



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS EN LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA PERLA, 2024

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Tesis para optar el Título de Enfermera en Segunda Especialidad en Salud  
Mental y Psiquiatría

**Autora**

Espinoza Ccoyllo, Rosa Leocadia

**Asesor**

Becerra Medina, Lucy Tani

ORCID: 0000-0002-4000-4423

**Jurado**

Landauro Rojas, Isolina gloria

Astocondor Fuertes, Ana María

Zelada Loyola, Ledda Clementina

**Lima - Perú**

**2024**



# FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIACIÓN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA PERLA, 2024

## INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

28%

FUENTES DE INTERNET

8%

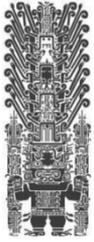
PUBLICACIONES

18%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad TecMilenio Trabajo del estudiante	2%
2	Submitted to Universidad de Málaga - Tii Trabajo del estudiante	1%
3	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Catolica de Oriente Trabajo del estudiante	1%
8	Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia	1%



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPOLITO UNANUE”**

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS EN LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA  
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA PERLA, 2024

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Tesis para optar el Título de Enfermera en Segunda Especialidad en Salud Mental y

Psiquiatría

**Autora**

Espinoza Ccoyllo, Rosa Leocadia

**Asesora**

Lucy Tani Becerra Medina

ORCID:0000-0002-4000-4423

**Jurado**

Landauro Rojas, Isolina gloria

Astocondor Fuertes, Ana María

Zelada Loyola, Ledda Clementina

Lima – Perú

2024

### **Dedicatoria**

A Dios hacedor de todo en el mundo.

A mis amados padres y hermanos

A mis amigas y amigos que muchas veces me han motivado, acompañado y son parte de mi vida.

A los usuarios con quienes comparto el día a día brindándoles la atención.

### **Agradecimiento**

A la universidad Federico Villareal, por impartirme los conocimientos.

A la Mg. Lucy Tani Becerra Medina, quien me asesoró y orientó en la realización de mi tesis.

A la Lic. Cristina Isabel López-Lavalle Cárdenas jefa del CSMC La Perla, por brindarme el apoyo y facilidades en el recojo de la información.

## Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Lista de tablas.....	vii
Resumen.....	viii
Abstrac.....	ix
I.    Introducción.....	10
1.1  Descripción y formulación del problema .....	10
1.1.1 Descripción del problema .....	10
1.1.2 Formulación de la pregunta de investigación .....	12
1.2  Antecedentes .....	13
1.2.1 Antecedentes Nacionales .....	13
1.2.2 Antecedentes Internacionales .....	14
1.3  Objetivos .....	15
1.3.1 Objetivo General.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos .....	15
1.4  Justificación.....	15
1.5  Hipótesis.....	17
1.5.1 Hipótesis General.....	17
II.   Marco teórico .....	18
2.1  Bases teóricas .....	18
2.1.1 Esquizofrenia .....	18

2.1.1.1 Etiología de la Esquizofrenia.....	21
2.1.1.2 Factores sociodemograficos.....	22
2.1.2 Adherencia al tratamiento farmacológico.....	24
2.1.3 Factores asociados a la adherencia al tratamiento .....	26
2.1.4 Modelo de salud mental comunitario (SMC).....	29
III. Método.....	31
3.1 Tipo de investigación .....	31
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	31
3.3 Variables.....	31
3.4 Población y muestra .....	32
3.4.1 Población.....	32
3.4.2 Muestra .....	32
3.5 Instrumentos .....	33
3.5.1 Técnica.....	33
3.5.2 Instrumento.....	33
3.6 Procedimientos .....	34
3.7 Análisis de datos.....	34
3.8 Aspectos eticos.....	35
3.9 Limitaciones.....	35
IV. Resultados .....	36
V. Discusion de resultados .....	40
VI. Conclusiones .....	42
VII. Recomendaciones.....	43
VIII. Referencias.....	45

IX. Anexos.....51

**Lista de tablas**

<b>Número</b>		<b>Pág</b>
<b>Tabla 1</b>	Características demográficas en usuarios con Esquizofrenia en el CSMC La Perla, 2024.	35
<b>Tabla 2</b>	Características sociales en usuarios con Esquizofrenia en el CSMC La Perla, 2024.	35
<b>Tabla 3</b>	Prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con Esquizofrenia en el CSMC La Perla, 2024.	36
<b>Tabla 4</b>	Factores demográficos asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con Esquizofrenia en el CSMC La Perla, 2024.	37
<b>Tabla 5</b>	Factores sociales asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con Esquizofrenia en el CSMC La Perla, 2024.	38

## Resumen

**Objetivo:** determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con esquizofrenia en el centro de salud mental comunitario La Perla, 2024. **Método:** El estudio fue con enfoque cuantitativo con diseño de tipo transversal, la población estuvo constituido por 83 usuarios, se utilizó el instrumento de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS8) para evaluar la adherencia al tratamiento. **Resultados:** El 33.7% no tienen adherencia al tratamiento farmacológico. Después de realizar el análisis bivariado, el sexo (OR: 1.5; IC95%: 0.599-3.75), adulto mayor (OR: 1.44; IC95%:0.28-7.37), estado civil (OR: 1.41; IC95%:0.37-5.35), iletrado/primaria (OR: 2.2; IC95%:0.61-7.64) y secundaria (OR: 1.3; IC95%:0.48-3.46) podrían estar asociados con la no adherencia al tratamiento farmacológico. **Conclusión:** Los factores que están asociados (sexo, bajo nivel educativo y estado civil) con la no adherencia al tratamiento, pero estas variables no fueron estadísticamente significativas.

**Palabras claves:** Factores, adherencia, esquizofrenia

### **Abstract**

**Objective:** to determine the association between sociodemographic factors and adherence to pharmacological treatment in users with schizophrenia at the La Perla community mental health center, 2024. **Method:** The study had a quantitative approach with a cross-sectional design, the population consisted of 83 users, the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS8) instrument was used to evaluate adherence to treatment. **Results:** 33.7% do not have adherence to pharmacological treatment. After performing the bivariate analysis, sex (OR: 1.5; 95% CI: 0.599-3.75), older adult (OR: 1.44; 95% CI: 0.28-7.37), marital status (OR: 1.41; 95% CI: 0.37-5.35), illiterate/primary (OR: 2.2; 95% CI: 0.61-7.64) and secondary (OR: 1.3; 95% CI: 0.48-3.46) could be associated with non-adherence to pharmacological treatment. **Conclusion:** The factors that are associated (sex, low educational level and marital status) with non-adherence to treatment, but these variables were not statistically significant.

**Keywords:** Factors, adherence, schizophrenia.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Descripción y formulación del problema

#### *1.1.1 Descripción del problema.*

Los trastornos psiquiátricos interfieren en gran medida en la calidad de vida de las personas que los padecen y por los costos asociados constituyen un importante problema de salud para el mundo y Perú no es la excepción. Aproximadamente, una de cada cuatro personas cumplen criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de 40% llega a presentar un trastorno en algún momento de la vida, una de estas alteraciones es la esquizofrenia (Haro et al., 2006).

La esquizofrenia tiene un profundo impacto en la persona y puede ser considerada una adversidad significativa en la vida. Los individuos que la desarrollan tienen cada uno su propia y única combinación de síntomas y experiencias, donde el patrón exacto es influido por sus circunstancias particulares, produciendo un impacto desafiante para su entorno familiar y generando mayor carga económica y social (Gil, 2023).

Actualmente, más de 21 millones de ciudadanos en todo el mundo padecen la enfermedad y en Perú alcanza la cifra de 280 mil personas, de ellos un 80% de pacientes no han recibido un tratamiento psiquiátrico adecuado (Ministerio de Salud del Perú, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2019). A esto se suma las deficiencias y limitaciones en los servicios de Salud Mental y Psiquiatría en el Perú, que evidencian déficit en la cobertura, aunado a la afectación o sufrimiento que las personas o familias experimentan debido a la estigmatización, la carencia de campañas de difusión y prevención (Velásquez, 2007).

