TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

UNIVERSIDAD ANDINA

NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

TESIS PRESENTADA POR:

SHEDY ALFEREZ CONDORI

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

MAGISTER EN SALUD

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

JULIACA – PERÚ

2022

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD

MENCIÓN: SALUD PUBLICA

FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

TESIS PRESENTADA POR:

SHEDY ALFEREZ CONDORI

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

MAGISTER EN SALUD

MENCIÓN: SALUD PUBLICA

APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL JURADO : _____
Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

MIEMBRO DEL JURADO : _____
Dra. PEGGY GRISELDA COA SERRANO

MIEMBRO DEL JURADO : _____
Mgtr. YURY ALCIDES CONDORI CARCASI

ASESOR DE TESIS : _____
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

LINEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA - P42

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0701-2022-USA-EPG-UANCV/J

Juliaca, 09 de noviembre del 2022

VISTOS:
El expediente N° 039157, presentado por el (a) Bachiller, **ALFEREZ CONDORI SHEDY,** con número de DNI. **01316088,** asignado (a) con código de matrícula 26238002, de la **Maestría en SALUD, Mención: SALUD PÚBLICA,** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach. **ALFEREZ CONDORI SHEDY,** con número de DNI. **01316088,** asignado (a) con código de matrícula 26238002, de la **Maestría en SALUD, Mención: SALUD PÚBLICA,** ha solicitado fecha, hora y modalidad de sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.** La misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA - P42.** y;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 10 de Diciembre del 2020. Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – DECLARAR EXPEDITO para la Sustentación de la Tesis titulada **FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.** Elaborado por el (la) Bachiller **ALFEREZ CONDORI SHEDY**. Integrado por los siguientes docentes:

Presidente	:	**Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI**
Primer Miembro	:	**Dra. PEGGY GRISELDA COA SERRANO**
Segundo Miembro	:	**Mgtr. YURY ALCIDES CONDORI CARCASI**
Asesor	:	**Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

ARTÍCULO SEGUNDO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

Fecha	:	**Jueves 24 de noviembre del 2022**
Hora	:	**10:45 a.m.**
Modalidad	:	**Plataforma Virtual EPG - UANCV – JULIACA**

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado de **MAGÍSTER** a los estudiantes que ingresaron **anterior** a la aprobación de la ley Universitaria N° **30220**.

ARTÍCULO TERCERO. - Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO
Dra. María Antonia del Pilar Chambi Catacora
DIRECTORA(e)

UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CACERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSTGRADO
Dra. Graciela Bernal Salas
SECRETARIA ACADEMICA

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

ESCUELA DE POSGRADO UANCV

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 992–2018-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 06 de Octubre del 2018

VISTOS:
El Registro N° **1101** del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Tesis del **MAESTRIA** en **SALUD mención: SALUD PÚBLICA,** del Jurado revisor del Proyecto de Tesis: **FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO.** Presentado por el (a) **Bach. SHEDY ALFEREZ CONDORI, con número de DNI 01316088 y** con Código N° **26238002** para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD mención: SALUD PÚBLICA,** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca;

CONSIDERANDO:

Que, el (a) **Bach. SHEDY ALFEREZ CONDORI,** para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD mención: SALUD PÚBLICA,** de la Escuela de Posgrado ha presentado el Dictamen de Proyecto de Investigación de tesis de **FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO.** Presentado por el (a) **Bach. SHEDY ALFEREZ CONDORI,** para ser registrada en el Libro de Actas de Proyectos de Tesis.

Que, el referido Dictamen de Tesis aprobado por los **jurados el 20 de Agosto del 2018,** se ha registrado en el Folio N° **1101** del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestrías, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de **Magister** y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 74 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- APROBAR el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS DE MAESTRIA,** Titulado, **FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO.** Presentado por el (a) **Bach. SHEDY ALFEREZ CONDORI,** para optar el Grado Académico de **MAGISTER** en **SALUD mención: SALUD PÚBLICA,** y Siendo **Asesorado** por el (a) **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE** y según Acta de Sorteo, la terna de Jurados son los siguientes docentes:

Presidente	:	Dr.	RILDO PAUL TAPIA CONDORI
Primer Miembro	:	Dra.	PEGGY GRISELDA COA SERRANO
Segundo Miembro	:	Mgtr.	YURY ALCIDES CONDORI CARCASI

SEGUNDO.- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **MAGISTER** de la Escuela de Posgrado.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
Collantes Menis
DIRECTOR

Cc /CARGO (01)
ARCHIVO EPG – 2018 (01)
INTERESADO (01)
OCM/aqy

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

SHEDY ALFEREZ CONDORI

FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSP...

TESIS DE MAESTRIAS

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::13016:533593878

Fecha de entrega
27 nov 2025, 15:12 GMT-5

Fecha de descarga
28 nov 2025, 9:26 GMT-5

Nombre del archivo
T036_01316088_M.docx

Tamaño del archivo
16.7 MB

112 páginas

17.029 palabras

94.098 caracteres

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

23% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

15% Fuentes de Internet

3% Publicaciones

16% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

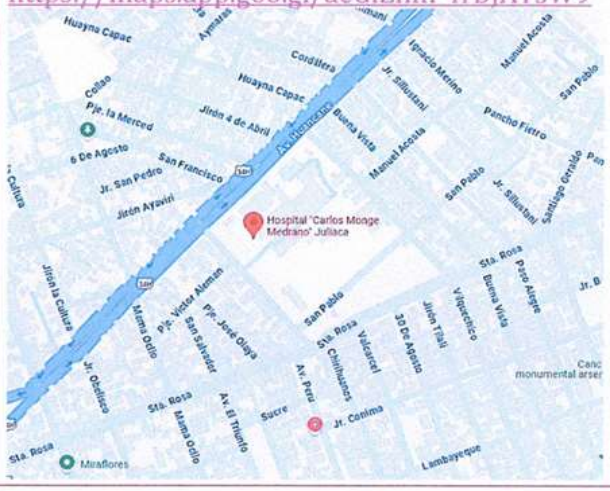
Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	SHEDY ALFEREZ CONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01316088
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-6299-0534
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	RILDO PAUL TAPIA CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	30859137
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6195-2932
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	PEGGY GRISELDA COA SERRANO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40574416
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6904-0807

Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	YURY ALCIDES CONDORI CARCASI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	45446243
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-3205-3309
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P42
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	**Dirección:** Hospital Carlos Monge Medrano **País:** Perú **Departamento:** Puno **Provincia:** San Román **Distrito:** Juliaca -15.48179, -70.12042 https://maps.app.goo.gl/aeGiZhnP4rBJATsW9 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSTGRADO
Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Shedy Alferez Condori, identificado con DNI Nro. 01316088 en mi condición de egresado de:

☐ **Escuela Profesional**

☐ **Programa de Segunda Especialidad,**

☒ **Programa de Maestría o Doctorado**

Salud Pública,

informo que he elaborado el/la ☒ **Tesis** o ☐ **Trabajo de Investigación,** ☐ **Trabajo Académico** denominada:

"Factores relacionados en la Falta de Adherencia al tratamiento de Esquizofrenia en Usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano"

Asesorado por: Elizabeth Vargas Ofre

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 19 de Setiembre del 2024

FIRMA (ASESOR)

FIRMA (obligatoria)

Huella

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

DEDICATORIA

A mis padres por todo su apoyo e infinito cariño…

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, mis amigos, mis asesores y jurados, por todo el apoyo brindado para la elaboración de este documento...

