para el tema 5, esta no alcanzaba significación estadística.

Tabla 6. Modelo Poisson para número de Meses con Adherencia (Con Multinivel, GEE)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	1,00	1,00	1,01	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Sexo	1,04	0,91	1,19	1,04	0,91	1,18	1,05	0,91	1,20
Educación (años)	1,00	0,98	1,02	0,99	0,97	1,01	0,99	0,98	1,01
Acceso Geográfico	1,12	1,02	1,23	1,13	1,01	1,28	1,14	1,01	1,27
Acceso Económico	1,07	0,95	1,19	1,00	0,89	1,11	0,97	0,85	1,11
Evaluación Tema 2	1,08	1,00	1,16	1,43	1,30	1,57	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,99	0,88	1,10	0,85	0,79	0,92	-	-	-
Evaluación Tema 4	1,00	0,87	1,15	0,89	0,76	1,05	-	-	-
Evaluación Tema 5	1,01	0,95	1,08	0,96	0,94	0,99	-	-	-
Evaluación Total	1,03	0,93	1,14	-	-	-	1,03	0,92	1,16

En este tema se evalúan los estándares de apoyo por parte del centro para acceder a vivienda y recursos financieros requeridos para una vida independiente, a oportunidades de empleo y educación, a participar en la vida política y pública y a participar en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.

Las estimaciones realizadas utilizando modelos mixtos, entregaron similar evidencia que la aportada por GEE, aun cuando en algunas ocasiones los intervalos de confianza de algunos coeficientes que resultaron significativos usando GEE, con efectos mixtos sobrepasaron el valor de nulidad. Pese a esto la dirección y magnitud del efecto son consistentes con ambos procedimientos.

VII. DISCUSIÓN

Considerando las características sociodemográficas de la muestra, se observa un predominio de hombres respecto de mujeres, en una proporción de 2,06 hombres por cada 1 mujer diagnosticada. Si bien la literatura muestra un mayor riesgo para hombres de desarrollar esquizofrenia, la revisión sistemática de todos los estudios de incidencia publicados entre 1965 y 2001, concluyó una mediana de riesgo para éstos, de 1,4 veces³⁴. Confirmar la tendencia observada en este estudio, la que pudiera corresponder a una menor incidencia y/o menor acceso a tratamiento en mujeres respecto de hombres, requiere de una observación de tiempo más prolongado.

Desde la perspectiva laboral, la tasa de desocupación para las personas con primer episodio de esquizofrenia alcanza a un 73,1%, cifra más de 10 veces mayor a la de la población general de 15 años y más, la que durante el 2014 ha bordeado el 6,5%³⁵. Es necesario considerar que el cálculo de esta tasa se realiza en base a la población económicamente activa, es decir, sin considerar a dueñas de casa, a estudiantes o a quienes se declaran como jubilados o pensionados.

Una situación similar ocurre respecto del estado civil, con un 92,1% de solteros, porcentaje que duplica prácticamente al 47,2% de la población mayor de 15 años, según resultados del Censo 2012³⁶.

En relación al porcentaje de menores de 20 años que se encuentran estudiando, el 74,3% impresiona como una buena cifra, aunque no se encontró información equivalente para población general que permitiese comparar este resultado.

En cuanto al resultado de porcentaje de personas con primer episodio de esquizofrenia que mantiene adherencia cumplido 1 año desde el inicio del tratamiento, la comparación con otros estudios es compleja, considerando las diferencias tanto en la definición, como en la forma de medición de adherencia empleadas.

No obstante, es posible señalar que el resultado de un 38,6% de personas con primer episodio de esquizofrenia, que mantienen contacto continuo con el centro de atención durante los primeros 12 meses de tratamiento, es 7 puntos porcentuales superior, al encontrado en Chile por Alvarado el 2008²⁴ en población similar.

Como fue señalado, el principal descenso del número de personas que mantienen contacto con el sistema de salud, se produce entre el primer y segundo mes de tratamiento, (15,8%) lo que indica la importancia de generar estrategias iniciales orientadas a crear y mantener un vínculo terapéutico y de entregar información respecto de las consecuencias de suspender el tratamiento.

Como parte de la caracterización de la adherencia, un dato a considerar es el que el 75,9% de las personas con menos de 12 meses de contacto con el sistema de salud, presentan contacto discontinuo, con al menos un mes intermedio sin atención ni dispensación de medicamentos. Evaluar en qué medida el contacto discontinuo se constituye en un indicador de abandono definitivo, requiere de un estudio que realice un seguimiento de los casos durante un periodo de tiempo más prolongado.

Tal como lo señalara Alvarado²⁴, el análisis realizado en este estudio, confirma la asociación entre la adherencia al tratamiento y el acceso geográfico al centro que otorga la atención, lo que refuerza la necesidad de continuar descentralizando la atención ambulatoria especializada, tal como ha sido planteado por la política pública en el ámbito de la salud mental en Chile.

Una de las limitaciones de este estudio es la necesidad de considerar que los resultados obtenidos, permiten caracterizar la adherencia a tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia y su asociación con calidad y respeto de derechos en establecimientos de atención ambulatoria especializada, adosados o localizados en hospitales y no son necesariamente extrapolables a la realidad de los Centros de Salud Mental Comunitaria (sin representación en la muestra), los que por focalizar su atención en territorios más pequeños y con

población acotada, no cumplieron con el criterio establecido en relación a número de casos.

Respecto de la asociación entre la adherencia y una mejor percepción de los usuarios de la calidad de atención y del respeto de sus derechos, si bien no se observó una correlación con el resultado total de la evaluación, sí se encontró una correlación positiva, estadísticamente significativa, para uno de los cuatro temas o ámbitos, considerados en el instrumento utilizado.

Si bien los resultados obtenidos considerando exclusivamente la evaluación de los usuarios difieren parcialmente de los del estudio FONIS original “Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud”¹², el análisis y comparación de los resultados requiere tener presente las siguientes limitaciones:

- Los datos del QualityRights utilizados para el desarrollo de la tesis, consideran exclusivamente los resultados de las entrevistas realizadas a los usuarios del centro, las que en todos los casos fueron efectuadas por parte de un par evaluador (usuario de servicio de salud mental capacitado). En el caso del estudio original, los resultados de la evaluación de calidad y respeto de derechos, son producto de los puntajes concordados por ambos evaluadores externos (profesional y usuario) y consideran diversas fuentes de información (entrevistas a usuarios, a familiares y a equipo de salud, revisión de documentación del centro y observación de actividades).
- Los usuarios entrevistados respecto de calidad y respeto de derechos, no corresponden (necesariamente) a los seleccionados en la muestra de personas con primer episodio de esquizofrenia, en base a las que se efectúa la medición y caracterización de la adherencia.
- A diferencia del estudio señalado, la evaluación de la asociación se realiza a nivel de tema y no a nivel de estándares.

En este contexto, es posible observar que el Tema 2, referido a El Derecho al Goce de una Salud Física y Mental del más Alto Nivel Posible (Artículo 25 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad), es el único que muestra una correlación positiva, estadísticamente significativa, con la adherencia a tratamiento.

Si bien el análisis de correlación fue realizado a nivel de tema, este resultado muestra consistencia con los obtenidos en el estudio original y en otro realizado en Colombia, en los que se encontró asociación con variables consideradas al menos en dos de los estándares.

Por una parte se encuentran los resultados obtenidos por Amezcuita²², el que identificaba el acceso y disponibilidad de medicamentos, como una de las variables asociadas a la adherencia, aspecto considerado específicamente como uno de los estándares de calidad, contenidos en el Tema Derecho a la Salud.

Por otra parte, si bien el estudio original no logra significación estadística para este tema (en su conjunto), sí lo hace con el estándar referido al “plan de recuperación conducido por el usuario”, lo que parece consistente con las recomendaciones de Silva¹⁵, respecto de *“informar ampliamente al paciente e involucrarlo activamente en la negociación y decisión de las medidas terapéuticas; así, logrará que se apropie de dichas medidas”*.