En el Perú, las personas con trastornos psiquiátricos grave representan un 0,5% de la población general. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, sólo el 0,1% del

presupuesto nacional está dirigido al área de atención de la salud mental, considerando que esta cifra es muy poca ya que los trastornos psiquiátricos con la razón principal de los años de vida saludables perdidos en la población joven y adulta (Cortez-Vásquez et al., 2021; Vilchez et al., 2019). En Lima se presenta un aproximado de 32,000 personas con esquizofrenia, y en el caso de La Libertad, uno de los departamentos más poblados del país, los casos registrados con esquizofrenia fueron un total de 9,607 (Huarcaya-Victoria, 2021).

Por otro lado, la adherencia a los tratamientos prescritos en la práctica psiquiátrica es un problema multifactorial que incluye factores centrados en el paciente, factores relacionados con el tratamiento, estos factores asociados pueden influir tanto negativa o positivamente en la adherencia en el tratamiento de esquizofrenia, siendo la edad, el nivel socioeconómico, el grado de instrucción y otros, los que permiten evidenciar si el paciente es o no adherente a la medicación (Rivera, 2019). De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la mortalidad, en la disminución de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos socio-sanitarios.

Por ello, se considera que la adherencia al tratamiento en todos los pacientes psiquiátricos, es uno de los problemas de mayor importancia por el cual demora en el control y rehabilitación por ende la reinserción a la sociedad, ya que habiendo una diversidad de medicamentos hace más posible el abordaje con la terapia farmacológica (Tarutani et al., 2016).

El modelo de atención en un centro de salud mental comunitario representa la estrategia más efectiva, que permite reducir y superar la enorme brecha de tratamiento actualmente existente en nuestro país. Busca abordar de una manera integral las necesidades de las personas que sufren problemas de salud mental (Ministerio de Salud

del Perú, 2018). Donde la atención es más especializada, abordando de esta manera diversos trastornos desde los moderados a severos de forma ambulatoria.

Es así como la estrategia de la salud mental comunitaria (SMC), ha conseguido mejorar el estado de la salud mental en el país. Se parte de una labor de prevención, formación especializada, identificación de personas con estas condiciones psiquiátricas, tratamiento domiciliario, terapia integrando a la familia, psicoterapias grupales, y el monitorio de síntomas y mejoras a domicilio de los casos tratados. Este modelo le da un rol más activo, dinámico y humano al personal sanitario, con la misión de rehabilitar al paciente (León, 2022).

De lo anterior se colige que la adherencia al tratamiento cumple un papel muy importante en el control y la estabilidad del paciente esquizofrénico; sin embargo, se ha identificado que hay factores sociodemográficos que influyen en la adherencia como son el nivel educativo, la edad, género, estado civil, la condición socioeconómica, etc. Estos factores sociodemográficos son propios de cada usuario, donde cumplen un papel importante dentro de su recuperación y control de los trastornos mentales. También se puede identificar que uno de los factores de riesgo que repercute en la falta de adherencia son las recaídas y esto se debe a una serie de factores externos como es la falta de apoyo psicosocial por parte de la familia quienes son las que acompañan durante toda la etapa de la enfermedad (Charry, 2021; Cheng & Montero, 2019; Gil, 2023; Rivera, 2019); lo implica que es un tema relevante para su indagación.

### ***1.1.2 Formulación de la pregunta de investigación***

Por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios con esquizofrenia en el centro de salud mental comunitario La Perla, 2024?

## **1.2 Antecedentes**

### **1.2.1 Antecedentes Nacionales**

Gil (2023) investigó la adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en los centros de salud mental comunitarios ubicados en Lambayeque, durante el 2020. El enfoque fue cuantitativo, con un diseño descriptivo y medición transversal. Fueron 97 pacientes con diagnóstico. Los resultados descriptivos indican que el 100% de los encuestados tiene un grado “medio” de adherencia terapéutica. Complementariamente, existe un grado bajo en la dimensión “paciente” y un grado alto en la dimensión “sistema de salud”. En el resto de las dimensiones también se obtiene un grado medio de adherencia terapéutica.

Rivera (2019) realizó un estudio para identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes del Hospital “Hipólito Unanue” ubicado en Tacna, durante el mes de marzo de 2019. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con diseño descriptivo y una medición transversal. La muestra fueron 30 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, Como resultado global, se halló un nivel “bajo” de adherencia al tratamiento psicofarmacológico en un 63.33% de los pacientes. Los factores que influyen en la no adherencia al tratamiento son: no contar con el apoyo de la familiar (OR: 5.78), estar desempleado (OR: 3.5).

Vincha (2017) ejecutó un estudio para identificar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia-paranoide en el Hospital “Hipólito Unanue” ubicado en Tacna, durante los meses de enero a febrero de 2017. El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo no experimental, de diseño descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 108 personas que reciben atención en el

Servicio de Psiquiatría del hospital. En los resultados se muestra que un 83.2% de la muestra consume sus dosis completas de medicación, se concluye que, en el nivel de educación alcanzado, el tipo de composición familiar, cantidad de citas, un bajo nivel socioeconómico, el “insight” de la enfermedad, y si los pacientes son acompañados en sus citas.

### ***1.2.2 Antecedentes Internacionales***

Alver-Velásquez y Sandoval-Carrión (2022) realizaron una revisión sistemática sobre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con condición grave y persistente de trastornos psiquiátrico. El diseño de investigación fue la revisión sistemática de artículos publicados entre 2015 a 2020 en revistas indexadas de alto impacto. Los estudios abarcados tuvieron diseños transversales, aleatorizados, prospectivos, retrospectivos y analíticos. Las muestras de revisión reúnen a 5837 pacientes, 50.6% varones y 49.4% de mujeres. Los resultados muestran que existe una adherencia moderada en el 66.7% de investigaciones. La poca o falta de adherencia al tratamiento se muestra entre el 7.7 al 60.6%. Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento son principalmente la edad y el género del paciente.

Charry (2021) investigó los factores de riesgo psicosociales que afectan en la esquizofrenia en jóvenes-adultos de 18 a 26 años. La investigación es de enfoque cualitativo, de tipo descriptivo y de diseño revisión documental, el cual abarco 50 documentos. De acuerdo con la revisión se extraen las siguientes conclusiones: En el factor familiar, cuando el individuo va creciendo, se establecen los vínculos afectivos y aprendizajes de comportamiento social más importantes, que moldearan la personalidad y capacidades del individuo, así como sus valores morales y estrategias de afrontamiento.

Cheng y Montero (2019) investigaron como es el manejo integral de la esquizofrenia en Costa Rica. La investigación es de enfoque cualitativo, tipo observacional y tuvo un diseño de estudio documental con objetivos comparativos, ya que se revisó la oferta de servicios y protocolos de la Caja Costarricense del Seguro Social para el manejo de la esquizofrenia, y se le comparo con los lineamientos y protocolos internacionales. La revisión se hizo en base a las plataformas y bases de datos principales, tanto a nivel nacional como internacional. Estos y otros factores pueden afectar la adherencia al tratamiento de los pacientes, ya que, si se presentan múltiples carencias en el sistema de salud del país, es más probable la interrupción del tratamiento.

### **1.3 Objetivos**

#### ***1.3.1 Objetivo General***

- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios con esquizofrenia en el centro de salud mental comunitario La Perla, 2024.

#### ***1.3.2 Objetivos Específicos***

1. Identificar la asociación entre los factores demográficos edad, sexo con la adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario La Perla, 2024.
2. Identificar la asociación entre los factores sociales grado de instrucción, estado civil y ocupación con la adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario La Perla, 2024.

### **1.4 Justificación**

Este proyecto se justifica en los aspectos: metodológico, teórico y social

Se considera que es muy importante estudiar el tema de la adherencia, ya que depende del cumplimiento adecuado a la medicación para que la enfermedad pueda estar controlado adecuadamente. Mientras que para muchos pacientes que sufren de esquizofrenia, en algún momento del tratamiento se ha evidenciado la falta de adherencia en el curso de la enfermedad, considerando que existen factores sociodemográficos que van a influir en el usuario con trastornos mentales, y esta falta va a repercutir y agravar los síntomas, donde se va a evidenciar el deterioro del funcionamiento, deterioro cognitivo y disminución de la calidad de vida. Esta disminución progresiva exacerba la carga de la enfermedad en los pacientes y sus familias (Olivares et al., 2013).