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

ÍNDICE

DEDICATORIA....iii
AGRADECIMIENTO iv
ÍNDICE v
ÍNDICE DE TABLAS viii
ÍNDICE DE FIGURAS xii
RESUMEN xv
ABSTRACT xvi
INTRODUCCIÓN xvii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.2.1. Problema General 3
1.2.2. Problemas Específicos 3
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 3
1.4. OBJETIVOS 4
1.4.1. Objetivo General 4
1.4.2. Objetivos Específicos 4
1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN 4
1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN 5
1.7. HIPÓTESIS 5
1.7.1. Hipótesis General 5
1.7.2. Hipótesis Específicos 5
1.8. ANÁLISIS DE VARIABLES E INDICADORES 5

1.8.1. Conceptualización De Variables 5

1.9. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES 6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 7

2.2. MARCO TEÓRICO 11

2.2.1. Factores Demograficos 11

2.2.2. Tratamiento De Ezquizofrenia 14

2.3. MARCO CONCEPTUAL 30

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. METODO DE INVESTIGACIÓN 32

3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN 33

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN 33

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 33

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA 34

3.5.1. Población 34

3.5.2. Muestra 34

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 35

3.6.1. Técnicas 35

3.6.2. Instrumentos 35

3.7. DATOS ESTADÍSTICOS 36

3.8. PROCEDIMIENTOS 37

3.9. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS 37

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS . 38

4.1.1. Frecuencia De Las Características Personales 38

4.1.2. Frecuencia De Las Caracteristicas Familiares 47

4.1.3. Frecuencia Del Seguimiento De La Enfermedad 49

4.1.4. Contrastación De Hipótesis 52

4.2. DISCUSIÓN 70

CONCLUSIONES 72

RECOMENDACIONES 73

BIBLIOGRAFÍA 74

ANEXOS 79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escala de medición y puntajes del cuestionario sobre el seguimiento del tratamiento de esquizofrenia…….. 36

Tabla 2 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su género……. 39

Tabla 3 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estado civil……. 40

Tabla 4 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel educativo…….. 41

Tabla 5 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estrato social……. 42

Tabla 6 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su desempeño laboral…….. 43

Tabla 7 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de alcohol……. 44

Tabla 8 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de sustancias psicoactivas. 45

Tabla 9 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus edades…….. 46

Tabla 10 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus antecedentes Psiquiatricos en familiares…… 47

Tabla 11 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo y relaciones familiares…….. 49

Tabla 12 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según etapa de inicio de la enfermedad…… 50

Tabla 13 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel del tratamiento…….. 51

Tabla 14 Frecuencia De Los Usuarios Con Tratamiento De Esquizofrenia En El Hospital Carlos Monge Medrano, Según Género Relacionado Con La Falta De Adherencia 52

Tabla 15 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según edades relacionadas con la falta de adherencia…… 54

Tabla 16 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estado civil relacionado con la falta de adherencia…….. 55

Tabla 17 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según nivel educativo relacionado con la falta de adherencia…… 57

Tabla 18 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estrato social relacionado con la falta de adherencia…….. 58

Tabla 19 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según desempeño laboral relacionado con la falta de adherencia 60

Tabla 20 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de alcohol relacionado con la falta de adherencia 61

Tabla 21 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillos) relacionado con la falta de adherencia…….. 63

Tabla 21 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según prueba chi-cuadrado entre las características personales y la falta de adherencia …… 64

Tabla 22 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según antecedentes psiquiátricos en familiares relacionados con la falta de adherencia…… 65

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

Tabla 24 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo en la familia relacionado con la falta de adherencia…….. 67

Tabla 24 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según prueba chi-cuadrado de Pearson entre las características familiares y la falta de adherencia…… 68

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su género..... 36

Figura 2 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estado civil..... 40

Figura 3 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel educativo..... 41

Figura 4 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estrato social..... 42

Figura 5 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su desempeño laboral..... 43

Figura 6 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de alcohol..... 44

Figura 7 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de sustancias psicoactivas..... 45

Figura 8 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus edades..... 46

Figura 9 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus antecedentes psiquiatricos en familiares…… 48

Figura 10 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo y relaciones familiares…….. 49

Figura 11 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según etapa de inicio de la enfermedad…… 50

Figura 12 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel del tratamiento…… 51

Figura 13 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según género relacionado con la falta de adherencia…….. 53

Figura 14 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según edades relacionadas con la falta de adherencia….. 54

Figura 15 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estado civil relacionado con la falta de adherencia 56

Figura 16 Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según nivel educativo relacionado con la falta de adherencia…… 57

Figura 17 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estrato social relacionado con la falta de adherencia……. 59

Figura 18 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según desempeño laboral relacionado con la falta de adherencia……. 60

Figura 19 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de alcohol relacionado con la falta de adherencia……..… 62

Figura 20 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillos) relacionado con la falta de adherencia…….. 63

Figura 21 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según antecedentes psiquiátricos en familiares relacionados con la falta de adherencia……. 66

Figura 22 Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo en la familia relacionado con la falta de adherencia…… 67

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Factores relacionados en la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano”, tiene como objetivo identificar los factores demográficos relacionados con la falta de adherencia del tratamiento de Esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano. La muestra está conformada por 25 usuarios o pacientes atendidos durante los meses de Julio a diciembre del año 2018, su metodología será descriptivo y correlacional se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para probar la hipótesis planteada, donde aceptamos la hipótesis nula (Ho). Se concluyo que si existe relación entre los factores demográficos y la falta de adherencia del tratamiento de Esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, características personales, características familiares, esquizofrenia y no adherencia.

ABSTRACT

The present research work entitled "Factors related to the lack of adherence to Schizophrenia treatment in users of the Carlos Monge Medrano Hospital", aims to identify the demographic factors related to the lack of adherence to the treatment of Schizophrenia in the users of the Carlos Hospital Monge Medrano. The sample is made up of 25 users or patients attended during the months of July to December of the year 2018, its methodology will be descriptive and correlational, the statistical test of Chi-square was used to test the hypothesis raised, where we accept the null hypothesis (Ho). It was concluded that if there is a relationship between demographic factors and lack of adherence to Schizophrenia treatment in users of the Carlos Monge Medrano Hospital.