En lo relativo al plan de recuperación conducido por el usuario, el instrumento QualityRights de la OMS, define este estándar como *“El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación” conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad”*, considerando en sus criterios de evaluación que en los centros evaluados, la totalidad de las personas atendidas tengan un plan de tratamiento individual, que su participación en la elaboración sea tan importante como la de los profesionales y que siempre elijan las terapias en las que participen.

En síntesis es posible señalar que la percepción por parte de los usuarios de un centro que otorga servicios de salud de calidad, considerando la disponibilidad de medicamentos, el acceso oportuno a servicios de salud integrales (de salud física y mental), la calificación del personal y la existencia de un plan de intervención integral conducido por ellos mismos, es una variable que se asocia con su mejor adherencia.

Respecto de los resultados de asociación para el Tema 3, referido al Derecho al Ejercicio de la Capacidad Jurídica y a la Libertad Personal, el análisis estadístico muestra una correlación negativa, estadísticamente significativa, con la adherencia a tratamiento.

Los resultados del estudio original para este tema, muestran diferentes tipos de correlación (positiva y negativa), sin observarse significación estadística para ninguno de ellos. Sin embargo y consistentemente con el resultado de este estudio, los estándares con valores de correlación más elevados, corresponden a “se apoya a usuarios para que ejerzan su capacidad jurídica” y “derecho a la confidencialidad y acceso a su ficha clínica”, en los que también se observa una dirección de la asociación inversa.

No se observa asociación entre la evaluación realizada para el Tema 4 referido a la Protección contra la Tortura y Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes, y la adherencia al tratamiento.

Por último el Tema 5, referido al Derecho a Vivir Independiente y a ser Incluido en la Comunidad, muestra una asociación inversa estadísticamente significativa con la adherencia a tratamiento solo en uno de los modelos estadísticos utilizados, lo que podría constituir la principal diferencia respecto del estudio original, en el que para este tema, presenta una correlación positiva para la totalidad de los estándares y una asociación estadísticamente significativa para el estándar “Acceso a oportunidades de educación y empleo”.

Estos resultados abren importantes interrogantes respecto de la necesidad de identificar y comprender las razones que permitan explicar el que los servicios mejor evaluados por los usuarios de establecimientos ambulatorios del sistema de salud público en Chile, en aspectos de promoción de su autonomía, de su libertad personal, de su participación e inclusión social, se relacionen inversamente con la adherencia a tratamiento.

Una hipótesis posible es que efectivamente la promoción de los aspectos señalados, permita que las personas atendidas ejerzan con mayor libertad su derecho a rechazar tratamiento, lo que debiese evaluarse a través de la aplicación de metodologías cualitativas y considerando que efectivamente, esta decisión haya sido tomada, habiendo recibido información suficiente respecto de sus implicancias.

Otra posibilidad es que en aquellos centros con mejores resultados en los Temas 3 y 5, las personas con esquizofrenia efectivamente alcancen mejores niveles de funcionamiento e inclusión social y que en la medida que presentan un mayor acceso a la educación y al empleo, se generen mayores dificultades para cumplir con los requerimientos de un sistema de salud, caracterizado por una oferta de atención concentrada en el horario hábil, con tiempos de espera prolongados (por ejemplo para la entrega de medicamentos), con la asignación de horas de consulta desde el prestador, etc.

Por último y a partir de los resultados encontrados y como una forma de mejorar la adherencia de las personas con primer episodio de esquizofrenia, es recomendable avanzar en la implementación en el sistema público de salud, de estrategias orientadas a:

- ✓ Mejorar el acceso a través de la descentralización de la atención de personas con primer episodio de esquizofrenia
- ✓ Mantener disponibilidad de los medicamentos indicados
- ✓ Fortalecer las competencias del personal de salud

- ✓ Fortalecer desde el momento del diagnóstico el vínculo terapéutico entre el equipo de salud y las personas con primer episodio de esquizofrenia
- ✓ Reforzar la entrega a los usuarios de información relativa a las consecuencias de discontinuar tratamiento
- ✓ Fortalecer la participación de los usuarios en la elaboración de sus planes de tratamiento, considerando además del tratamiento farmacológico, la rehabilitación psicosocial y los enlaces con redes de apoyo.

VIII. CONCLUSIONES

La adherencia de personas con primer episodio de esquizofrenia, en establecimientos ambulatorios de especialidad del sistema público en Chile, es de un 58,4%, considerando como adherencia, la mantención de cualquier forma de contacto con el servicio de salud mental, durante al menos 10 de los primeros 12 meses, desde el ingreso a tratamiento.

Durante el periodo señalado (primer año), las personas con primer episodio de esquizofrenia presentan un promedio de 9,5 meses de adherencia y en un 75,9% de los casos con menos de 12 meses, este contacto es discontinuo, es decir presentan al menos 1 mes intermedio sin contacto con el equipo de salud.

No es posible confirmar la hipótesis planteada, la que señalaba que “las personas con primer episodio de esquizofrenia presentan una mayor adherencia a tratamiento en aquellos establecimientos de atención ambulatoria de especialidad, en los que sus usuarios realizan una mejor evaluación de la calidad de atención y del respeto de los derechos de los pacientes”, dado que no se observó correlación con el resultado total o global de la evaluación.

No obstante, el análisis a nivel de los 4 temas contenidos en el instrumento, muestra una correlación positiva, estadísticamente significativa, con El Derecho al Goce de una Salud Física y Mental del más Alto Nivel Posible.

Otra de las variables evaluadas, que muestra una asociación positiva con la adherencia a tratamiento, es la accesibilidad geográfica al centro de atención.

Por el contrario, los resultados muestran una asociación negativa para los temas referidos al Derecho al Ejercicio de la Capacidad Jurídica y el Derecho a la Libertad Personal y la Seguridad de la Persona y al Derecho a Vivir en forma Independiente y a ser Incluido en la Comunidad.

No se encontró asociación entre adherencia a tratamiento y las variables sociodemográficas analizadas, es decir, con edad, sexo y años de educación.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **Cano J., Fierro-Urresta M., Vanegas C., Alzate M., Olarte A., Cendales R. y Córdoba R.** *Factores pronósticos de esquizofrenia en primer episodio psicótico.* 3, 2007, Rev. Salud Pública, Vol. 9, págs. 455-464.
2. **Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S y Saraceno B.** *Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.* 2005, Panam Salud Pública, Vol. 18, págs. 229-240.
3. **Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R y Torres S.** *Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica.* 5, Santiago : s.n., Mayo de 2002, Revista Médica de Chile, Vol. 130.
4. **Estudio, Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007.** www.minsal.cl. [En línea] 2007. epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf.
5. **Ministerio de Salud.** (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Chile.
6. **Alvarado R, Minoletti A, Torres F, Moreno B, Madariaga C y Sepúlveda R** (2012). *Development of community care for people with schizophrenia in Chile.* International Journal of Mental Health, 41 (1), 48-61.
7. **Ministerio de Salud.** *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia. Serie Guías Clínicas MINSAL.* Santiago, Chile : s.n., Octubre de 2009.
8. **Ministerio de Salud.** *Listado Específico de Prestaciones.* Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d6924d336146d5e6e040010164015e8f.pdf>
9. **Ministerio Secretaría General de Gobierno.** Portal de Datos Públicos. datos.gob.cl. [En línea] [Citado el: 6 de Abril de 2014.]
10. **Miller, B. J.** (2008). *A review of second-generation antipsychotic discontinuation in first-episode psychosis.* Journal of Psychiatric Practice, 14, 289-300.
11. **Moreira P, Sequeida V y Sepúlveda R.** *Adherencia a los servicios de salud mental en pacientes con enfermedad mental severa: Discusión y Propuestas.* 3, 2013, Psiquiatría Universitaria, Vol. 9, págs. 273-279.
12. **Minoletti A, Toro O, Alvarado R, Guajardo A, Aranda W, Carniglia C.** *Informe General FONIS SA12I2073: Evaluación de calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, interando perspectivas de usuarios y equipos de salud.* 2012. Disponible en: http://www.saludpublica.uchile.cl/documentos/informe-calidad-de-atencion-y-respeto-de-derechos-de-personas-atendidas-en-servicios-de-salud-mental-pdf_104225_0_1559.pdf
13. **Organización Mundial de la salud.** *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo.* 2004.