Tras el desarrollo de las últimas décadas en otras enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, SIDA, enfermedades cardíacas graves), la implementación de programas clínicos sistemáticos, protocolos de tratamiento, psicoeducación para reforzar la adherencia las medidas terapéuticas, su simplificación, el apoyo y la apreciación del papel de los cuidadores, la des estigmatización debido a la proximidad del contacto, por lo tanto, un aumento en el uso de la atención (Cheng & Montero, 2019).

El objetivo del profesional de enfermería es conseguir los mejores resultados en salud mental para nuestros pacientes mediante la adherencia adecuada de la medicación, es decir, que sea efectivo, seguro y eficiente. Además, permitirá que el presente estudio pueda diseñar un programa el cual fortalecerá la adherencia en los pacientes con esquizofrenia.

La identificación de los factores sociodemográficos que influyen en la adherencia permitirá abordar de forma más específica, en quienes resultan ser afectados y no son adherentes a la medicación. De esta manera se podrá garantizar un continuo seguimiento por parte del profesional de enfermería. En el Perú no se evidencia ningún

programa en relación a la adherencia, por lo que esta investigación finalmente servirá como antecedentes en futuras investigaciones.

## **1.5 Hipótesis**

### ***1.5.1 Hipótesis General***

Ha.- Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios con esquizofrenia en el centro de salud mental comunitario La Perla, 2024.

H°.- No existe asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al tratamiento farmacológico en los usuarios con esquizofrenia en el centro de salud mental comunitario La Perla, 2024.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Bases teóricas

#### 2.1.1 Esquizofrenia

La Esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2019). La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes) (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Los síntomas afectan a múltiples procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), atención, concentración, motivación y juicio. No todos los síntomas descritos están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías: síntomas positivos y negativos (o déficit), a los que se ha añadido una tercera, la de desorganización (León, 2022).

La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e irritabilidad) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. También puede darse un periodo

prodrómico antes de presentar una recidiva. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses (León, 2022).

Fases de la esquizofrenia:

- Fase aguda. Durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser más intensos.
- Fase de estabilización. Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo
- Fase estable. Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio.

La esquizofrenia ha recibido muchos aportes de investigación a lo largo de los años, siendo un ejemplo internacional el aporte de Robillard et al. (2012) quien menciona que la esquizofrenia es entendida como un conjunto de síntomas positivos, entre los cuales encuentran los síntomas catatónicos, alucinaciones, discurso desorganizado y delirio; en cuanto a los síntomas negativos (anhedonia y aplanamiento afectivo); y disfunciones cognitivas, como las que se pueden presentar en las funciones ejecutivas, alteración de atención y memoria. En las personas que muestran los síntomas de la esquizofrenia, se debe agregar como síntomas colaterales las perturbaciones fisiológicas severas, que dificultan el afrontamiento de la enfermedad, entre las que se

encuentran las alteraciones del sueño, endocrinológicas, cardiovasculares, metabólicas, presión arterial, entre otros.

Desde otra perspectiva, Marder y Cannon (2019), apoyados en el DMS-V, afirman que a la esquizofrenia se le puede considerar como un síndrome psiquiátrico, cuya presencia se da al detectar síntomas psicóticos, expresados en el lenguaje desorganizado, delirios, alucinaciones y, consecuentemente se originan características negativas como la disminución de la expresividad y la motivación, así también se presenta una disminución y deterioro en las funciones de memoria y ejecutivas, produciendo déficits cognitivos.

Respecto a lo definido por el CIE 11, la esquizofrenia es conceptualizada como un trastorno, cuyos síntomas son la presencia de alteraciones en la conducta y percepción de la realidad, a partir de los cuales se pueden clasificar los síntomas en positivos o negativos. Hablando de estas últimas, se presentan las alteraciones psicomotoras y afecto desregulado. En cuanto a los positivos, estas alucinaciones, conducta desorganizada, delirios, experiencias de pasividad y control (Organización Mundial de la Salud, 2019). Sobre la evaluación para el diagnóstico, el CIE 11 menciona como principales la percepción, las alteraciones a nivel del pensamiento, la experiencia del yo, entre otras, que por lo menos deben presentarse durante un mes aproximadamente. Es importante mencionar que los síntomas comportamentales no deben estar asociados con el consumo de drogas o sustancias (Valle, 2020). La esquizofrenia está presente en el 1% de la población a nivel mundial, la cual se puede considerar como una enfermedad crónica general que impacta en la calidad de vida y vivencias de las personas (Orellana et al., 2017, p. 1047).

### **2.1.1.1 Etiología de la Esquizofrenia**

Para entender las causas que podrían originar la esquizofrenia, se ha asumido el consenso de que el origen de esta condición radica en una interacción entre factores genéticos, el conjunto de factores ambientales y los factores psicosociales. Charry (2021) considera que las personas que padecen de esquizofrenia, ha sufrido una serie de combinaciones de eventos variados adversos en el transcurso del periodo pre y perinatal.

A pesar de contar con estos conocimientos sobre los factores que origina la esquizofrenia, estos factores individualmente tienen un desconocido valor predictivo, ya que se reportan individuos que padecen todos los antecedentes mencionados, pero no desarrollan la esquizofrenia. Asimismo, la ausencia de los factores mencionados no es una garantía de que no aparezca la esquizofrenia. Otro aspecto a tener en cuenta es que las alteraciones en varias funciones (neurocognitivas, motoras o sociales), que podrían darse en un nivel bajo o indetectable, podrían estar presentes años antes de la manifestación de los síntomas clínicos conocidos o más comunes para diagnosticar la enfermedad. Por estas razones se ha ido investigando y la revisión de cuál es la edad probable de inicio de la enfermedad, considerando actualmente los últimos años de la década de los veinte y la mitad de la década de los treinta años de la vida (Obiols & Vicens-Vilanova, 2003, p. 9).

Considerando estos aspectos, en los estudios científicos realizados por Muñoz et al. (2015) constatan que las personas que sufren la esquizofrenia probablemente también sufran de una disminución de expectativa de vida de hasta los 20 años, donde las razones principales de esta disminución serían el deterioro de la salud física corporal y la aparición de enfermedades cardiovasculares. Considerando estos escenarios, es de vital importancia considerar las fases de la prevención primaria y la intervención temprana para cambiar el curso del desarrollo de síntomas de la esquizofrenia, empero, los

individuos con condiciones psiquiátricas graves suelen tener menores oportunidades de acceso a los servicios sanitarios médicos, así también menos probabilidad de cumplir con las actividades preventivas que se relacionan con los factores de riesgo cardiovasculares, los servicios de atención psiquiátrica y psicológica, así como los cuidados de la salud física corporal (p. 2716).

### **2.1.1.2 Factores sociodemográficos**

Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia (Charry, 2021):

- **Edad:** La edad del individuo como un predictor de mayores niveles de carga de enfermedad.
- **Género:** La sobrecarga también se ve modulada en función del sexo del usuario.
- **Grado de instrucción:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, este factor es importante en el individuo para determinar su nivel de comprensión.
- **Estado civil:** Condición de un individuo según el registro civil, si tiene pareja o no.
- **Ocupación:** Es la tarea o conjunto de tareas que determinan una actividad laboral.

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (Organización Mundial de la Salud, 2019). Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos.

A continuación, se exponen algunas teorías sobre la adherencia en el paciente:

- Teoría de la acción razonada

Los autores de este modelo, Fishbein y Azjen, sostienen que la conducta de las personas está condicionada por su intención (Stefani, 2005). Para ello es necesario saber cuál es la intención de las personas, si desean o no hacerlo. Y la intención es en una especie de balance entre dos cosas. Por un lado, nuestra actitud, es decir, lo que creemos que debemos hacer. Y por otro lado, lo que los autores llaman la Norma Subjetiva, que es algo parecido a lo que se podría llamar "la presión del grupo", esto es, la percepción que tenemos de lo que los otros piensan que nosotros debemos hacer. En síntesis, la Teoría de Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que uno debe hacer.

- Modelo de creencias en salud de Becker y Rosenstock

El modelo de creencias en salud fue desarrollado en un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, para dar explicación a la falta de participación. Luego se utilizó para dar explicación a conductas de salud, como una respuesta individual a los síntomas de la enfermedad o el cumplimiento en el tratamiento y las recomendaciones médicas así como también la adherencia al tratamiento antirretrovirales (Rosenstock et al., 1988).

- Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

Varios estudios han confirmado una fuerte correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento. Es así como, la adherencia al tratamiento es un resultado deseado de autocuidado. Se debe considerar que este usuario con esquizofrenia está alterado la voluntad, y muchos no son conscientes de la enfermedad, y esto dificulta el desarrollo de las habilidades diarias de la vida, el

autocuidado propiamente dicha , siendo esta habilidad muy importante para su dependencia personal y cuidado de su propia salud (Wazni & Gifford, 2017).

### ***2.1.2 Adherencia al tratamiento farmacológico***

La OMS define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, solo el 50 % de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia (García-Valle, 2020).

La adherencia al tratamiento se debe a un problema de salud pública, y como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica se deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario (García-Valle, 2020).

La adherencia viene definida por tres componentes:

- **Iniciación.** La iniciación del tratamiento, cuando el paciente toma la primera dosis de la medicación prescrita.
- **Ejecución.** Entendida como el grado en el que la pauta real de un paciente se corresponde con la prescrita por el médico, desde la primera hasta la última dosis
- **Discontinuación.** Marca el final de la terapia; esto ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no hay más dosis a partir de entonces.

Respecto al tratamiento no farmacológico, se consideran intervenciones psicosociales con el objetivo de complementar el tratamiento farmacológico, para así dar seguridad y tranquilidad al paciente, a través de las respuestas a sus dudas y dificultades

durante su tratamiento (Rojas & Moscoso, 2020). En cuanto al tratamiento farmacológico, son principalmente los antipsicóticos, que son un grupo amplio de fármacos que actúan sobre los síntomas y son empleados en los episodios originarios y en el tratamiento continuo (Gil, 2023).

El tratamiento es fundamental en el control y manejo de la esquizofrenia, tratando de evitar las recaídas, mediante la monitorización de los síntomas, intervenir oportunamente, logrando estabilidad en el usuario y reducir la gravedad de la condición. En el curso del tratamiento de la esquizofrenia, una temprana de recaída y la falta de adherencia pueden afectar la efectividad del tratamiento (Ruiz-Roldán, 2019). Entre los factores que pueden causar la recaída se encuentran: desconocimiento de la enfermedad, adversidades de la vida cotidiana, exceso de drogas (son más frecuentes las bebidas alcohólicas), poco tiempo tratamiento o nunca adherirse, suspensión de medicamentos, falta de apoyo de la familia y entorno, en lo económico y afectivo (González et al., 2005).

Sobre el tratamiento, se asumía tradicionalmente un rol pasivo y disciplinado del médico, donde asumía cierta incapacidad del paciente con esquizofrenia (Eticha et al., 2015). Otras definiciones sobre el tratamiento realizan una diferenciación entre “cumplimiento” y “adherencia”, donde la primera significaba obediencia hacia las indicaciones del médico, y la segunda significa la adherencia o alianza terapéutica con la finalidad de establecer una relación más participativa entre el profesional sanitario y el paciente.

A partir de esta diferencia, la definición de la adherencia a la prescripción del tratamiento hace referencia al desarrollo de comportamientos en constante perfeccionamiento, hasta el desarrollo de hábitos saludables, no asumir actitudes que dañen a uno mismo, y participar de manera constante en las programaciones con el

profesional sanitario. De acuerdo a estas condiciones, es responsabilidad del médico o personal sanitario de crear y establecer una comunicación adecuada (rapport) que facilite la toma de decisiones en conjunto (Ortega et al., 2018).

### ***2.1.3 Factores asociados a la adherencia al tratamiento***

De acuerdo con la OMS, los factores que influyen en la adherencia terapéutica son los factores socioeconómicos, el nivel alcanzado de estudios, el débil poder adquisitivo y la posibilidad de acceder al sistema de salud. En cuanto al tratamiento, los factores son el tipo de tratamiento, complejidad, duración, fracasos anteriores, cambios recurrentes, reacciones adversas por la medicación y soporte del personal sanitario para brindarles tratamiento. Respecto al paciente, los factores asociados son la falta de recursos, religión, edad, nivel alcanzado de educación, opinión sobre su propia mejoría, relación de confianza con el personal sanitario (Gil, 2023).

Asimismo, se debe considerar los factores relacionados con la enfermedad, como son la discapacidad, condición de gravedad, progresión de la enfermedad y accesibilidad a tratamientos respaldados. Aquí también entra en juego los factores asociados al sistema de salud, así como la inadecuada infraestructura, carencia de recursos humano y materiales para la atención, alta cantidad de tareas laborales, atención de calidad, satisfacción con la atención, educación en los servicios de salud (Ortega et al., 2018).

De acuerdo con las investigaciones sobre los factores socioeconómicos, hallaron que las personas con mejor nivel educativo se adhieren de una mejor manera al tratamiento, en comparación a las personas con niveles de formación educativa más bajos. Respecto a la economía personal, las personas con bajo capital económico tienen más probabilidades de suspender o abandonar el tratamiento (Eticha et al., 2015). La accesibilidad a una atención de salud también influye en la adhesión al tratamiento, ya

que puede existir una carencia de medicamentos, o no se brinden de manera gratuita o a bajo precio el costo de los medicamento (Ahmad et al., 2017).

En adicción, hay causas que están asociadas a los medicamentos, cómo los efectos secundarios de la medicación: algunos estudios reportan la importancia de los efectos secundarios de la medicación como factores con influencia en la adherencia terapéutica. Los efectos secundarios de las medicinas fue la principal causa de bajas y carencia de adherencia a los tratamientos en una muestra de pacientes (Muñoz, 2019). La ingesta de bebidas como el licor o distintas drogas están fuertemente relacionadas con el abandono del tratamiento.

Los factores relacionados al paciente muestran resultados irregulares sobre si están o no asociados a la no adherencia, como el género, estado civil y el empleo. Empero, bajo otras circunstancias si se hallaron grandes asociaciones con la adherente medicación, como la edad. Según las investigaciones, se ha notado que en pacientes jóvenes, exactamente de los rangos de edades de 31 a 40 años de edad, mostraron una considerable adherencia a los medicamentos (Vassileva et al., 2014).

En consonancia con lo anterior, se reporta un menor grado de adherencia entre edades de 45 y 64 años, lo cual podría estar asociado con comorbilidades de otras enfermedades crónicas que necesitan otros tratamientos médicos específicos, lo que dificulta el cumplimiento del tratamiento psiquiátrico (Eticha et al., 2015). La variable de la motivación es un componente personal importante para adherirse al tratamiento, la cual se modula según los niveles de motivación que presenta el paciente en las etapas de la adherencia. Las metas del tratamiento psicológico deben establecerse para apoyar el tratamiento, para mejorar la adherencia (Vilchez et al., 2019).

El apoyo o soporte que puede brindar el entorno familiar es esencial y relevante para concretar un nivel óptimo de adherencia, lo cual se puede constatar en los pacientes

que viven solos, los cuales presentan baja adherencia (Muñoz, 2019). Los factores asociados con la enfermedad como la opinión sobre el estado de gravedad de la enfermedad se originan a partir de las creencias personales y los conocimientos previos que se atribuyen al padecimiento (Eticha et al., 2015).

Un factor relevante en los pacientes con esquizofrenia es la carencia de conciencia de su enfermedad, condición denominada como “insight”. El deterioro cognitivo sumado a un control inadecuado del personal sanitario y los cuidadores, así como el escaso conocimiento sobre su enfermedad aumenta el incumplimiento del tratamiento (Muñoz, 2019). La ignorancia sobre la enfermedad es un factor significativo a considerar en la adherencia terapéutica; ya que su desenlace puede ser la negativa o rechazo a la enfermedad.

Las actitudes del paciente sobre la enfermedad es otra variable relevante, las percepciones de los afectados alrededor de esta dolencia y la toma de los medicamentos pueden afectar la adhesión farmacológica (Ahmad et al., 2017). Los pacientes con actitudes agresivas pueden presentar dificultades para adherirse, a diferencia de los de mejor actitud que tienen mayor predisposición. Sobre la duración de la enfermedad, los estudios han constatado que existe una asociación entre la adherencia al tratamiento y el tiempo que dura la enfermedad (Eticha et al., 2015).