Keywords: Adherence to treatment, personal characteristics, family characteristics, schizophrenia and non-adherence.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio es sobre Los factores relacionados a la ausencia de cumplimiento con el tratamiento de Esquizofrenia en pacientes hospitalizados Carlos Monge, durante los meses de Julio a diciembre del año 2018.

La enfermedad de Esquizofrenia es considerada como trastornos mentales, iniciándose los síntomas desde la adolescencia y/o adultez temprana, con incoherencias en determinadas funciones cerebrales, siendo su principal síntoma confusiones en juicios de la realidad, teniendo alucinaciones, pensamientos delirantes, conflictos cognitivos (memoria con respecto a la atención y en la memoria ejecutiva), provocando la discapacidad y dependencia de familiares. Para los especialistas es complicado prescribir un tratamiento adecuado porque a la larga estos pacientes no podrán vivir una vida totalmente con calidad. siendo perjudicados en su centro laboral y de estudios, generalmente no podrán tener familia y su entorno familiar se reducirá.

Esta enfermedad es un impacto profundo para la persona que lo padece, es difícil entender que tienes limitaciones por la Esquizofrenia. Cada patología se desarrolla diferente, no siendo igual para cada paciente. Según OMS (Organización mundial de la Salud) manifiesta que cada año se diagnostican de 15 a 30 casos con Esquizofrenia por cada 100.00 habitantes. Su causa es desconocida no es selectiva en cultura y raza. (6)

Donde la adherencia al tratamiento es fundamental para el seguimiento y así obtener éxitos en el tratamiento establecidos en diferentes patologías en la línea de la medicina con respecto a la Esquizofrenia, si abandonamos el tratamiento implicaría el incremento de los trastornos, recaídas, dificultades

para el usuario y/o paciente y en su entorno familiar, siendo un perjuicio en los sucesos de su vida cotidiana.

En consecuencia, El Capítulo I detalla el problema, análisis de la situación problemática, la formulación del problema, la justificación, los objetivos, la relevancia de la investigación, las dificultades y delimitación, las hipótesis y el estudio de variables e indicadores. El Capítulo II presenta el marco teórico, incluyendo los antecedentes, el marco teórico y el marco conceptual, mientras que el Capítulo III detalla la metodología empleada en la implementación operativa del proyecto. El Capítulo IV detalla los resultados definitivos y discusiones

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Esquizofrenia es considerada una de las afecciones más discapacitantes que impacta a las personas. Provoca un efecto significativo en los integrantes de una familia, el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto. Se estima que para el 2020, los casos de Esquizofrenia en América sumarían alrededor de 6 millones de individuos; cifras que ilustran la magnitud de esta enfermedad.

Los expertos en salud, particularmente los psiquiatras, se encuentran cotidianamente con este tipo de pacientes. Es necesario tratar asuntos tan complicados como el estigma que enfrentan, hasta el tratamiento con medicamentos, que a lo largo de los años ha probado ser esencial para la recuperación. Los medicamentos antipsicóticos no solo potencian los conocidos síntomas positivos de la Esquizofrenia, como las alucinaciones y los delirios, sino también los síntomas negativos que son los más debilitantes, dado que un individuo con alogia, anhedonia y/o abulia se deteriora gradualmente.

En mi experiencia como psiquiatra, he demostrado, a través de la observación de pacientes y el análisis de sus historias clínicas, que una

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

persona esquizofrénica sin un adecuado vínculo con el tratamiento se deteriora gradualmente.

Diversas investigaciones mencionan elevados índices de incumplimiento en estos pacientes específicamente. (1), descubrieron que el 74% de pacientes esquizofrénicos tratados de manera ambulatoria dejaron el tratamiento habitual después de dos años.

El tratamiento con fármacos antipsicóticos tradicionales redujo el índice de recaídas de un 75% (sin terapia) a un 20% (con terapia). No obstante, los índices de incumplimiento pueden ascender hasta un 50%, lo que no garantiza que la contribución total de los tratamientos con antipsicóticos sea evaluada de manera integral. G. Mazzotti (1998)

La falta de administración de medicamentos en la Esquizofrenia conlleva repercusiones significativas. Los pacientes que no siguen la terapia presentan un riesgo significativamente superior de recaídas, (Curson et al 1985; Grenn y col, 1988; Haywood y col, 1995). Sus recaídas son más severas, más frecuentes y de mayor duración, y tienen una mayor tendencia a recurrir al suicidio, actos violentos y homicidios (Tanay, E 1987).

Se calcula que el incumplimiento es el causante de al menos un 40% de todas las recaídas (1), sin embargo, información adicional indica que este número puede incrementarse hasta un 73% en situaciones de crisis que necesitan hospitalización. (2)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

PG.- ¿Cuáles son los factores demográficos relacionados con la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano?

1.2.2. Problemas Específicos

PE1.- ¿Cuál son las características personales relacionadas con la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia en los usuarios?

PE2.- ¿Cuál son las características familiares relacionadas con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en los usuarios?

PE3.- ¿Cuál es la edad de inicio de la enfermedad de Esquizofrenia en los usuarios?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se cumplieron los principios éticos básicos del proceso investigativo. Se dará a conocer a la Oficina de Capacitación y Coordinación de Salud Mental, consultorios médicos incluidos en el que se realizaría el estudio de la investigación, se le explicara cuáles son los objetivos generales y se obtendrá su aprobación, así como su compromiso de colaboración.

Para aplicar las técnicas de indagación se utilizará el apoyo del médico y la enfermera, quienes explicaran a los usuarios en qué consistirá el estudio y los beneficios previsibles y se pedirá que expresen su consentimiento de participar en esta. Se protegió la salud, la intimidad y la dignidad de los pacientes.

Se asegurará la confidencialidad de los datos, la privacidad. anonimato y se permitirá la libertad de retirarse de la investigación si lo desean sin que esta decisión repercutiera negativamente en su atención médica.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

OE. - Identificar los factores demográficos relacionados con la falta de adherencia del tratamiento de Esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4.2. Objetivos Específicos

OE1.- Determinar la relación entre características personales y la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia.

OE2.- Determinar la relación entre características familiares y la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia.

OE3.- Establecer la edad de inicio de la enfermedad de Esquizofrenia en los usuarios

1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Es de vital importancia conocer de porque abandonan el tratamiento los usuarios con Esquizofrenia, saber si influye su género, grado de instrucción, condición social, estrato social y etc. Mediante esta investigación podemos aportar seguimientos adecuados que impidan su abandono al tratamiento.