14. **Martín L.** *Acerca del Concepto de Adherencia Terapéutica.* 4, La Habana: s.n., Sep-Dic de 2004, Rev Cubana de Salud Pública, Vol. 30.
15. **Silva G, Galeano E y Correa J.** *Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la No-Adherencia.* 4, Bogotá : s.n., 2005, Acta Médica Colombiana, Vol. 30, págs. 268-273.
16. **Pardo, V.** *Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas.* 1, Agosto de 2007, Revista de Psiquiatría Uruguay, Vol. 71, págs. 83-98.
17. **Pérez A, Gil S, Pina L e García I.** *Psicofarmacología de la psicosis: Elección del fármaco, adherencia a tratamiento y nuevos horizontes.* 3, Madrid : s.n., 2010, Clínica y Salud, Vol. 22
18. **Wells E. et al.** *Drop out from out-patient mental health care in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative.* 2013, The British Journal of Psychiatry, Vol. 202, págs. 42-49.
19. **Zheng S., Yin Poon L.** *Rate and Predictors of Service Disengagement Among Patients with First-Episode Psychosis.* 8, August de 2013, Psychiatric Services ps.psychiatryonline, Vol. 64, págs. 812-815.
20. **Novak-Grubich V, Tavcar R.** *Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder.* 3, Mayo de 2002, European Psychiatry, Vol. 17, págs. 148-154.
21. **Kampman O. et al,** *Indicator of medication compliance in first-episode psychosis.* 110, Mayo de 2002, Psychiatry Res., Vol. 15, págs. 39-48.
22. **Amezquita L, Barrera A y Vargas T.** *Prevalencia y factores Asociados a la no Adherencia al Tratamiento con Antipsicóticos en Pacientes Adultos con Esquizofrenia.* Universidad del Rosario- Universidad del CES. Bogotá : s.n., 2012. Tesis de Grado.
23. **Mazzotti E., Barbaranelli C.** *Dropping out of psychiatric treatment: a methodological contribution.* 2012, Acta Psychiatr Scand, Vol. 126, págs. 426-433.
24. **Markkula N., Alvarado R y Minoletti A.** *Adherence to Guidelines and Treatment Compliance in the Chilean National Program for First-Episode Schizophrenia.* 2011, Psychiatric Service, Vol. 62, págs. 1463-1469.
25. **Alvarado R, Minoletti A.** *Evaluación de las Redes de Atención para Personas con Esquizofrenia en Chile.* Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Santiago : s.n., 2010.
26. **Tsang H., F. K.** (2010). *Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia.* Psychiatry Research, 180 (1), 10-15.
27. **Mittal D., e. a.** (Octubre de 2012). Empirical Studies of Self-stigma Reduction Strategies: A Critical Review of Literature. *Psychiatric Serv.* , 947-981.

- ²⁸. **National Collaborating Center for Mental Health (UK)**. Psychological Therapy and Psychosocial Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia. *Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. 2009.
- ²⁹. **Tobar M., Acuña O.**, *Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2*. Revista Chilena Salud Pública 2012; Vol. 16 (2): 131-136
- ³⁰. **Cuevas C. et al.**, *Evaluación de una unidad de rehabilitación de salud mental realizada por pacientes con trastorno esquizofrénico*. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol21_1_8.pdf
- ³¹. **World Health Organization**. (2012). *WHO QualityRights tool kit: assesing and improving quality an human rigts in mental healts and social care facilities* . World Health Organization, Geneva.
- ³². **Biblioteca del Congreso Nacional de Chile**: Ley: 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud. Disponible en: <http://www.leychile.cl/>
- ³³. **Ministerio de Salud**, Manuales Serie REM 2014-2016, Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Actualizado a Mayo 2014.
- ³⁴. **McGrath, J., Saha, S., Welham, J., et al.**, 2004. *A systematic review of the incidence of schizophrenia*. B.M.C. Med. 2, 13
- ³⁵. **Instituto Nacional de Estadísticas**, Empleo Trimestral, Edición N° 193 / 28 de noviembre de 2014
- ³⁶. **Resultados XVIII Censo de Población 2012**. Disponible en: <http://www.emol.com/documentos/archivos/2013/04/02/20130402145438.pdf>

X. ANEXOS

WHO QualityRights

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA PARA USUARIOS, PROFESIONALES Y FAMILIARES - CENTROS AMBULATORIOS

Mi nombre es (*Nombre del encuestador y profesión o formación, condición de usuario*)

Trabajo como parte de un equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El propósito de las entrevistas que estoy realizando es saber la opinión del personal, los usuarios y familiares acerca de este centro.

Si acepta ser entrevistado, le haré preguntas sobre este centro, sobre la atención y el tratamiento que ha recibido y sobre el respeto de los derechos de las personas en el centro. Nadie que no sea yo sabrá lo que usted me dice.

Con el fin de asegurarse de que su identidad no se divulgue, su nombre no será escrito en la Hoja de Respuestas y no aparecerá en el informe final.

Voy a hacerle preguntas que vienen en el instrumento de la Organización Mundial de la Salud para evaluar y mejorar la calidad y los derechos humanos en centros de salud mental.

Posterior a esta introducción agradezca su colaboración e invite a leer el consentimiento. Una vez obtenido el consentimiento para la encuesta (y también el consentimiento para ver la ficha en el caso de los usuarios) haga la pregunta de esta encuesta.

TEMA 2. EL DERECHO AL GOCE DE UNA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE (ARTÍCULO 25 DE LA CDPD)

Estándar 2.1. El dispositivo/establecimiento está disponible para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.	
Criterio 2.1.2. Logro total (4): Todos reciben tratamiento aquí o en otro lugar Logro parcial (3): Pocos se quedan sin tratamiento Logro mínimo (2): Algunos se quedan sin tratamiento No hay logro (1): Muchos se quedan sin tratamiento	¿Todos los pacientes que vienen reciben tratamiento, ya sea aquí o en otro lugar? <i>Si la respuesta es NO pregunte:</i> ¿Se quedan sin tratamiento pocos, algunos o muchos?
Estándar 2.2. El dispositivo/establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.	