La perdurabilidad de síntomas o dolencias es un factor que puede originar complicaciones para continuar el tratamiento. También existe una asociación en la siguiente circunstancia: cuando el paciente con esquizofrenia con menos perdurabilidad presenta menos entendimiento de la enfermedad (Gratacós & Pousa, 2018). Además, se tiene que señalar los factores asociados con los profesionales de la salud y los sistemas sanitarios, la relación terapéutica que se puede establecer entre los pacientes y los profesionales de la salud, generando un ambiente que debe ser influyente en la conexión

de prescripción. finalmente, una adecuada afinidad al tratamiento es cuando prevalece la seguridad y ayuda mutua, lo cual puede beneficiar que aumente el conocimiento de la enfermedad del paciente, mejorando la percepción sobre la enfermedad y el tratamiento de medicamentos. Estas variables favorecen una mayor adhesión terapéutica (Vassileva et al., 2014).

### **2.1.3.1 Modelo de Salud Mental Comunitaria (SMC)**

El modelo de Salud Mental Comunitario (SMC) es un enfoque y propuesta de atención centrada en las personas, familias y comunidades, quienes son actores fundamentales con su participación activa y constante desde la planificación de los centros SMC (en adelante “CSMC”), hasta la evaluación y consideración de los procesos que componen la promoción y prevención de la salud mental que pueda ofrecer el CSMC, así como los cuidados de salud de los individuos y colectivos diagnosticados con trastornos psicológicos y psiquiátricos en un determinado territorio (Ministerio de Salud, 2018).

Las características principales de los CSMC son: un enfoque centrado en la persona, familia y comunidad, de acuerdo a la práctica de sus derechos fundamentales; abordar específicamente los factores sociales de la salud y los problemas psiquiátricos; integrar la atención psicológica y psiquiátrica a partir de los ámbitos o áreas de las personas; intervención multidisciplinaria con equipos de varias profesiones; asumir un enfoque territorial y operar en redes basadas en alianzas intersectoriales, dirigidos a alcanzar los objetivos de atención, cuidados, rehabilitación y reinserción; considerar como metas para los individuos el alcanzar óptimos estados de autonomía y bienestar (Ministerio de Salud, 2018).

En el modelo de Salud Mental Comunitaria se trata de mantener siempre una combinación del autocuidado y de la autogestión, apoyados por el entorno familiar y

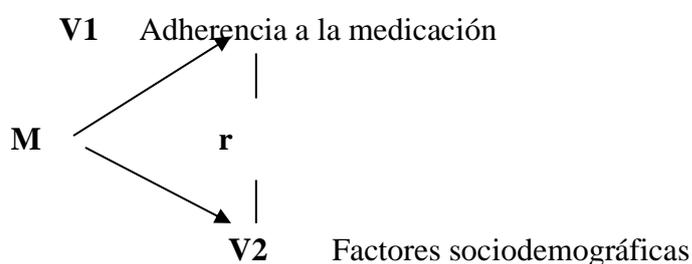
allegados, así como también los recursos y apoyo directo de los profesionales sanitarios, con el objetivo de alcanzar el máximo bienestar y salud dentro de la comunidad. Con este enfoque e intervención se pretende disminuir las desventajas y desigualdades sociales, los estigmas y necesidades no cubiertas en las personas con problemas psicológicos leves, moderados y graves (León, 2022).

También se consideran los principios de continuidad y calidad en los cuidados integrales, lo cual quiere decir que se considera las necesidades en todas las áreas de la salud de todos los individuos a lo largo de su vida; la inclusión y normalización de las actividades cotidianas en la comunidad de las personas con trastornos mentales, potenciando así el acceso a más oportunidades; y las especificaciones de las actividades terapéuticas considerando el género y la interculturalidad (Ministerio de Salud, 2018).

### III. MÉTODO

#### 3.1 Tipo de investigación

El presente estudio fue de tipo básico y de enfoque es cuantitativo. El diseño fue no experimental y el nivel de investigación es correlacional ya que se buscó relacionar dos variables y analizar su incidencia e interrelación (Hernández et al., 2014).



La medición fue de corte Transversal porque estudia las variables simultáneamente, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Los cuestionarios se aplicarán en un solo momento.

#### 3.2 Ámbito temporal y espacial

El ámbito en el cual se realizó el estudio es en el centro de salud mental comunitario La Perla a los usuarios en el mes de mayo del 2024.

#### 3.3 Variables

Variable 1: Factores sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Ocupación

## Variable 2: Adherencia a la medicación

- Frecuencia de medicación

### 3.3.1.- Definición conceptual de variables

Adherencia al tratamiento:

Se define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Factores sociodemográficos

Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia.

## 3.4 Población y muestra

### 3.4.1 Población

La población que se encontró en el Centro de Salud Mental Comunitario La Perla con el diagnóstico de Esquizofrenia es 126, quienes acuden de manera programada, en el tiempo que se realizó la encuesta.

### 3.4.2 Muestra

El tamaño de la muestra se determinó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 p(q) N}{(N - 1) E^2 + Z^2 \times p(q)}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra.

Z = Nivel de confiabilidad (95%), traducido en 1.96 en la fórmula.

p = 0.5

q = 0.5

E = Error permisible (5%)

N = Tamaño de la población. 126

$$n = \frac{(1.96)(1.96)(0.5)(0.5)126}{(126-1)(5\%)(5\%)+(1.96)(1.96)(0.5)(0.5)}$$

$$n=95$$

Así también se debe señalar que se utilizó un muestreo empleando la tabla de números aleatorios con el objetivo de seleccionar cada dato que conforme el tamaño de la muestra siendo 95 los usuarios a los cuales se les encuestó, sin embargo, fueron 12 usuarios los que no cumplen los criterios, siendo 83 los usuarios que participan de la encuesta.

### **Criterios de inclusión**

- a. Usuarios de ambos sexos mayor o igual a 18 años con diagnóstico de esquizofrenia que asisten en forma regular al Centro de Salud Mental Comunitario La Perla.

### **Criterios de exclusión**

- a. Usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que no acepten participar en la investigación o registran tres meses de inasistencia a su control.

## **3.5 Instrumentos**

### **3.5.1 Técnica**

La recolección de la información se ha realizado mediante una entrevista, para lo cual se accedió a la historia clínica. A usuarios que asistieron a su atención se entrevistó en forma directa, mientras aquellos que no asistieron a su tratamiento se realizó la entrevista por teléfono o a través de visita domiciliaria.

### **3.5.2 Instrumentos**

El instrumento utilizado fue el test de Morisky Medication Adherence Scale (MMAS8), la cual consta de ocho ítems, que evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico y fue modificado por (Montesinos & Tuesta, 2022) y tiene una confiabilidad alta (alfa de Cronbach = 0.7).

El MMAS8 es una escala autoadministrada que consiste en 8 preguntas de variables cualitativas. Se elabora de manera que el participante no incurra en el error de contestar “sí” a todas las respuestas (la quinta pregunta se redacta de forma invertida). Las opciones de respuestas son dicotómicas “sí” o “no” para las preguntas de la 1 a la 7; para la pregunta 8 se responde según una escala tipo Likert de cinco puntos. Se otorga el valor de 1 a cada respuesta “no” y el valor de 0 a cada respuesta “sí”, a excepción de la pregunta 5 en la que la respuesta “sí” se valora como 1 y la respuesta “no” como 0. Para la pregunta 8, las opciones son: Nunca/ raramente(A), de vez en cuando (B), a veces(C), usualmente-casi siempre(D) y todo el tiempo- siempre(E), estas opciones se valoran de la siguiente manera: 0(A); 0.25(B); 0.5(C); 0.75(D); 1(E). El rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 a 8, siendo el puntaje 8 5 una alta adherencia, puntajes de 7 o 6 son una adherencia media y 5 o menos, una baja adherencia.

### **3.6 Procedimientos**

Durante los meses de junio- julio se ha recolectado la información, para lo cual en una primera etapa se solicitó el registro de atención de los usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia; luego en una segunda etapa se solicitó las historias clínicas para confirmar el diagnóstico y la asistencia regular a su tratamiento, identificar la dirección y el número telefónico de los usuarios. Con esta información se ha procedido a realizar la encuesta ya sea de forma presencial en el establecimiento o a través de visita domiciliaria y última instancia vía telefónica.