1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizó en el Hospital Carlos Monge Medrano, del Distrito de Juliaca, Provincia de San Román y Departamento de Puno durante el año 2018 en un periodo de 6 meses, considerándose a los usuarios del servicio de Psiquiatría que fueron hospitalizados.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis General

HG. - Existen factores demográficos que se relacionan con la falta de adherencia del tratamiento de Esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.7.2. Hipótesis Específicos

HE1.- Existen características personales que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia.

HE2.- Existen características familiares que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia.

HE3.- La edad de inicio de la enfermedad de Esquizofrenia en los usuarios es en la adolescencia.

1.8. ANÁLISIS DE VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. Conceptualización De Variables

Variable Independiente: Factores demográficos.

Conformada por las características personales, siendo estos géneros, estado civil, nivel educativo, estrato social, desempeño laboral, consumo de alcohol,

consumo de sustancias psicoactivas, edad y en las características familiares tenemos los antecedentes psiquiátricos y la red de apoyo.

Variable dependiente: Tratamiento de esquizofrenia.

Comprende el seguimiento de la enfermedad y atención del usuario, para poder saber los motivos que el paciente tiene para dejar el tratamiento.

1.9. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Variable Independiente: FACTORES DEMOGRAFICOS	Características	Personales	- Género - Estado Civil - Nivel Educativo - Estrato Social - Desempeño Laboral - Consumo de Alcohol - Consumo de Sustancias Psicoactivas - Edad
		Familiares	- Antecedentes Psiquiátricos - Red de apoyo
Variable Dependiente: TRATAMIENTO DE EZQUIZOFRENIA	Seguimiento de la enfermedad	Antecedentes del usuario	- Edad de inicio - Reconocimiento - Consulta externa - Hospitalizaciones previas - Intento de suicidio
		Atención del usuario	- Medicamentos - Eventos adversos - Consultas - Tiempo de entrega de medicamentos - Consumo diario - Suspensión de tratamiento farmacológico - Suspensión de medicamentos

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El comportamiento de las personas frente a la enfermedad y su manejo de los desafíos de salud pueden ser esenciales para el avance de la misma. En este escenario, algo tan básico como seguir las indicaciones del doctor puede producir un cambio significativo. Los individuos que logran acatar correctamente los tratamientos y recomendaciones requeridos por su enfermedad, suelen tener un control más eficaz sobre su salud y pueden mantener o incluso elevar su calidad de vida. Sin embargo, en el ámbito médico, frecuentemente el triunfo de un tratamiento se fundamenta en gran medida en la responsabilidad del paciente, quien tiene un alto grado de independencia en su propio cuidado. Esto puede suponer un desafío, ya que no siempre es fácil que todos lo hagan.

Cuando los enfermos no cumplen la prescripción médica, la enfermedad evoluciona con mayor velocidad, complicándose la salud del paciente. Dificultando determinar si la prescripción está generando los resultados esperados, así mismo impide el tratamiento correcto. Además al no cumplir con la prescripción se generan costos adicionales, en los

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

sistemas de salud, que este estado se ha podido evitar si se cumplía con la prescripción médica en forma adecuada desde el inicio del tratamiento.

En la actualidad, este asunto cobra especial relevancia en el ámbito de las enfermedades crónicas, ya que la inobservancia de los tratamientos no solo causa que el tratamiento no sea eficaz, sino que también eleva los riesgos de sufrir enfermedades y de sufrir fallecimientos. Además, causa un aumento en los costos asociados a la atención médica. Según un informe de 2003 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de cumplimiento de los tratamientos a largo plazo se ha convertido en un reto tanto en aspectos de salud como financieros. En las naciones desarrolladas, solo el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas continúan con sus tratamientos, y esta situación es aún más grave en los países más desfavorecidos, donde la disponibilidad de fármacos es limitada.

Los índices de incumplimiento en la terapia de la psicosis oscilan entre el 40% y el 80%. De acuerdo con Kane (1985), se calculó que entre el 40% y el 50% de los pacientes ambulatorios no cumplen con su medicación de manera apropiada. En estudios subsiguientes, se reveló que uno de cada cuatro pacientes experimenta una recaída debido a la falta de administración de los medicamentos conforme a las indicaciones. Después de un primer episodio de psicosis, entre el 33% y el 44% de los pacientes abandonan el tratamiento con fármacos a los seis meses, y en el primer año, este porcentaje se eleva al 59%.

Para las patologías psiquiátricas, las investigaciones muestran que el 60% de los fármacos se consumen de manera incorrecta o no se finalizan. Además, la mitad de las personas con enfermedades crónicas o que necesitan

tratamientos extensos no respetan adecuadamente las recomendaciones médicas o dejan la medicación por completo. Específicamente, los antipsicóticos exhiben tasas de cumplimiento aún más bajas en comparación con los medicamentos no psiquiátricos.

Según Martín y Grau (1994) y Ginarte (2001), la falta de adherencia al tratamiento tiene consecuencias negativas tanto a nivel personal, como familiar y social. A nivel personal, el paciente puede enfrentar complicaciones y secuelas que aumentan su sufrimiento, además de limitaciones progresivas que se vuelven cada vez más difíciles de controlar. En el ámbito familiar, esta falta de adherencia puede causar alteraciones en el funcionamiento del hogar, llevando a situaciones de crisis. A nivel social, representa un gran costo para las instituciones de salud, ya que los servicios son mal utilizados, se prolongan tratamientos innecesariamente y se generan recaídas y readmisiones que podrían haberse evitado si el tratamiento se hubiera seguido correctamente desde el principio.

Es esencial que los pacientes esquizofrénicos respeten el tratamiento. Se ha comprobado que la administración de antipsicóticos convencionales disminuye las recaídas en un 75% en comparación con aquellos que no son tratados, reduciendo el índice de recaídas del 75% sin medicación a apenas un 20% con el tratamiento correcto. Otros estudios presentan datos parecidos, en los que el índice de recaídas en un año para pacientes con placebo es del 75%, en contraste con el 15% en los tratados con neurolépticos (Trochinsky y colaboradores, 1962; Leff y Wing, 1971; Hogarty y colaboradores, 1974; Kissling y colaboradores, 1991). Esto demuestra la elevada efectividad de la medicación, que sobrepasa a otros procedimientos para evitar recaídas. No

obstante, debido a las elevadas tasas de incumplimiento, la eficacia del tratamiento disminuye debido a las elevadas tasas de incumplimiento.

La falta de cumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia conlleva graves repercusiones. Incrementa la probabilidad de ser hospitalizado, tal como se ha registrado en diversas investigaciones (Curson y col., 1985; Haywood y col., 1995; Serban y col., 1974; Sullivan y col., 1995). Adicionalmente, las recaídas se tornan más habituales, más severas y de larga duración (Johnson y col., 1994, 1989). Incluso, se nota que en estos casos se presentan con más regularidad acciones violentas, como homicidios y suicidios (Cohen y col., 1964; Plannansky y col., 1973; Tanay y col., 1987; Vikkunen y col., 1974). Se calcula que la falta de cumplimiento del tratamiento es la causante de al menos un 40% de todas las recaídas, a pesar de que algunas investigaciones indican que este porcentaje podría ascender hasta el 73% cuando las crisis requieren atención médica.(2).