<p>Criterio 2.2.1. Logro total (4): Todos los profesionales están capacitados</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo pocos</p> <p>No hay logro (1): Ninguno está capacitado</p>	<p>¿Aquí los profesionales están capacitados para ayudar a los pacientes a que funcionen con mayor autonomía (por sí mismos) en su casa y barrio?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los profesionales están capacitados o solo algunos o pocos?</p>
<p>Criterio 2.2.3. Logro total (4): Son atendidos en el mismo días</p> <p>Logro parcial (3): Dentro de 2 a 7 días</p> <p>Logro mínimo (2): Con más de 7 días de espera</p> <p>No hay logro (1): No son atendidos cuando lo desean</p>	<p>¿Los pacientes pueden ser atendidos por un psiquiatra u otro profesional si lo desean?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿En el mismo día, o dentro de 2 a 7 días, o con más espera?</p>
<p>Criterio 2.2.5. Logro total (4): Todos los profesionales están capacitados</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo pocos</p> <p>No hay logro (1): Ninguno está capacitado</p>	<p>¿Aquí los funcionarios y profesionales están capacitados en los derechos de los pacientes?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los profesionales están capacitados o solo algunos o pocos?</p>
<p>Criterio 2.2.6. Logro total (4): Muchos pacientes conocen como dar su opinión</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos conocen</p> <p>Logro mínimo (2): Solo pocos conocen</p> <p>No hay logro (1): Ninguno conoce como dar su opinión</p>	<p>¿Los pacientes aquí conocen como dar su opinión sobre la atención?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Muchos pacientes conocen como dar su opinión, o solo algunos o pocos?</p>
<p>Estándar 2.3 El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación” conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.</p>	
<p>Criterio 2.3.1. Logro total (4): Todos tienen un plan de tratamiento individual</p> <p>Logro parcial (3): Algunos tienen un plan</p> <p>Logro mínimo (2): Pocos tienen un plan</p> <p>No hay logro (1): Ninguno tienen un plan de tratamiento individual</p>	<p>¿Aquí todos los pacientes tienen un plan individual de tratamiento?</p> <p><i>Si la respuesta es NO pregunte:</i></p> <p>¿Solo algunos pacientes tienen un plan individual de tratamiento, o pocos, o ninguno?</p>

<p>Criterio 2.3.2. Logro total (4): La participación del paciente en su plan de tratamiento es tan importante como la de los profesionales</p> <p>Logro parcial (3): Un poco menos importante</p> <p>Logro mínimo (2): Mucho menos importante</p> <p>No hay logro (1): El paciente no participa en la elaboración su plan de tratamiento</p>	<p>¿El paciente participa aquí en la elaboración de su plan de tratamiento?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿La participación del paciente en el plan es tan importante como la de los profesionales? O ¿Es un poco menos importante o mucho menos importante?</p>
<p>Criterio 2.3.4. Logro total (4): Los pacientes siempre eligen el tipo de terapia en la cual participar</p> <p>Logro parcial (3): Solo a veces eligen</p> <p>Logro mínimo (2): Nunca eligen</p> <p>No hay logro (1): Aquí no hacen terapias para el cuidado de sí mismo y relacionarse con otras personas</p>	<p>¿Hacen aquí terapias que ayuden a los pacientes a mejorar el cuidado de sí mismo y a relacionarse con otras personas?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Los pacientes siempre pueden elegir el tipo de terapia en la cual participar? O ¿solo a veces pueden elegir?</p>
<p>Estándar 2.4 La medicación psicotrópica está disponible, asequible y se usa apropiadamente.</p>	
<p>Criterio 2.4.2. Logro total (4): La cantidad de medicamentos siempre es suficiente</p> <p>Logro parcial (3): Algunas veces han faltado</p> <p>Logro mínimo (2): Varias veces han faltado</p> <p>No hay logro (1): Muchas veces han faltado</p>	<p>¿La cantidad de medicamentos siempre es suficiente?</p> <p>O ¿Han faltado algunas veces? ¿o más bien, varias veces o muchas veces?</p>
<p>Criterio 2.4.3 Logro total (4): Medicamentos muy apropiados</p> <p>Logro parcial (3): Más o menos apropiados</p> <p>Logro mínimo (2): Poco apropiados</p> <p>No hay logro (1): No son apropiados</p>	<p>¿Los medicamentos son apropiados para las necesidades de los pacientes?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Los medicamentos son muy apropiados, más o menos apropiados, o poco apropiados?</p>
<p>Criterio 2.4.4 Logro total (4): Siempre se informa de los efectos secundarios de los medicamentos</p> <p>Logro parcial (3): A veces</p> <p>Logro mínimo (2): Pocas veces</p> <p>No hay logro (1): No se informa a los pacientes sobre los efectos secundarios</p>	<p>¿Se les informa a los pacientes de los posibles efectos secundarios de los medicamentos?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Siempre se informa sobre los efectos secundarios? O ¿sólo a veces o pocas veces?</p>

<p>Criterio 2.4.5 Logro total (4): Siempre se ofrecen otros tratamientos (además de medicamentos)</p> <p>Logro parcial (3): A veces no más</p> <p>Logro mínimo (2): Pocas veces</p> <p>No hay logro (1): No se ofrecen otros tratamientos a los pacientes</p>	<p>Además de medicamentos ¿A los pacientes se les ofrecen otros tratamientos (por ej. terapias, talleres, etc.)?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Siempre se ofrecen otros tratamientos? O ¿a veces no más o pocas veces?</p>
<p>Estándar 2.5 Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.</p>	
<p>Criterio 2.5.2. Logro total (4): Siempre ayudan a que lo atiendan en el consultorio (por enfermedad física)</p> <p>Logro parcial (3): A veces no más</p> <p>Logro mínimo (2): Pocas veces</p> <p>No hay logro (1): No ayudan a que lo atiendan en el consultorio (por enfermedad física)</p>	<p>Si aquí ven que un paciente tiene una enfermedad física, ¿lo ayudan a que lo atiendan pronto en el consultorio?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Siempre ayudan a que lo atiendan en el consultorio (por enfermedad física)? O ¿a veces no más o pocas veces?</p>
<p>Criterio 2.5.4. Logro total (4): 2 o más veces al mes se hace educación para una vida saludable</p> <p>Logro parcial (3): 1 vez al mes</p> <p>Logro mínimo (2): cada 2 meses o más a lo lejos</p> <p>No hay logro (1): No se hace educación</p>	<p>¿Se hace educación para una vida saludable aquí (ej. no fumar, actividad física, alimentación sana)?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Más o menos, cada cuanto tiempo se hace educación para una vida saludable?</p>

TEMA 3: EL DERECHO AL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA Y EL DERECHO A LA LIBERTAD PERSONAL Y LA SEGURIDAD DE LA PERSONA (ARTÍCULOS 12 Y 14 DE LA CDPD)

<p>Estándar 3.1 Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad.</p>	
<p>Criterio 3.1.1. Logro total (4): Siempre pueden elegir dónde atenderse</p> <p>Logro parcial (3): A veces no más</p> <p>Logro mínimo (2): Pocas veces</p> <p>No hay logro (1): No pueden elegir dónde atenderse</p>	<p>¿Los pacientes pueden elegir dónde atenderse (por ej. aquí o en un consultorio u hospitalizado)?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Siempre pueden elegir dónde atenderse? O ¿a veces no más o pocas veces?</p>

<p>Criterio 3.1.3. Logro total (4): Pueden elegir tanto los tipos de medicamentos como de terapias</p> <p>Logro parcial (3): Sólo los tipos de medicamentos</p> <p>Logro mínimo (2): Sólo los tipos de terapias</p> <p>No hay logro (1): No pueden elegir los tipos de medicamento ni de terapias</p>	<p>¿Los pacientes pueden elegir los tipos de medicamento o de terapias que recibirán?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Pueden elegir tanto los tipos de medicamentos como los tipos de terapia? O ¿sólo los tipos de medicamentos o sólo los tipos de terapias?</p>
<p>Estándar 3.2 Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.</p>	
<p>Criterio 3.2.1. Logro total (4): Se le explica al paciente los efectos positivos y negativos del tratamiento</p> <p>Logro parcial (3): Solo se le hace leer y firmar</p> <p>Logro mínimo (2): Solo firmar</p> <p>No hay logro (1): No tiene que dar consentimiento</p>	<p>¿Los pacientes tienen que dar su consentimiento antes de un tratamiento?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Se le explica al paciente los efectos positivos y negativos del tratamiento? O ¿solo se le hace leer y firmar, o solo firmar?</p>
<p>Criterio 3.2.3. Logro total (4): Se sigue dando una buena atención al paciente</p> <p>Logro parcial (3): Los profesionales se molestan</p> <p>Logro mínimo (2): Aplican una sanción</p> <p>No hay logro (1): No se respeta el derecho a rechazar el tratamiento</p>	<p>¿Aquí se respeta el derecho de un paciente a rechazar un tratamiento?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿En caso de rechazo a un tratamiento, se sigue dando una buena atención al paciente? O ¿los profesionales se molestan o aplican una sanción?</p>
<p>Estándar 3.3 Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se les da el apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica.</p>	
<p>Criterio 3.3.1. Logro total (4): Todos los profesionales y funcionarios tratan con respeto</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo muy pocos</p> <p>No hay logro (1): No tratan a los usuarios con respeto</p>	<p>¿Aquí se trata a los pacientes con respeto?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los profesionales y funcionarios tratan con respeto a los pacientes? ¿o solo algunos o muy pocos tratan con respeto?</p>
<p>Criterio 3.3.2. Logro total (4): Se habla de los derechos de los pacientes y hay afiches y folletos</p> <p>Logro parcial (3): Se habla y hay afiches</p>	<p>¿Aquí se habla de los derechos de los pacientes?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p>