### **3.7 Análisis de datos**

Una vez recolectada la información, los resultados se ha digitalizado en el programa microsoft Excel y en el paquete estadístico SPSS versión 26.

En un primer momento se realizó un análisis univariado basado en la frecuencia absoluta y relativa a las variables cualitativas y medidas de tendencia central. Para evaluar la asociación de variables cualitativas o categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrado. Para determinar los factores de riesgo asociados a la adherencia al tratamiento se calculó la razón de probabilidades crudas y ajustadas. Se consideró como variable dependiente la adherencia al tratamiento (adherente y no adherente); mientras las variables independientes fueron agrupadas en dos grupos:

- a- Factores demográficos: edad y sexo
- b- Factores sociales: grado de instrucción, estado civil y ocupación.

### **3.8. Aspectos éticos**

El estudio se realizó con la aprobación del comité de ética de la DIRESA Callao y se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes para la recolección de datos.

### **3.9. Limitaciones**

La no aceptación de formar parte de la investigación, siendo 12 usuarios por ello no se logró entrevistar la muestra establecida. Por otra parte, el tiempo de ejecución demoró por los trámites burocráticos antes de la ejecución.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1.**

*Características demográficas en usuarios con Esquizofrenia. CSMC La Perla, 2024.*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grupo de edad</b>		
18-29años	11	13.3
30-59años	61	73.5
60años a más	11	13.3
Total	83	100.0
<b>Sexo</b>		
Femenino	36	43.4
Masculino	47	56.6
Total	83	100.0

Fuente: Encuesta realizada

**Nota:** En la tabla 1 se muestra que el grupo de estudio estuvo conformado por 83 usuarios mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia y que asisten regularmente al establecimiento de salud para recibir su tratamiento. Donde del total (83), 56.6% (47) fueron de sexo masculino, 73.5% (61) corresponden al grupo atareo de 30-39 años.

**Tabla 2.**

*Características sociales en usuarios con Esquizofrenia. CSMC La Perla, 2024.*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grado de instrucción</b>		
sin estudio	2	2.4
primaria	9	10.8
secundaria	39	47.0
superior	33	39.8
Total	83	100.0
<b>Estado Civil</b>		
soltero	70	84.3
casado	10	12.0
divorciado	2	2.4
conviviente	1	1.2

Total	83	100.0
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	23	27.7
No trabaja	60	72.3
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta realizada

**Nota:** En la tabla 2, al analizar las características sociales en la tabla se muestra 47.0% (39) tenían como nivel de instrucción secundaria y 39.8% (33) superior, al evaluar el estado civil el 84.3% (70) eran soltero y 72.3% (60) eran desocupados.

**Tabla 3.**

*Prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con*

*Esquizofrenia. CSMC La Perla, 2024*

Variable	Adherencia		Total		Razón de prevalencia	Intervalo confianza 95%	Valor P
	No	Si	Nº	%			
<b>Sexo</b>							
Femenino	14	22	36	26.5	1.31	0.72-2.38	0.2623
Masculino	14	33	47	39.8			
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>55</b>	<b>83</b>	<b>66.3</b>			
<b>Estado civil</b>							
Sin Pareja	25	47	72	56.6	1.04	0.88-1.24	0.4542
Con Pareja	3	8	11	9.6			
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>55</b>	<b>83</b>	<b>66.3</b>			
<b>Ocupación</b>							
No trabaja	18	42	60	50.6	0.69	0.38-1.26	0.1827
Trabaja	10	13	23	15.7			
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>55</b>	<b>83</b>	<b>66.3</b>			

Fuente: Encuesta realizada

**Nota:** En la tabla 3 se muestra que el 66.3% de los pacientes con esquizofrenia tenía adherencia al tratamiento; sin embargo, este porcentaje no fue homogéneo al analizar por sexo, estado civil y ocupación siendo la proporción más baja en aquellos que si tienen pareja.

**Tabla 4.**

*Factores demográficos asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con Esquizofrenia. CSMC La Perla, 2024.*

Variable	Adherencia		Total	OR	Intervalo de confianza al 95%		
	No	Si					
<b>Sexo</b>							
Femenino	N°	14	22	36	1.5	0.599	3.75
	%	50.0	40.0	43.4			
Masculino	N°	14	33	47	1.44	0.28	7.37
	%	50.0	60.0	56.6			
<b>Grupo de edad</b>							
18-29 años	Ref.	5	6				
30-59 años	N°	17	44	61	0.46	0.13	1.63
	%	73.9	88.0	84.7			
60 años a más	N°	6	5	11	1.44	0.28	7.37
	%	54.5	45.5	50.0			

Fuente: Encuesta realizada

**Nota:** En la tabla 4, Al analizar los factores demográficos en la tabla se observa que las mujeres tienen 1.5 veces la posibilidad de no desarrollar la adherencia al tratamiento farmacológico en comparación a la población masculino, aunque estadísticamente no fue significativo (OR: 1.5; IC95%: 0.599-3.75), mientras la población adulto tiene 1.4 veces la posibilidad de no desarrollar la adherencia al tratamiento farmacológico en comparación con la población adulto joven aunque también no fue estadísticamente significativo (OR: 1.4; IC95%: 0.28-7.37).

**Tabla 5.**

*Factores sociales asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con Esquizofrenia. CSMC La Perla, 2024*

Variable		Adherencia		Total	OR	Intervalo de confianza al 95%	
		No	Si				
<b>Ocupación</b>							
No trabaja	N°	18	42	60			
	%	64.3	76.4	72.3			
Trabaja	N°	10	13	23	0.557	0.21	1.50
	%	35.7	23.6	27.7			
<b>Estado civil</b>							
Sin pareja	N°	25	47	72			
	%	89.3	85.5	86.7			
Con pareja	N°	3	8	11	1.41844	0.37	5.35
	%	10.7	14.5	13.3			
<b>Nivel educativo</b>							
Iltrado/primaria	N°	5	6	11			
	%	22.7	12.0	15.3	2.2	0.61	7.64
Secundaria	N°	14	25	39			
	%	58.3	52.1	54.2	1.3	0.48	3.46
Superior	Ref	10	23	33			

Fuente: Encuesta realizada

**Nota:** En la tabla 5 al analizar los factores sociales asociados a la no adherencia farmacológica se ha podido determinar que la población sin pareja tiene 1.4 veces la posibilidad de no desarrollar la adherencia al tratamiento farmacológico en comparación con los que tienen pareja aunque estadísticamente no fue significativo (OR: 1.41; IC95%:0.37:5.35), mientras la población que tiene bajo nivel de instrucción tiene 2.2 veces la posibilidad de no desarrollar la adherencia en comparación con los que tienen como grado de instrucción superior pero estadísticamente no fue significativo (OR: 2.2; IC95%: 0.61:7.64), mientras los que tienen como grado de instrucción secundaria tienen 1.3 veces la posibilidad de no desarrollar la adherencia al tratamiento farmacológico en comparación con los que tienen como grado de instrucción superior pero estadísticamente no fue significativo (OR:1.3; IC95%:0.48:3.46).

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Muchos usuarios con diagnóstico de esquizofrenia experimentan múltiples recaídas, por tanto, el tratamiento farmacológico y su cumplimiento con la medicación en forma regular es fundamental porque permite controlar los síntomas y prevenir las recaídas. Los hallazgos del estudio ponen de manifiesto que 33.7% de la población en estudio no presentaban adherencia al tratamiento, es decir aproximadamente tres de cada nueve usuarios con esquizofrenia no tienen adherencia al tratamiento farmacológico, sin diferencia significativa según sexo, estado civil y ocupación.

Esta cifra es muy similar a los estudios realizados por Daray et al. (2017) y Zago et al. (2015), quienes determinaron que 36% y 32% de los pacientes con Esquizofrenia no habían desarrollado adherencia al tratamiento farmacológico respectivamente, sin embargo, estas cifras se encuentran por debajo de otros estudios. Un estudio realizado por Geretsegger et al. (2019) el cual determinó que el 66% de pacientes con esquizofrenia no tenía adherencia al tratamiento farmacológico, mientras otro estudio realizado recientemente documentó 44.5% de usuarios incumplían con la medicación según el autor Mohammed et al. (2024).