El tiempo que un paciente lleva tomando el tratamiento también juega un papel clave en el cumplimiento, ya que tiende a disminuir a medida que pasa el tiempo (Kane y col., 1985). Se ha observado que los pacientes que llevan más de 5 años de tratamiento suelen mostrar una adherencia peor en comparación con aquellos que llevan menos de 5 años (Razali y col., 1995, 1991). Esto sugiere que la prolongación del tratamiento puede generar fatiga o desmotivación, lo que afecta la continuidad del tratamiento.

Los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos son otro elemento crucial que favorece la falta de cumplimiento del tratamiento. Los síntomas extrapiramidales, en particular la acatisia, son efectos habituales de los antipsicóticos tradicionales que pueden llevar al paciente a dejar de tomar

la medicación (Mazzotti, 1998). De acuerdo con Van Putten y colaboradores, el surgimiento de una reacción disfórica después de la primera dosis de antipsicótico tiene una fuerte correlación con el incumplimiento subsiguiente del tratamiento, y esta reacción también se vincula con la existencia de acatisia. Se ha propuesto que el cumplimiento del tratamiento puede incrementarse si se informa correctamente al paciente y a su familia acerca de los posibles efectos adversos de los medicamentos y se gestionan de manera precoz y eficaz. La información proporcionada debe ser precisa y comprensible.

Los efectos extrapiramidales son un motivo significativo por el cual los pacientes abandonan el tratamiento, lo que genera la expectativa de que los antipsicóticos atípicos, con menos efectos adversos de este tipo, promuevan una adherencia más efectiva. Una investigación de seguimiento de un año en pacientes con esquizofrenia refractaria reveló que un porcentaje considerablemente superior de los pacientes que tomaron Clozapina persistió en su tratamiento en comparación con aquellos que recibieron Haloperidol (57 % contra 28 %, $p<0,001$). Este descubrimiento indica que los antipsicóticos atípicos, como la Clozapina, podrían ser más eficaces para mantener el cumplimiento del tratamiento. (4)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Factores Demograficos

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico que se caracteriza por alteraciones en la percepción y expresión de la realidad. Además, provoca cambios persistentes en varios aspectos del funcionamiento mental,

especialmente en la conciencia de la realidad, y una desorganización neuropsicológica que dificulta mantener comportamientos motivados y orientados a metas, lo que conlleva a una notable disfunción social. Sin embargo, debido a la variedad de síntomas que pueden presentarse, algunos expertos sugieren que la esquizofrenia no debería considerarse un único trastorno, sino más bien un conjunto de trastornos con diferentes manifestaciones clínicas.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado el incumplimiento de los tratamientos para enfermedades crónicas, como la esquizofrenia, como un asunto de salud pública de gran importancia por sus efectos clínicos y económicos. Para la esquizofrenia, es vital centrarse en incrementar la adherencia al tratamiento, dado que la falta de cumplimiento incrementa el índice de recaídas., que es tres veces superior a lo anticipado. Esto conlleva diversas complicaciones, tales como un incremento en las hospitalizaciones y visitas a urgencias, una disminución en el rendimiento mental, una disminución en la satisfacción vital y una falta de empleo que puede alcanzar el 56% de los pacientes. Además, el incumplimiento del tratamiento está vinculado con comportamientos violentos, un consumo elevado de drogas ilícitas, un incremento del 10% en el comportamiento suicida y un aumento considerable en los gastos de atención médica para estos pacientes.
- Evaluaciones de la literatura han indicado que los índices de incumplimiento del tratamiento pueden oscilar entre el 10% y el 77%, en función de elementos como la estabilidad clínica del paciente, la definición y método de medición de la adherencia, y las particularidades específicas

de la población analizada. Además, se han detectado diversos factores que incrementan la probabilidad de una baja adherencia, tales como mantener una postura negativa hacia el tratamiento o una reacción subjetiva adversa a la medicación, una enfermedad de breve duración, la existencia de comorbilidades, el consumo excesivo de drogas, una relación de poca fortaleza entre el doctor y el paciente, vivir en soledad, los efectos secundarios de los medicamentos y un apoyo familiar limitado.

- Pese a que la esquizofrenia impacta únicamente al 1% de la población global, su tratamiento supone un reto considerable para los sistemas sanitarios, particularmente en naciones occidentales avanzadas, donde representa entre el 1.6% y el 2.6% del gasto total en salud. De estos gastos, el 70% y 80% se asigna a internaciones vinculadas a la enfermedad.

  Una investigación llevada a cabo en Sao Paulo, Brasil, en 1998, estimó que el costo directo de la esquizofrenia llegó a 191.781.327 dólares, lo que equivale al 2.2% del desembolso total de salud del país en dicho año. De este total, únicamente el 11% se aplicó a pacientes en atención ambulatoria, mientras que el 79.2% fue asignado a pacientes internados. Adicionalmente, la esquizofrenia se relaciona con un elevado grado de discapacidad, lo que incrementa aún más el peso económico y social de este trastorno. La esquizofrenia es vista como la octava enfermedad que provoca más discapacidad a nivel global en individuos de 15 a 44 años. A pesar de su importancia, hay una significativa carencia de estimaciones acerca del costo de este trastorno en naciones en desarrollo.

- Evaluar los factores condicionantes que se asocian a la falta de adherencia terapéutica, como las características personales, y factores relacionados con la familia, presencia de enfermedades sistémicas, hospitalizaciones anteriores, reacciones adversas a drogas, consumo de sustancias psicóticas, conductas autolesivas y accesibilidad restringida a establecimientos de salud, considerando la disponibilidad de los medicamentos, dificultando identificar los factores de riesgo para optimizar el tratamiento de la patología. Estas condiciones no solo simplifican la planificación de estrategias más necesarias, y eficaces para poder controlar la enfermedad, así mismo a establecer programas de salud pública. Estos programas deben conducir a los tratamientos de los usuarios, facilitando en la disposición de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y condiciones necesarias que garanticen la adherencia terapéutica adecuada, Así, mejora su calidad de vida y reduce la carga.

2.2.2. Tratamiento De Ezquizofrenia

La etiología de la esquizofrenia es considerada idiopática. Este trastorno mental se inicia a causa de la interacción factores múltiples, entre los que se consideran a los factores ambientales, orgánicos, genéticos, así mismo a determinados escenarios psicosociales. A pesar de que diversas investigaciones manifiestan que se deben a orígenes orgánicos, hasta hoy una etiología veraz que expliquen sus síntomas clínicos. Por lo tanto, se categoriza en los "trastornos funcionales" en vez de los exclusivamente "orgánicos".