<p>Logro mínimo (2): Solo se habla</p> <p>No hay logro (1): No se habla de los derechos de los pacientes</p>	<p>¿Hay afiches y folletos sobre los derechos de los pacientes?</p>
<p>Criterio 3.3.3.</p> <p>Logro total (4): Todos son informados de su diagnóstico</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo pocos</p> <p>No hay logro (1): No se informa sobre el diagnóstico a los paciente</p>	<p>¿Aquí se informa sobre el diagnóstico a los pacientes?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los pacientes son informados de su diagnóstico? O ¿solo algunos o pocos?</p>
<p>Estándar 3.4. Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal.</p>	
<p>Criterio 3.4.2</p> <p>Logro total (4): Se permite que todos los paciente lean sus fichas clínicas</p> <p>Logro parcial (3): solo a algunos</p> <p>Logro mínimo (2): solo a pocos</p> <p>No hay logro (1): No se permite que el paciente lea su ficha clínica</p>	<p>¿Se permite que el paciente lea su ficha clínica?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Se permite que todos los pacientes lean sus fichas clínicas? O ¿solo se permite a algunos o a pocos?</p>
<p>Criterio 3.4.3</p> <p>Logro total (4): Es imposible que alguien de afuera se meta y lea las fichas</p> <p>Logro parcial (3): Es difícil</p> <p>Logro mínimo (2): Es fácil</p> <p>No hay logro (1): La ficha clínica no es confidencial y la lee cualquiera</p>	<p>¿La ficha clínica es confidencial y solamente la pueden ver los profesionales que atienden al paciente?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Será fácil, difícil o imposible que alguien de afuera se meta y lea las fichas?</p>
<p>Criterio 3.4.4</p> <p>Logro total (4): Los pacientes pueden escribir lo que quieran en sus fichas</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo que quieran los profesionales</p> <p>Logro mínimo (2): solo para dar consentimientos</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no pueden escribir en sus fichas</p>	<p>¿Los pacientes pueden escribir en sus fichas clínicas?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿ Los pacientes pueden escribir lo que quieran en sus fichas? O ¿solo lo que quieran los profesionales? O ¿solo para dar consentimientos?</p>

TEMA 4: PROTECCIÓN CONTRA LA TORTURA Y TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANAS O DEGRADANTES, COMO TAMBIÉN CONTRA LA EXPLOTACIÓN, LA VIOLENCIA Y EL ABUSO (ARTÍCULOS 15 Y 16 DE LA CDPD)

Estándar 4.1. Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional.	
<p>Criterio 4.1.1. Logro total (4): Todos los profesionales y funcionarios tratan en forma humana</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo muy pocos</p> <p>No hay logro (1): No tratan a los pacientes en forma humana</p>	<p>¿Los profesionales y funcionarios tratan a los pacientes en forma humana?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los profesionales y funcionarios tratan en forma humana a los pacientes? ¿o solo algunos o muy pocos lo hacen?</p>
<p>Criterio 4.1.2. Logro total (4): Ningún paciente ha recibido maltrato</p> <p>Logro parcial (3): Unos pocos</p> <p>Logro mínimo (2): Más que unos pocos</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes reciben a veces maltrato verbal o físico</p>	<p>¿Aquí los pacientes reciben a veces maltrato verbal o físico?</p> <p><i>Si la respuesta es NO pregunte:</i></p> <p>¿Ningún paciente ha recibido maltrato? O ¿unos pocos o más que unos pocos?</p>
<p>Criterio 4.1.3. Logro total (4): Siempre dan apoyo a un paciente que tenga una crisis</p> <p>Logro parcial (3): Solo a veces</p> <p>Logro mínimo (2): Rara vez</p> <p>No hay logro (1): No dan apoyo a un paciente que tenga una crisis</p>	<p>¿Cuándo aquí un paciente tiene una crisis emocional recibe apoyo de los profesionales?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Siempre dan apoyo a un paciente que tenga una crisis? O ¿Solo a veces o rara vez?</p>
Estándar 4.2 Se utilizan métodos alternativos al aislamiento¹ y contención física y farmacológica para “atenuar el escalamiento”² de crisis potenciales.	
<p>Criterio 4.2.1 Logro total (4): Ningún paciente ha sido encerrado o amarrado</p> <p>Logro parcial (3): Unos pocos</p>	<p>¿Los pacientes que aquí tienen una crisis fuerte, son encerrados en una pieza? ¿o amarrados a una camilla?</p> <p><i>Si la respuesta es NO pregunte:</i></p>

¹“Aislamiento” significa mantener involuntariamente a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir.

²Al no existir un término equivalente a “de-escalating” de uso común en español, se ha decidido en el Comité para la Edición en Español utilizar la expresión “atenuar el escalamiento” como la mejor alternativa que se ha encontrado para describir en pocas palabras este concepto.

<p>Logro mínimo (2): Más que unos pocos</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes son encerrados o amarrados por crisis fuerte</p>	<p>¿Ningún paciente ha sido encerrado o amarrado? O ¿solo unos pocos o más que unos pocos?</p>
<p>Criterio 4.2.3.</p> <p>Logro total (4): Todos los profesionales detectan los factores de las crisis</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo muy pocos</p> <p>No hay logro (1): Nodetectan los factores que aumentan o disminuyen las crisis</p>	<p>¿Los profesionales detectan los factores que aumentan o disminuyen las crisis en cada paciente?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los profesionales detectan los factores que aumentan o disminuyen las crisis? ¿o sólo algunos o muy pocos lo hacen?</p>
<p>Estándar 4.3 No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el dispositivo/establecimiento o referido a otro dispositivo/establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.</p>	
<p>Criterio 4.3.1.</p> <p>Logro total (4): No se manda a ningún paciente a terapia electroconvulsiva (TEC) sin su consentimiento</p> <p>Logro parcial (3): Las excepciones son raras</p> <p>Logro mínimo (2): Las excepciones son frecuentes</p> <p>No hay logro (1): Se mandan pacientes a TEC sin consentimiento</p>	<p>¿Todos los pacientes que se mandan a terapia electroconvulsiva (electroshock) entregan su consentimiento por escrito?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Hay algunas excepciones en que se manda sin consentimiento?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Las excepciones son raras o frecuentes?</p>
<p>Criterio 4.3.6.</p> <p>Logro total (4): No se manda a ningún paciente a operar para no tener hijos sin su consentimiento</p> <p>Logro parcial (3): Las excepciones son raras</p> <p>Logro mínimo (2): Son frecuentes</p> <p>No hay logro (1): Se mandan pacientes a operar para no tener hijos sin su consentimiento</p>	<p>¿Todas las pacientes que se mandan a operar para no tener hijos entregan su consentimiento por escrito?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Hay algunas excepciones en que se manda sin consentimiento?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Las excepciones son raras o frecuentes?</p>
<p>Estándar 4.4 No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado.</p>	
<p>Criterio 4.4.1.</p> <p>Logro total (4): Solo se hacen investigaciones con pacientes si dan su consentimiento</p> <p>Logro parcial (3): Las excepciones son raras</p>	<p>¿Aquí solo se hacen investigaciones con pacientes si dan su consentimiento por escrito?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p>