Los hallazgos del estudio permiten confirmar la hipótesis parcialmente, es decir se ha podido determinar algunos factores demográficos y sociales como el sexo, grupo de edad (adulto mayor), estado civil y el bajo nivel educativo (iletrados, primaria o secundaria), están asociados con la no adherencia al tratamiento en usuarios esquizofrénicos, sin embargo, estadísticamente no fueron significativos, pero estos resultados también son similares a otras investigaciones.

Un estudio realizado por Caqueo-Urizar et al. (2016), determinó que las puntuaciones sobre inventario de actitud hacia la medicación respecto a las variables de sexo, estado civil, ocupación y nivel educativo no fueron estadísticamente significativos, aunque

estos resultados no son comparables por la misma metodología y la población de estudio. Sin embargo, pone de manifiesto sobre la actitud que pueda adoptar los usuarios respecto al consumo de la medicación.

Los resultados del estudio indican que las personas con nivel educativo inicial/ primaria o secundaria tienen 2.2 y 1.3 veces la posibilidad de desarrollar la no adherencia al tratamiento respectivamente, aunque estadísticamente no fue significativa (Iletrado/Primaria: OR: 2.2; IC95%:0.61-7.64 y Secundaria: OR: 1.3; IC95%:0.48-3.46), sin embargo, un estudio realizado por Amésquita et al. (2012), determinó que las personas con bajo nivel educativo tenía 1.4 veces la posibilidad de desarrollar la no adherencia al tratamiento (RP= 1.44; IC 95%: 1.07 - 1.93).

Una de las limitaciones del presente estudio fue que al momento de determinar adherencia al tratamiento no se pudo identificar los subtipos de no adherencia, es decir si el incumplimiento al tratamiento fue intencional o no intencional. Así mismo, si bien se ha podido determinar los factores que están asociados (sexo, bajo nivel educativo y estado civil) con la no adherencia al tratamiento, pero estas variables no fueron estadísticamente significativas, lo cual podría estar relacionado con la poca muestra por lo que se sugiere otros estudios que incluyan mayor población.

## VI. CONCLUSIONES

6.1.-Los resultados del estudio ponen de manifiesto que aproximadamente tres de cada nueve pacientes con esquizofrenia no tienen adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual indica que estos pacientes tienen más posibilidad de desarrollar cuadros de recaída en comparación con los que tienen una correcta adherencia, no obstante, las recaídas conllevan a un aumento en las tasas de hospitalización y un peor pronóstico de la enfermedad, en consecuencia genera mayores costos económicos tanto a nivel familiar como para el Estado.

6.2.-Se ha podido determinar que las variables de sexo, grupo de edad (adultos mayores), estado civil y el bajo nivel educativo (iletrados, primaria o secundaria) están asociados con la no adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo, estadísticamente no fueron significativos lo cual podría estar influenciado por el tamaño de muestra, por lo que se le insta a la comunidad educativa que estos resultados deben tomar con bastante cuidado.

## VII. RECOMENDACIONES

7.1.-Será importante que se dé énfasis la atención dirigida al grupo vulnerable que son los adultos mayores, ya que, por su propia condición, presentan comorbilidades. Siendo este el grupo con menos adherencia al tratamiento farmacológico por lo cual es importante la implementación de un programa dirigido a los adultos mayores con esquizofrenia.

7.2.-Se debe de implementar programas para la familia y cuidadores, fortaleciendo la supervisión y el cuidado de sus familiares con diagnóstico de esquizofrenia, puesto que se evidencia que la mayor parte de los usuarios son solteros y el nivel de educación es bajo por lo cual la familia cumple un rol, importante.

7.3.-Es necesario la movilización de redes y la formación de las asociaciones de usuarios con esquizofrenia, de esta manera se generar un apoyo mayor en la mejora del diagnóstico y la calidad de vida de ellos.

7.4.-Finalmente, el recurso humano es una pieza importante como el trabajo del enfermero dentro de los centros de salud mental comunitario, para ello las entidades correspondientes deberán de dotar con el número adecuado de enfermeros, ya que según la NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP RM-N° 574-2017, indica que todo centro comunitario debe de contar con 4 enfermeros, sin embargo, la realidad es otra, puesto que esto dificulta el acompañamiento y seguimiento de los usuarios.

7.5.-Al equipo de salud, debe unir esfuerzos en la mejora de la salud de los usuarios con esquizofrenia. Es importante que el personal asistencial este sensibilizado en cuanto al diagnóstico de los usuarios que experimentan un sufrimiento psíquico severo; por otra

parte, el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, son puntos claves en la mejora del pronóstico y la adherencia.

## VIII. REFERENCIAS

- Ahmad, I., Khalily, M. T., & Hallahan, B. (2017). Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.07.024>
- Alvear-Velásquez, M. J., & Sandoval-Carrión, I. P. (2022). Adherencia al Tratamiento Psicofarmacológico de los Pacientes con Trastornos Mentales Graves y Persistentes: Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, S003474502200018X. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.006>
- Amézquita, L., Barrera, A., & Vargas, T. (2012). Prevalencia y factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico con antipsicóticos en pacientes adultos con esquizofrenia. En *Universidad del Rosario-Universidad CES. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Especialización en Epidemiología*. Bogotá Colombia.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Miranda-Castillo, C., & Irrázaval, M. (2016). Adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes indígenas con esquizofrenia. *Salud mental*, 39(6), 303-310.
- Charry, J. (2021). *Factores de riesgo psicosociales que influyen en la esquizofrenia en jóvenes de 18 a 26 años: Revisión documental* [Tesis de Licenciatura, Universidad Antonio Nariño]. <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/5921>
- Cheng, K., & Montero, K. (2019). *Estudio del manejo integral de la esquizofrenia en Costa Rica* [Tesis de Especialización, Universidad de Costa Rica]. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/80185>
- Cortez-Vásquez, E., Ramos-Calsín, L., & Herrera-López, V. (2021). Percepción sobre los clubes de integración psicosocial para personas con esquizofrenia en Lima,

- Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(3), 412-423.
- Daray, F. M., Carosella, L. G., Caillava, M. F., Fernández, D. B., & Mac Mullen, M. (2017). *Adherencia al tratamiento farmacológico en esquizofrenia*.
- Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., & Alemayehu, A. (2015). Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLOS ONE*, 10(3), e0120560. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120560>
- García-Valle, S. (2020). Factores de riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes mayores de un núcleo rural. *Revista de la OFIL*, 30(2), 115-120.
- Geretsegger, C., Pichler, E.-M., Gimpl, K., Aichhorn, W., Stelzig, R., Grabher-Stoeffler, G., Hiemke, C., & Zernig, G. (2019). Non-adherence to psychotropic medication assessed by plasma level in newly admitted psychiatric patients: Prevalence before acute admission. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(4), 175-178. <https://doi.org/10.1111/pcn.12809>
- Gil, L. (2023). *Adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en Centros de Salud Mental Comunitarios de Lambayeque 2020* [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11561>
- González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., & Azcon, M. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. *Enfermería Global*, 4(2), 1-9.
- Gratacós, M., & Pousa, E. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 31-39.

- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). McGraw Hill.
- Huarcaya-Victoria, J. (2021). Factores asociados al funcionamiento global en pacientes con esquizofrenia de un hospital general del Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 50*(4), 252-259. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.03.002>
- León, I. (2022). *El impacto de la intervención con el modelo “Salud Mental Comunitaria” (SMC) en pacientes de salud mental con esquizofrenia, desde las experiencias del entorno familiar y de los agentes de salud de un Centro de Salud Mental de VES, Lima* [Tesis de Maestría, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/1476>
- Marder, S. R., & Cannon, T. D. (2019). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine, 381*(18), 1753-1761. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1808803>
- Ministerio de Salud. (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018—2021*. MINSAs. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje temprano y manejo de la esquizofrenia*. <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/3612418-guia-de-practica-clinica-para-el-abordaje-temprano-y-manejo-de-esquizofrenia>