No obstante, que los síntomas positivos de la esquizofrenia, tales como alucinaciones y delirios, puedan disminuirse con fármacos apropiados indica una base no solo funcional, sino también neurológica. Un descubrimiento bien fundamentado es la sobreabundancia de dopamina en el cerebro de individuos con esquizofrenia, lo que ha propiciado la creación de terapias que intentan balancear este desequilibrio químico.

Varios estudios han indicado que elementos como la genética, dificultades durante el neurodesarrollo, el ambiente infantil y determinados procesos psicológicos y sociales pueden aportar de manera significativa a la manifestación de la esquizofrenia. Adicionalmente, se ha notado que ciertos fármacos y el uso de sustancias ilícitas pueden provocar o empeorar los síntomas del trastorno.

Desde el punto de vista biológico, un descubrimiento constante es el incremento de la actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica del cerebro en individuos con esquizofrenia. No obstante, la correlación causal precisa entre esta alteración neuroquímica y el surgimiento del trastorno aún es incierta, lo que permite la posibilidad de más estudios sobre la dirección y el carácter de esta vinculación.

Ha sido Tradicional, que este trastorno se ha clasificado en diversos subtipos según las características de los síntomas que priman. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) presentaron cinco clasificaciones primordiales de esquizofrenia, en cambio, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) detalla siete:

1 **Esquizofrenia paranoide**: Se distingue por la preponderancia de delirios de persecución o grandeza, acompañados de alucinaciones auditivas, aunque con una desorganización menor del pensamiento y conducta.

2 **Esquizofrenia desorganizada**: Se caracteriza este tipo de esquizofrenia donde prevalecen el discurso, la desorganización en el comportamiento, la conducta, y lenguaje junto con un cariño inadecuado o superficial.

3 **Esquizofrenia catatónica**: Se caracteriza este tipo de esquizofrenia donde se aprecian alteraciones extremas en la motricidad, como la inmovilización, mutismo, posturas inadecuadas, con agitaciones motoras intensas.

4 **Esquizofrenia indiferenciada**: Se diagnostican a los pacientes cuando los síntomas de los otros tipos específicos no se manifiestan de manera clara, pero se presentan síntomas psicóticos de gran importancia.

5 **Esquizofrenia residual**: este tipo se considera cuando existe una baja de los síntomas positivos (delirios, alucinaciones), pero con una presencia continua de síntomas negativos

La CIE incorpora otras clasificaciones más precisas de acuerdo a distintas manifestaciones clínicas o criterios de diagnóstico, pero todas ellas evidencian la complejidad y variabilidad de este trastorno.

La Organización Mundial De La Salud (OMS)

- **Depresión post esquizofrénica:** Este tipo se caracteriza cuando el paciente de presentar una depresión prolongada después del padecimiento de un trastorno de esquizofrénico. En dichos pacientes, las manifestaciones depresivas suelen ser duraderas y pueden prolongarse por un periodo significativo. Por lo general, las manifestaciones de

depresión no tienen la intensidad o severidad requerida para diagnosticar de mayor gravedad, pero sí pueden tener impacto de manera significativa en el paciente tanto en lo emocional y la calidad de vida del paciente. Esta alteración es menos severa que una depresión grave, pero es importante tratarlo en forma correcta garantizando una recuperación optima que mejore la calidad de vida después de los episodios de esquizofrenia.

- **Esquizofrenia simple:** Este tipo se manifiesta por un inicio insidioso, o sea, sus síntomas se inician de una manera lenta y poco perceptible, sin que se inicie de una aparición brusca o dramática de estos. En contraste con otros tipos de esquizofrenia, este tipo no se manifiestan alucinación (percepciones falsas como oír voces o ver objetos que no existen) ni delirios (pensamientos equivocados que no se fundamentan en la realidad).
- Este tipo de esquizofrenia se perciben de una forma menos psicótica de otros tipos, donde las manifestaciones son más severas de los trastornos, como la pérdida de conectarse con la realidad, este tipo son menos notorios. No obstante, prevalecen los síntomas negativos, los cuales representan una reducción o pérdida de funciones normales, tales como:
- **Apatía** (falta de interés en actividades cotidianas)
- **Aislamiento social** (evitar la interacción con otras personas)
- **Anhedonia** (incapacidad para experimentar placer o disfrute)
- **Pobreza en el habla** (respuestas limitadas o breves)
- **Desmotivación general** (dificultad para iniciar tareas o proyectos)
- Debido a la ausencia de síntomas psicóticos intensos, este tipo de esquizofrenia a menudo pasa desapercibido durante más tiempo, pero

puede tener un impacto significativo en la vida social, emocional y funcional de la persona afectada.

Normalmente, un individuo con esquizofrenia manifiesta síntomas como lenguaje y pensamientos perturbados, delirios, alucinaciones, cambios emocionales y conductas atípicas. No obstante, no existe un signo o síntoma específico de esta enfermedad. La esquizofrenia engloba una serie de síntomas que se clasifican en categorías basándose en los aspectos clínicos más sobresalientes de cada situación.

Para diagnosticar los pacientes con esquizofrenia, donde deben mantenerse los síntomas mínimos de un mes en un periodo de seis meses. Si este periodo es inferior, se considera “trastorno” “esquizofreniforme”.

Este trastorno se caracteriza por presentar los síntomas en dos categorías principales: las positivas y las negativas.

Los síntomas positivos: Estos pacientes con síntomas positivos se caracterizan por presentar vivencias que prevalecen la realidad del paciente, como los delirios y fantasías.

Los síntomas negativos: Estos pacientes con síntomas negativos se caracterizan por la disminución de la falta de funciones habituales, tales como la indiferencia, el aislamiento social o la ausencia de manifestación de emociones.

Esta clasificación permite entender las diversas formas en que la esquizofrenia se manifiesta y la elaboración de tratamientos más adecuados para cada persona.

El diagnóstico de la esquizofrenia se lleva a cabo a través de un examen minucioso de los signos y síntomas que muestra el individuo, además

de un análisis exhaustivo de sus vivencias y experiencias. Es crucial recolectar información de todas las fuentes existentes, tales como familiares, amigos, vecinos o compañeros de trabajo, para adquirir una visión integral de la circunstancia.

En la actualidad, no existen exámenes de laboratorio ni investigaciones de imágenes que corroboren de manera directa el diagnóstico de esquizofrenia. No obstante, estas pruebas pueden ser valiosas para descartar otras posibles afecciones o situaciones que podrían justificar los síntomas, tales como alteraciones neurológicas o metabólicas. Por ende, el enfoque clínico es el elemento esencial para detectar esta condición.