<p>Logro mínimo (2): Son frecuentes</p> <p>No hay logro (1): Se hacen investigaciones con pacientes sin que den su consentimiento</p>	<p>¿Hay algunas excepciones en que se hacen investigaciones sin consentimiento?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Las excepciones son raras o frecuentes?</p>
<p>Criterio 4.4.2.</p> <p>Logro total (4): Los profesionales y funcionarios no reciben estímulos económicos por conseguir pacientes</p> <p>Logro parcial (3): Las excepciones son raras</p> <p>Logro mínimo (2): Son frecuentes</p> <p>No hay logro (1): Los profesionales y funcionarios reciben estímulos económicos por conseguir pacientes</p>	<p>¿Los profesionales y funcionarios no reciben estímulos económicos por conseguir pacientes para investigaciones?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Hay algunas excepciones en que reciben estímulos económicos por conseguir pacientes?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Las excepciones son raras o frecuentes?</p>
<p>Estándar 4.5 Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.</p>	
<p>Criterio 4.5.1.</p> <p>Logro total (4): Todos saben donde hacerlo</p> <p>Logro parcial (3): Solo algunos</p> <p>Logro mínimo (2): Solo pocos</p> <p>No hay logro (1): No saben donde hacerlo</p>	<p>¿Los pacientes saben que si no se respetan sus derechos aquí, pueden hacer un reclamo en la Oficina de Informaciones y Reclamos (OIRS)?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Todos los pacientes saben dónde presentar la queja? O ¿solo algunos o pocos?</p>
<p>Criterio 4.5.2.</p> <p>Logro total (4): Si un paciente hace un reclamo aquí no podrían haber consecuencias negativas</p> <p>Logro parcial (3): Se molestan un poco a algunos profesionales o funcionarios</p> <p>Logro mínimo (2): Lo tratan mal algunos profesionales o funcionarios</p> <p>No hay logro (1): Lo dejan de atender aquí</p>	<p>¿Si un paciente hace un reclamo en la Oficina de Informaciones y Reclamos (OIRS), podrían haber consecuencias negativas para él o ella de parte de algún profesional o funcionario?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Cuál de las siguientes consecuencias negativas sería más probable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se molesten un poco algunos profesionales o funcionarios • Lo tratan mal algunos profesionales o funcionarios • Lo dejan de atender aquí
<p>Criterio 4.5.6.</p> <p>Logro total (4): Visitas de alguna autoridad al menos una vez al año</p> <p>Logro parcial (3): Visitas cada 2 años</p>	<p>¿Aquí reciben visitas de alguna autoridad para detectar malos tratos hacia los pacientes?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p>

<p>Logro mínimo (2): Visitas cada 3 o más años</p> <p>No hay logro (1): No reciben visitas de alguna autoridad para detectar malos tratos</p>	<p>¿Cada cuanto tiempo son las visitas de la autoridad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos una vez al año • Cada 2 años • Cada 3 o más años
---	--

TEMA 5: EL DERECHO A VIVIR EN FORMA INDEPENDIENTE Y A SER INCLUIDO EN LA COMUNIDAD (ARTÍCULO 19 DE LA CDPD)

<p>Estándar 5.1 Se apoya a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.</p>	
<p>Criterio 5.1.2.</p> <p>Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a hacer los trámites</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para tener un lugar donde vivir</p>	<p>¿Los pacientes reciben apoyo aquí para tener un lugar donde vivir (ej. vivienda propia, hogar protegido, etc.)?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a hacer los trámites? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>
<p>Criterio 5.1.3.</p> <p>Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a hacer los trámites</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para tener dinero con qué vivir</p>	<p>¿Los pacientes reciben apoyo aquí para tener dinero con qué vivir (ej. pensión solidaria, subsidio por hijo con discapacidad mental, etc.)?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a hacer los trámites? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>
<p>Estándar 5.2 Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo.</p>	
<p>Criterio 5.2.2.</p> <p>Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a hacer los trámites</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para completar educación</p>	<p>¿Los pacientes reciben apoyo aquí para completar educación secundaria y superior?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a hacer los trámites? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>

<p>Criterio 5.2.3. Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a hacer los trámites</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para conseguir un empleo</p>	<p>¿Los pacientes reciben apoyo aquí para conseguir un empleo remunerado?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a hacer los trámites? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>
<p>Estándar 5.3 Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.</p>	
<p>Criterio 5.3.2. Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a hacer los trámites</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para votar en elecciones</p>	<p>¿Los pacientes reciben apoyo aquí para votar en elecciones de diputados, senadores y presidente?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a hacer los trámites? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>
<p>Criterio 5.3.3. Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a las agrupaciones</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para participar en agrupaciones</p>	<p>¿ Los pacientes reciben apoyo aquí para participar en agrupaciones (ej. de personas con enfermedad mental, sociales, políticas, etc.?)</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a las agrupaciones? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>
<p>Estándar 5.4 Se apoya a los usuarios en la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.</p>	
<p>Criterio 5.4.2. Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a las actividades recreativas</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para participar en actividades recreativas</p>	<p>¿Los pacientes reciben apoyo aquí para participar en actividades recreativas?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a las actividades recreativas? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>

<p>Criterio 5.4.3. Logro total (4): Los pacientes reciben apoyo y si es necesario lo acompañan a las actividades religiosas</p> <p>Logro parcial (3): Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono</p> <p>Logro mínimo (2): Solo le dan información</p> <p>No hay logro (1): Los pacientes no reciben apoyo para participar en actividades religiosas</p>	<p>¿Se apoya el deseo de los pacientes de participar en actividades religiosas?</p> <p><i>Si la respuesta es SI pregunte:</i></p> <p>¿Si es necesario lo acompañan a las actividades religiosas? O ¿Solo lo orientan y hacen contactos por teléfono? O ¿Solo le dan información?</p>
--	--

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE ADHERENCIA EN PERSONAS CON PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA

Número identificador del usuario: Anote el número de su centro según tabla adjunta, a continuación de esta cifra agregue para cada usuario un número de 1 a 8 en el recuadro siguiente (ej. si su centro es el 05, anote 051, 052, etc.)

Nº 05x

INSTRUCTIVO:

En primer lugar, agradecemos su disposición a apoyar y participar en este proceso de investigación, cuya máxima aspiración es contribuir, con información relevante y fehaciente, al desarrollo de sistemas de salud mental que respondan mejor a las necesidades de las personas con esquizofrenia y que se basen en el respeto de sus derechos fundamentales.

El instrumento que está en sus manos tiene como función determinar el grado de adherencia al tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia en su dispositivo/establecimiento. Para esto necesitamos que usted identifique un listado con las personas ingresadas como sospecha de primer episodio de esquizofrenia (dentro del GES) entre el 1º de mayo de 2011 y el 30 de abril de 2012 y que posteriormente hayan sido confirmadas como esquizofrenia. A partir de esta lista le pedimos que seleccione los últimos 8 casos (es decir, los 8 casos más cercanos al 30 de abril de 2012), en los que se medirá la adherencia durante 12 meses a contar del día del ingreso como sospecha.

A continuación se presenta un cuestionario. Le pedimos que lo llene con los datos de cada usuario de la muestra de 8 usuarios. Esto significa que al final del ejercicio usted deberá entregarnos 8 copias de este instrumento, cada una con la información de un usuario.