- Mohammed, F., Geda, B., Yadeta, T. A., & Dessie, Y. (2024). Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. *BMC psychiatry*, 24(1), 108.
- Montesinos, G. R., & Tuesta, C. O. (2022). *Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico psiquiátrico atendidos por teleconsulta: Validación de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky ocho ítems (MMAS-8)*.
- Muñoz, A. (2019). *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia* [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid].  
[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687916/munoz\\_hernandez\\_a\\_lejandrotfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687916/munoz_hernandez_a_lejandrotfg.pdf?sequence=1)
- Muñoz-Calero Franco, P. (2015). Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. *Revista nutrición hospitalaria*, 6, 2715-2717.  
<https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9951>
- Obiols, J., & Vicens-Vilanova. (2003). Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 235-250.
- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: A systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-32>
- Orellana, G., Rodríguez, M., González, N., & Durán, E. (2017). Esquizofrenia y su asociación con enfermedades médicas crónicas. *Revista Médica de Chile*, 145(8), 1047-1053. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801047>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Esquizofrenia*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortega, J. J., Sánchez, D., Rodríguez, O., & Ortega, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.
- Rivera, J. (2019). *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofarmacos en pacientes que acuden al Hospital de día en salud mental y adicciones del Hospital Hipolito Unanue de Tacna, en marzo del 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada de Tacna].  
<https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/760>
- Robillard, R., Rogers, N. L., Whitwell, B. G., & Lambert, T. (2012). Are Cardiometabolic and Endocrine Abnormalities Linked to Sleep Difficulties in Schizophrenia? A Hypothesis Driven Review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.9758/cpn.2012.10.1.1>
- Rojas, J., & Moscoso, L. F. (2020). Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 24(56), 256-270. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.18>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.  
<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Ruiz-Roldán, R. (2019). *La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos*. Universidad de Cantabria.
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Revista Evaluar*, 5(1). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v5.n1.538>

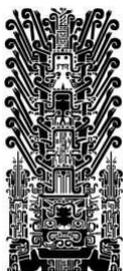
- Tarutani, S., Kikuyama, H., Ohta, M., Kanazawa, T., Okamura, T., & Yoneda, H. (2016). Association between Medication Adherence and Duration of Outpatient Treatment in Patients with Schizophrenia. *Psychiatry Investigation*, 13(4), 413. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.4.413>
- Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: Comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.001>
- Vassileva, I., Milanova, V., & Asan, T. (2014). Predictors of Medication Non-adherence in Bulgarian Outpatients with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 854-861. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9697-8>
- Velásquez, T. (2007). *Salud mental en el Perú: Dolor y propuesta. La experiencia de Huancavelica*. Biblioteca Nacional del Perú. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1057\\_CIES-IB28.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1057_CIES-IB28.pdf)
- Vilchez, L. A., Turco, E., Varillas, R., Salgado Valenzuela, C. A., Salazar de la Cruz, M., Carmona Clavijo, G., Huamán, K., Bonilla Untiveros, C., Reyes Puma, N., & Caballero, P. (2019). El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80, 389-396.
- Vincha, J. (2017). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada de Tacna]. <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/149>

Wazni, L., & Gifford, W. (2017). Addressing Physical Health Needs of Individuals With Schizophrenia Using Orem's Theory. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 271-279. <https://doi.org/10.1177/0898010116658366>

Zago, A. C., Tomasi, E., & Demori, C. C. (2015). Adherence to drug treatment regarding the users of psychosocial attention centers with mood disorders and schizophrenia. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 11(4), 224-233. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p224-233>

## IX. ANEXO

### Anexo A



#### UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación lleva como título **“Factores sociodemográficos asociación en la adherencia al tratamiento farmacológico en usuarios con esquizofrenia del centro de salud mental comunitario La Perla, 2024”**. el cual será ejecutado por la egresada de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Federico Villarreal,, Rosa Leocadia Espinoza Ccoyllo, autora del estudio, su número telefónico es 949503391, cuyo objetivo determinar la adherencia de los usuarios con esquizofrenia-

La participación en este estudio es voluntaria, en caso no acceder a participar se respetará la decisión ya que no existe ninguna sanción o castigo, al igual. Ud es libre de abandonar el estudio en cualquier momento bajo las mismas condiciones., para ello se solicita responder las preguntas del test de Morisky, el tiempo estimado para responder en un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

Dentro de los beneficios que podrá obtener es la estabilidad y funcionalidad en las actividades diarias de la vida, con el respectivo seguimiento y acompañamiento.

Este estudio permitirá brindar un aporte al sector salud y favorecer la elaboración de estrategias. Los datos serán trabajados por el investigador, para ello no habrá otra persona que manipule los resultados.

Al firmar este documento está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

- No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.

- En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada a usted.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO. HE QUEDADO SATISFECHO/A. MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS.

En caso de tener duda o desean saber más sobre la investigación pueden escribir al siguiente correo [resocy@gmail.com](mailto:resocy@gmail.com) que es solo para el proceso de investigación.

Fecha:

---

Firma del participante

---

Firma del investigador

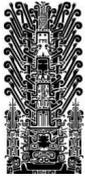
## Anexo B

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones/ categorías	Indicadores	Codificación	Fuente
Adherencia	Ordinal	Cumplimiento del tratamiento, es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación de acuerdo con la prescripción médica.	Se evaluará con la Escala de adherencia a la medicación de Morisky, que consta de 8 preguntas,	Baja adherencia	Paciente que haya obtenido resultado en la Escala de adherencia a la medicación de MMAS-8 <6 puntos	Del 1-7 se evalúa con Si (0) No (1), Excepto el 5 que Si (1) No (0), la Pregunta 8 puntuación de 1;0.75;0.5;0.25;0	Paciente que haya obtenido resulta de Escala de adherencia a la medicación de MMAS-8
				Adherencia media	Paciente que haya obtenido resultado en la Escala de adherencia a la medicación de MMAS-8 6-7 puntos		
				Alta adherencia	Paciente que haya obtenido resultado en la Escala de adherencia a la medicación de MMAS-8 8 puntos		

Sexo	Nominal	Condición biológica de la persona	Condición biológica de la persona	Masculino		1	cuestionario
				Femenino		2	
Grupo de edad	Nominal	Tiempo transcurrido desde el momento de nacimiento	Edad cronológica del paciente desde su nacimiento medida en años cumplidos.	18-29 años	Años cumplidos	1	cuestionario
				30-59 años	Años cumplidos	2	
				60- a más	Años cumplidos	3	
Estado civil	Nominal	Condición de una persona que hace vínculos personales con individuos de otro sexo.	Condición de una persona que hace vínculos personales con individuos de otro sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos socialmente.	soltero		1	cuestionario
				casado		2	
				conviviente		3	
				divorciado		4	
Grado de instrucción	Ordinal	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o son incompletos.	Es el grado de estudios alcanzados concluidos o sin concluir.	Sin educación	Años de escolaridad	1	cuestionario
				primaria		2	
				secundaria		3	
				superior		4	

Ocupación	Nominal	Es la tarea o conjunto de tareas que determinan una actividad laboral.	Condición laboral en la que se encuentra una persona	Trabaja		1	cuestionario
				No trabaja		2	

*Anexo C***INSTRUMENTO DEL ESTUDIO****CUESTIONARIO SOBRE: “FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA”**

El siguiente cuestionario contiene preguntas sobre los factores sociodemográficos que se asocian a la adherencia en los pacientes con esquizofrenia. Este es un estudio desarrollado por la alumna de posgrado en la especialidad de enfermería en salud mental y psiquiatría de la Universidad Federico Villarreal.

Se garantizará que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto las investigadoras que manejarán la información obtenida codificarán las encuestas.

Marcar con un aspa (x) o círculo la respuesta que usted considere. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

**I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS**

A Sexo

1) Femenino

2) Masculino

B. Edad del paciente

a) De 18-29 años

b) De 30- 59 años

c) Mayor de 60 años

3.- Grado de instrucción del paciente

a) Sin estudios

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior

4. Estado civil

a) Soltera (o)

b) Casada (o)

c) Divorciada (o)

d) Conviviente

## 5. Ocupación

a) Trabaja

b) No trabaja

**II.-TEST DE MORISKY DE 8 PREGUNTAS**

N	ITEMS			Obser		
1.	¿Olvida tomar su medicina algunas veces?	SI	NO			
2.	Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?	SI	NO			
3.	¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?	SI	NO			
4.	¿Cuándo viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?	SI	NO			
5.	. ¿Se tomó sus medicinas ayer?	SI	NO			
6.	Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿deja de tomar su medicina algunas veces?	SI	NO			
7.	Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?	SI	NO			
8.	¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?	E	D	C	B	A
		1	0.75	0.5	0.25	0