En cuanto al tratamiento, los antipsicóticos son los fármacos de primera línea utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia. Se clasifican en:

a) **Antipsicóticos típicos:** Principalmente operan bloqueando los receptores de dopamina, lo que resulta esencial para disminuir los síntomas de la psicología como las alucinaciones y los delirios. No obstante, su eficacia fluctúa entre individuos y no todos los síntomas reaccionan de igual forma al tratamiento. Esto implica que, a pesar de que pueden ser beneficiosos para regular algunos aspectos de la enfermedad, no constituyen una respuesta universal.

   Uno de los mayores desafíos con estos medicamentos es su asociación con efectos secundarios extrapiramidales, que afectan el sistema motor. Entre ellos se incluyen:

- **Distonía**: contracciones musculares involuntarias que pueden ser dolorosas y provocar posturas anormales.

- **Síntomas parkinsonianos**: rigidez muscular, temblores y movimientos lentos, similares a los del Parkinson.
- **Acatisia**: una sensación constante de inquietud que dificulta mantenerse quieto.

  Además, uno de los efectos secundarios más preocupantes es la **discinesia tardía**, un trastorno crónico del sistema nervioso que se manifiesta con movimientos involuntarios, generalmente en la cara, la lengua y la mandíbula, como muecas o sacudidas. Este efecto puede aparecer después de un uso prolongado y, en algunos casos, es irreversible, lo que subraya la necesidad de un seguimiento médico riguroso durante el tratamiento.

b) Antipsicóticos atípicos: Son fármacos contemporáneos muy empleados, particularmente para el tratamiento del primer episodio de psicosis. Estos medicamentos, también denominados de segunda generación, suelen ser preferidos por su perfil más beneficioso en comparación con los antipsicóticos convencionales, dado que poseen una menor posibilidad de provocar efectos secundarios extrapiramidales, como rigidez muscular o temblores.

La estrategia inicial con estos fármacos es cautelosa, aumentando gradualmente la dosis. Esto no solo se atribuye a su efectividad en la gestión de los síntomas psicóticos, sino también a su habilidad para conseguir la remisión con dosis reducidas en numerosas situaciones. No obstante, no están exentos de efectos adversos, que incluyen:

- **Aumento de peso**: frecuente y puede contribuir a problemas metabólicos.
- **Dislipidemias**: alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos.

- **Agranulocitosis**: una condición rara pero grave que reduce significativamente los glóbulos blancos, más asociada a la clozapina.
- **Convulsiones**: en casos menos comunes.

Dada esta variedad de posibles efectos adversos, es crucial realizar un seguimiento médico constante, especialmente para vigilar la salud metabólica y, en el caso de la clozapina, realizar análisis regulares de sangre para prevenir complicaciones como la agranulocitosis. Esto permite optimizar los beneficios del tratamiento mientras se minimizan los riesgos.

c) **Las benzodiacepinas** Estos medicamentos lo podemos utilizar, tanto de manera individual combinado con los antipsicóticos, esencialmente para regular la agitación, los desórdenes mentales, las ideas delirantes y las alucinaciones. Su funcionamiento se fundamenta en promover la neurotransmisión del GABA, el neurotransmisor inhibitorio principal del sistema nervioso, lo que, de manera indirecta, puede disminuir la actividad dopaminérgica. Esto las hace un recurso valioso para gestionar determinados síntomas en el marco de la psicosis o la esquizofrenia.

A pesar de que se pueden poner en dosis altas para lograr efectos de calma más rápidos, su eficacia como tratamiento principal es restringida. En la mayoría de las situaciones, las benzodiacepinas resultan más eficaces como un complemento a los antipsicóticos, contribuyendo a potenciar los efectos de estos últimos. No obstante, la reacción al tratamiento con benzodiacepinas es variable.

varía considerablemente entre individuos, por lo que su administración debe adaptarse con cautela. Considerando su capacidad para provocar

adicción y efectos adversos, como somnolencia, debilidad muscular o dificultades de coordinación, es crucial que su gestión esté rigurosas supervisadas por expertos en salud. Esto garantiza un equilibrio apropiado entre las ventajas y los potenciales riesgos vinculados.

De acuerdo con el Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia (GEOPTE), antes de la aparición de los primeros medicamentos antipsicóticos, los individuos con esquizofrenia a menudo eran recluidos en residencias durante extensos periodos, frecuentemente por toda la vida. En estos sitios, la meta principal era regular sus comportamientos y disminuir el estrés, aunque esto implicaba un aislamiento extendido de sus familias y de la comunidad.

La aparición de los antipsicóticos clásicos significó una transformación drástica. Estos fármacos han probado su eficacia, en particular para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia, tales como las alucinaciones y los delirios. Este progreso permitió que numerosos pacientes mantuvieran un control más efectivo de sus síntomas, lo que facilitó una disminución considerable del tiempo de hospitalización.

No solo se redujo el número de individuos residiendo de manera permanente en instituciones, sino que también se posibilitó que los pacientes volvieran a sus viviendas y permanecieran más tiempo con sus familias.

Esta transformación no solo incrementó el bienestar de los pacientes, sino que también señaló el comienzo de una perspectiva más humanizada en el manejo de la esquizofrenia, dando prioridad a la reinserción social y el equilibrio emocional.

La aparición de los antipsicóticos atípicos ha significado un progreso significativo en la terapia de la esquizofrenia, dado que no solo son efectivos para regular los síntomas positivos, como las alucinaciones y los delirios, sino que también han evidenciado mejoras notables en los síntomas negativos (como la apatía y el aislamiento) y en las capacidades cognitivas. Además, poseen un perfil de tolerancia más positivo, lo que facilita su aceptación por parte de los pacientes. Todo esto ha facilitado que numerosas personas con esquizofrenia alcancen un nivel de funcionalidad superior en su vida cotidiana, aproximando más a la meta de una recuperación completa.

No obstante, estas ventajas dependen en gran parte de que los pacientes atiendan el tratamiento de forma correcta. Es fundamental el cumplimiento de la medicación, dado que representa el fundamento de prácticamente todas las intervenciones terapéuticas para la esquizofrenia. Sin una correcta observancia, resulta complicado mantener el control de los síntomas y lograr las metas de mejora funcional y mejora de la calidad de vida. Por esta razón, el respaldo de expertos en salud, familiares y el entorno social es esencial para asegurar que el tratamiento continúe de manera constante y eficaz.

La **Conferencia de Brugge**, En 1989, tuvo lugar en Bélgica, marcando un punto de inflexión en la psiquiatría, ya que fue la primera convención internacional enfocada específicamente en definir pautas para prevenir recaídas en trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia. En esta conferencia, se resaltó la relevancia crucial de la adherencia al

tratamiento, reconociéndola como un elemento esencial para el triunfo de cualquier intervención psiquiátrica.