DATOS PARA MEDICIÓN DE ADHERENCIA

- A. Fecha de ingreso a GES como sospecha de primer episodio de esquizofrenia

- B. Fecha de confirmación como esquizofrenia

- C. Fecha de último control:

- D. **Marque con una X todas las celdas** correspondientes a los meses en que se ha mantenido en tratamiento activo (dentro de los primeros 12 meses a contar del ingreso). Esto incluye visita con psiquiatra y/u otros profesionales de salud mental, técnico paramédico, retiro de medicamentos en farmacia, etc. **Se entiende como mes 1 el mes en que ingresa como sospecha.**

1° mes	2° mes	3° mes	4° mes	5° mes	6° mes
7° mes	8° mes	9° mes	10° mes	11° mes	12° mes

- E. Nº total de meses en tratamiento activo durante los primeros 12 meses a contar del ingreso:

VARIABLES DEMOGRÁFICAS RELEVANTES

(Toda la información siguiente se refiere al momento del ingreso al GES como sospecha).

A. Edad:

B. Sexo:

1 Masculino	2 Femenino
-------------	------------

C. Nivel educacional alcanzado:

1 Nunca asistió	5 Técnico nivel superior
2 Educación especial	6 Profesional
3 Educación básica	7 Postgrado
4 Educación media	

D. N° total de años de estudio aprobados desde 1ro básico (no considere años que repitió)

E. Estado civil:

1 Casado(a)	5 Divorciado(a)
2 Conviviente o pareja	6 Viudo(a)
3 Anulado(a)	7 Soltero(a)
4 Separado(a)	

F. ¿Con quién vive?

1 Solo	3 Con uno o más amigos
2 Con padres, pareja u otros familiares X	4 Otro (especifique):

G. Tipo de ocupación:

1 Dueña de casa	4 Trabajo estable
2 Estudiante	5 Jubilado / pensionado
3 Trabajo esporádico	6 Cesante

H. Comuna donde vive

I. Categoría FONASA

1 A	3 C
2 B	4 D

ACCESIBILIDAD

Esta sección medirá la facilidad/dificultad con la que el usuario llega al establecimiento, entendida como la relación entre distancia y costo. **Por favor haga una estimación en base a la dirección del lugar donde vive la persona.** Para esto se distinguen tres "tiempos":

- **T1** = tiempo ocupado en desplazarse desde lugar de residencia hasta el paradero donde toma el medio de transporte. Si fuese relevante, sume el tiempo que se ocupa en esperar el medio de transporte. Ponga "0" si no usa movilización.
- **T2** = tiempo ocupado en el medio de transporte para llegar al servicio correspondiente. Ponga "0" si no usa movilización y ponga como total el tiempo ocupado en el desplazamiento de la persona desde la casa hasta el centro (equivalente a t1). En caso de que utilice más de un medio de transporte, t2 será el total de tiempo desde que sube al primer medio hasta que baje del último.
- **T3** = tiempo ocupado en desplazarse desde el lugar donde le deja el medio de transporte hasta llegar al Centro de Salud. Ponga "0" si no usa movilización (y si fuese el caso ponga como total el tiempo ocupado en el desplazamiento de la persona desde la casa hasta el dispositivo, equivalente a t1).
- **Costo:** Gasto total en transporte de ida y vuelta. Si camina ponga 0

T1:		T2:		T3:		T. Total (T1+T2+T3)		Costo ida y vuelta	
-----	--	-----	--	-----	--	---------------------	--	--------------------	--

POR FAVOR NO DEJE DE LLENAR ESTA TABLA. HAGA LA MEJOR ESTIMACIÓN EN BASE AL CONOCIMIENTO DEL TERRITORIO QUE USTED Y SU EQUIPO MANEJA.

RESULTADOS ANEXOS:

Tabla Anexa 1. Descripción de la muestra, n=120

		n	%	NA
Sexo				
	<i>hombres</i>	77	64,2%	0
Edad				
	<i>10-19 años</i>	41	34,2%	0
	<i>20 - 29 años</i>	43	35,8%	-
	<i>30- 39 años</i>	13	10,8%	-
	<i>40- 49 años</i>	15	12,5%	-
	<i>50+ años</i>	8	6,7%	-
Estado Civil				
	<i>Casado(a)</i>	8	6,8%	2
	<i>Conviviente o pareja</i>	0	0,0%	-
	<i>Anulado(a) o Separado(a)</i>	2	1,7%	-
	<i>Divorciado(a)</i>	1	0,9%	-
	<i>Viudo(a)</i>	1	0,8%	-
	<i>Soltero(a)</i>	106	89,8%	-
Con quien vive				
	<i>Solo</i>	3	2,5%	0
	<i>Con padres, pareja u otros familiares</i>	115	95,8%	-
	<i>Otro (especifique):</i>	2	1,7%	-
Educación				
	<i>Nunca asistió</i>	1	0,9%	7
	<i>Educación especial</i>	2	1,8%	-
	<i>Educación básica</i>	25	22,1%	-
	<i>Educación media</i>	66	58,4%	-
	<i>Técnico nivel superior</i>	13	11,5%	-
	<i>Profesional</i>	6	5,3%	-
Tipo de Ocupación				
	<i>Dueña de casa</i>	12	10,4%	5
	<i>Estudiante</i>	39	33,9%	-
	<i>Trabajo esporádico</i>	8	7,0%	-
	<i>Trabajo estable</i>	10	8,7%	-
	<i>Jubilado / pensionado</i>	5	4,3%	-
	<i>Cesante</i>	41	35,7%	-
Previsión				
	<i>A</i>	69	58,5%	2
	<i>B</i>	34	28,8%	-
	<i>C</i>	7	5,9%	-
	<i>D</i>	7	5,9%	-
	<i>PRAIS</i>	1	0,8%	-

Tabla Anexa 2. Porcentaje de adherencia según mes

Mes	% Asistencia	ICI95%	ICS95%
1	100,0%	100,0%	100,0%
2	84,2%	81,6%	86,8%
3	88,1%	86,1%	90,2%
4	83,2%	80,4%	85,9%
5	81,2%	78,2%	84,2%
6	84,2%	81,6%	86,8%
7	79,2%	76,0%	82,4%
8	78,2%	74,9%	81,5%
9	72,3%	68,4%	76,2%
10	71,3%	67,3%	75,3%
11	62,4%	57,8%	67,0%
12	65,3%	60,9%	69,8%

Tabla Anexa 3. Porcentaje de Personas con Esquizofrenia según Número de Meses de Adherencia

N° de Meses	n	% Asistencia	ICI95%	ICS95%
1	101	100,0%	100,0%	100,0%
2	101	100,0%	100,0%	100,0%
3	100	99,0%	98,8%	99,2%
4	98	97,0%	96,5%	97,6%
5	91	90,1%	88,4%	91,8%
6	90	89,1%	87,2%	91,0%
7	86	85,1%	82,7%	87,6%
8	76	75,2%	71,6%	78,9%
9	67	66,3%	62,0%	70,7%
10	59	58,4%	53,7%	63,2%
11	51	50,5%	45,6%	55,4%
12	39	38,6%	34,0%	43,2%

Tabla Anexa 4. Porcentaje de Adherencia > o = a 10 meses y Promedio de Meses por Centro

Centro	N del centro	N que adhiere	% Adherencia	ICI95%	ICS95%	Promedio	Mediana
1	7	3	42,9%	15,1%	70,6%	8,9	9,0
2	8	2	25,0%	-1,0%	51,0%	8,1	8,0
3	5	5	100,0%	100,0%	100,0%	11,2	11,0
4	8	5	62,5%	42,0%	83,0%	9,1	11,5
5	8	8	100,0%	100,0%	100,0%	12,0	12,0
6	7	4	57,1%	33,1%	81,1%	8,9	10,0
7	3	1	33,3%	-10,2%	76,9%	5,3	3,0
8	7	6	85,7%	75,9%	95,5%	11,6	12,0
9	8	6	75,0%	60,0%	90,0%	10,9	12,0
10	8	0	0,0%	NA	NA	6,8	7,0
11	2	2	100,0%	100,0%	100,0%	11,0	11,0
12	7	4	57,1%	33,1%	81,1%	9,0	10,0
13	8	4	50,0%	25,5%	74,5%	9,6	10,0
14	8	6	75,0%	60,0%	90,0%	10,0	11,0
15	7	3	42,9%	15,1%	70,6%	9,3	9,0
Total	101	59	58,4%	53,7%	63,2%	9,5	11,0

Figura Anexa 1. Análisis de Sobrevida Continua

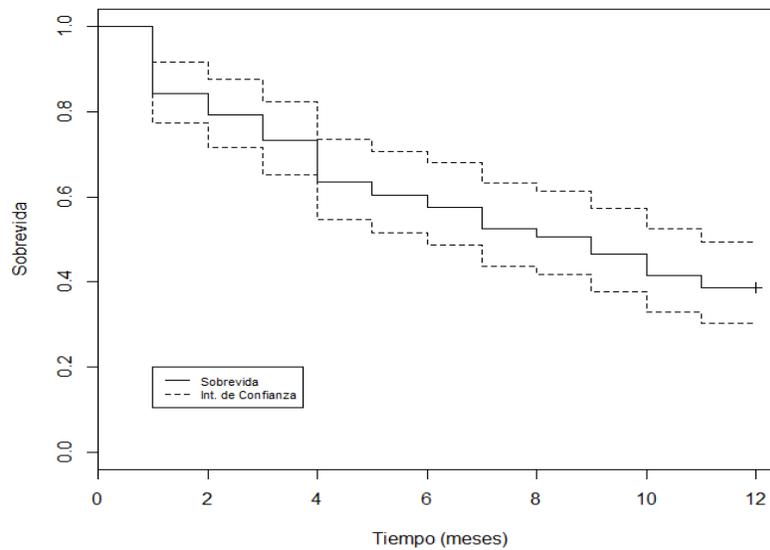


Tabla Anexa 5. Resultado Evaluación Calidad y Respeto de Derechos desde la Perspectiva de los Usuarios por Centro

Centro	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5	Total
1	80,0%	62,0%	86,0%	38,0%	70,0%
2	75,0%	52,0%	76,0%	24,0%	64,0%
3	100,0%	74,0%	96,0%	65,0%	87,0%
4	76,0%	50,0%	81,0%	43,0%	66,0%
5	87,0%	60,0%	88,0%	31,0%	71,0%
6	69,0%	50,0%	73,0%	28,0%	57,0%
7	69,0%	50,0%	78,0%	20,0%	58,0%
8	68,0%	40,0%	64,0%	16,0%	53,0%
9	82,0%	47,0%	83,0%	54,0%	69,0%
10	80,0%	66,0%	89,0%	57,0%	75,0%
11	77,0%	52,0%	79,0%	49,0%	66,0%
12	63,0%	40,0%	73,0%	17,0%	52,0%
13	75,0%	47,0%	76,0%	46,0%	63,0%
14	75,0%	48,0%	79,0%	18,0%	59,0%
15	76,0%	52,0%	80,0%	28,0%	63,0%
Promedio	76,8%	52,7%	80,1%	35,6%	64,9%

Tabla Anexa 6. Modelo Poisson para Número de Meses con Adherencia (Sin Multinivel)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	1,00	1,00	1,01	1,00	0,99	1,01	1,00	0,99	1,01
Sexo	1,06	0,92	1,21	1,03	0,89	1,20	1,06	0,91	1,22
Educación (años)	0,99	0,97	1,01	1,00	0,97	1,02	0,99	0,97	1,01
Acceso Geográfico	1,13	0,99	1,28	1,14	0,97	1,33	1,15	0,98	1,35
Acceso Económico	1,07	0,92	1,23	0,98	0,81	1,18	0,97	0,81	1,17
Evaluación Tema 2	1,07	0,99	1,16	1,45	1,21	1,73	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,98	0,91	1,05	0,85	0,73	1,00	-	-	-
Evaluación Tema 4	1,00	0,92	1,09	0,87	0,69	1,09	-	-	-
Evaluación Tema 5	1,00	0,96	1,04	0,97	0,91	1,03	-	-	-
Evaluación Total	1,01	0,94	1,09	-	-	-	1,03	0,94	1,11

Tabla Anexa 7. Logístico para adherencia 10 o + Meses (Con Multinivel, Efecto Aleatorio en Intercepto)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	OR	ICI95%	ICS95%	OR	ICI95%	ICS95%	OR	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	0,99	0,95	1,03	0,98	0,94	1,04	0,98	0,93	1,03
Sexo	1,03	0,39	2,68	1,32	0,42	4,12	1,43	0,46	4,44
Educación (años)	1,00	0,85	1,18	1,02	0,86	1,20	1,00	0,85	1,19
Acceso Geográfico	2,55	0,99	6,57	2,88	0,84	9,83	3,68	1,05	12,81
Acceso Económico	1,45	0,52	4,09	0,86	0,21	3,44	0,57	0,14	2,29
Evaluación Tema 2	2,03	0,74	5,53	16,57	2,97	92,33	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,92	0,40	2,10	0,22	0,05	0,88	-	-	-
Evaluación Tema 4	1,11	0,41	3,04	0,61	0,09	4,20	-	-	-
Evaluación Tema 5	1,01	0,62	1,65	0,64	0,37	1,13	-	-	-
Evaluación Total	1,20	0,49	2,95	-	-	-	1,25	0,47	3,35

	Modelo Vacío			Multivariado (Aleat Inter+Total)		
	OR	ICI95%	ICS95%	OR	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	-	-	-	0,98	0,93	1,03
Sexo	-	-	-	1,43	0,46	4,45
Educación (años)	-	-	-	1,00	0,85	1,19
Acceso Geográfico	-	-	-	3,75	1,07	13,13
Acceso Económico	-	-	-	0,56	0,14	2,25
Evaluación Tema 2	-	-	-	-	-	-
Evaluación Tema 3	-	-	-	-	-	-
Evaluación Tema 4	-	-	-	-	-	-
Evaluación Tema 5	-	-	-	-	-	-
Evaluación Total	-	-	-	1,11	0,40	3,05

Tabla Anexa 8. Modelo Poisson para Número de Meses con Adherencia (Con Multinivel, Efecto Aleatorio en Intercepto)

	Univariado			Multivariado			Multivariado		
	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	1,00	1,00	1,01	1,00	0,99	1,01	1,00	0,99	1,01
Sexo	1,04	0,91	1,20	1,03	0,89	1,20	1,05	0,91	1,22
Educación (años)	0,99	0,97	1,02	1,00	0,97	1,02	0,99	0,97	1,02
Acceso Geográfico	1,12	0,99	1,28	1,14	0,97	1,33	1,14	0,97	1,34
Acceso Económico	1,07	0,92	1,24	0,98	0,81	1,18	0,97	0,80	1,18
Evaluación Tema 2	1,07	0,98	1,18	1,45	1,21	1,73	-	-	-
Evaluación Tema 3	0,98	0,89	1,08	0,85	0,73	1,00	-	-	-
Evaluación Tema 4	1,00	0,89	1,12	0,87	0,69	1,09	-	-	-
Evaluación Tema 5	1,01	0,95	1,06	0,97	0,91	1,03	-	-	-
Evaluación Total	1,02	0,92	1,13	-	-	-	1,03	0,93	1,13

	Multivariado			Multivariado		
	RTI	ICI95%	ICS95%	RTI	ICI95%	ICS95%
Edad (años)	-	-	-	1,00	0,99	1,01
Sexo	-	-	-	1,05	0,91	1,22
Educación (años)	-	-	-	0,99	0,97	1,02
Acceso Geográfico	-	-	-	1,16	0,98	1,36
Acceso Económico	-	-	-	0,96	0,79	1,16
Evaluación Tema 2	-	-	-	-	-	-
Evaluación Tema 3	-	-	-	-	-	-
Evaluación Tema 4	-	-	-	-	-	-
Evaluación Tema 5	-	-	-	-	-	-
Evaluación Total	-	-	-	1,02	0,89	1,16