Este método innovador enfatizó que, sin importar la eficacia de los fármacos o terapias existentes, su efecto se basa directamente en que los pacientes atiendan el tratamiento de forma constante. Una correcta adherencia no solo contribuye a manejar los síntomas, sino que también disminuye considerablemente el peligro de recaídas, eleva la calidad de vida y posibilita que las personas conserven un alto grado de funcionalidad en su ambiente diario.

Desde aquel momento, la dedicación a la adherencia se ha transformado en un elemento clave de los planes de tratamiento y en una meta esencial en el cuidado de las personas con trastornos mentales.

De acuerdo con Haynes y sus colegas (1979), la adherencia se describe como el nivel al que la conducta de un individuo se alinea con las recomendaciones ofrecidas por expertos en salud. A pesar de que numerosas investigaciones han centrado su atención en el cumplimiento de la medicación, este principio trasciende mucho más. Significa no solo tomar los fármacos prescritos de manera adecuada, sino también adoptar un enfoque holístico en el cuidado de la salud.

La adherencia abarca múltiples aspectos, como:

- **Asistir a las citas programadas** con los profesionales de la salud.
- **Tomar los medicamentos** siguiendo las dosis, horarios y pautas indicadas.
- **Realizar cambios en el estilo de vida**, como mejorar la alimentación,
- hacer ejercicio o dejar de fumar.

- **Completar estudios de laboratorio o pruebas diagnósticas** solicitadas como parte del seguimiento médico.
- **Participar activamente en tratamientos psicológicos**, cuando son parte del abordaje terapéutico.

Este concepto amplio de adherencia reconoce que el éxito del tratamiento no depende solo de la medicación, sino de un compromiso integral con todas las recomendaciones de salud. Este enfoque es clave para mejorar resultados terapéuticos, prevenir complicaciones y optimizar la calidad de vida de los pacientes. La no-adherencia se define como la incapacidad de seguir las instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o por descuido. En el caso de los pacientes con trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia, la falta de adherencia a la terapia farmacológica representa un desafío importante que afecta directamente los resultados del tratamiento.

Las repercusiones de esta falta de cumplimiento son importantes y cubren varios aspectos de la vida del paciente, tales como:

- **Recaídas frecuentes**, que dificultan la estabilidad del cuadro clínico.
- **Aumento en hospitalizaciones y visitas a urgencias**, reflejo de un peor control de la enfermedad.
- **Deterioro del funcionamiento mental**, que afecta tanto las habilidades cognitivas como emocionales.
- **Menor satisfacción con la vida**, lo que puede impactar su bienestar general.
- **Mayor ausentismo laboral**, dificultando su integración social y económica.

- **Incremento en el uso de sustancias ilícitas**, lo que agrava aún más los problemas de salud.
- **Mayor riesgo de conductas suicidas**, relacionado con la inestabilidad emocional.

Aumento de los costos en atención médica, por la demanda de intervenciones más rigurosas y regulares.

Enfrentar la no-adherencia no solo significa instruir al paciente acerca de la relevancia de mantener el tratamiento, sino también reconocer y tratar los obstáculos que puedan obstaculizarlo, tales como efectos adversos de los medicamentos, ausencia de respaldo social o ignorancia acerca de su patología. Es imprescindible un enfoque completo y personalizado para potenciar la adherencia y, en consecuencia, los resultados del tratamiento.

Evaluar el **cumplimiento terapéutico** en pacientes con esquizofrenia es un desafío complejo, debido a varias limitaciones metodológicas. Entre los principales obstáculos se encuentran:

- **Resistencia a admitir la falta de adherencia**: Numerosos pacientes, particularmente en un ambiente clínico, suelen no comunicar al doctor que han abandonado el tratamiento, bien sea por miedo, vergüenza o desconfianza.
- **Falta de métodos fiables para medir concentraciones sanguíneas**: A pesar de que los estudios sanguíneos podrían proporcionar datos, no hay métodos prácticos y accesibles que permitan establecer de forma consistente el grado de cumplimiento con la medicación en la vida diaria.A pesar de que los estudios sanguíneos podrían proporcionar datos, no hay

métodos prácticos y accesibles que permitan establecer de forma consistente el grado de cumplimiento con la medicación en la vida diaria. Las herramientas existentes para evaluar la adhesión son diversas, pero ninguna resulta totalmente eficaz. Esto ocurre porque la adherencia comprende dos dimensiones fundamentales:

1. **Cumplimiento de la dosis**: Tomar el medicamento en la cantidad indicada.
2. **Forma de administración**: Seguir el horario y las instrucciones específicas de uso.

No hay un método único que pueda medir de manera confiable ambas dimensiones. Algunos enfoques incluyen:

- **Autoinformes**: Son simples de manejar, no obstante, pueden no ser precisos debido a los prejuicios del individuo.
- **Cuestionarios estandarizados**: Analizan patrones de cumplimiento, aunque se basan en la sinceridad y la percepción del paciente.
- **Revisión de recetas**: Ofrece información objetiva acerca de la dispensación, pero no garantiza que el fármaco se haya ingerido.
- **Monitoreo farmacológico**: A pesar de ser exacto, resulta costoso y poco accesible para su uso común.

Por lo tanto, el monitoreo de la adherencia demanda un enfoque holístico, que integre la observación clínica, la comunicación franca con el paciente y herramientas tecnológicas, como aparatos de seguimiento o recordatorios, para vencer estas restricciones.

La adherencia **a un tratamiento** puede evaluarse mediante **métodos directos** o **indirectos**, cada uno con sus ventajas y limitaciones.

Métodos directos

Son más exactos, pero también más costosos y complicados de realizar.

poner en marcha de manera regular. Incorporan:

Análisis de sangre o orina: Establecen la concentración del contenido del medicamento en el organismo, lo que facilita la comprobación de si las dosis son correctas.

las que se administran son apropiadas.

- **Observación directa**: Se controla el tratamiento del paciente con su medicación, aunque esto a menudo es infrecuente fuera de contextos regulados.
- **Métodos indirectos:** A pesar de ser más asequibles, estos procedimientos son menos exactos y poseen restricciones para asegurar que el fármaco se haya consumido de manera correcta o en los periodos establecidos. Modelos:
- **Revisión de expedientes clínicos**: Facilita el análisis del registro de tratamientos e intervenciones médicas..
- **Monitorización de la respuesta clínica**: Analiza si el paciente presenta progreso, aunque los resultados pueden variar en función de otros elementos.
- **Autoinforme del paciente**: Es fácil de implementar, pero puede ser perjudicado por prejuicios o falta de memoria.
- **Conteo de medicamentos**: Se revisa la cantidad de pastillas sobrantes, pero no asegura que hayan sido consumidas correctamente.
- **Registros de farmacia**: Comprobar si el paciente ha adquirido sus recetas, pero no verifica el cumplimiento del tratamiento..

- **Dispositivos de monitoreo electrónico**: Indican la apertura de recipientes o la utilización de aparatos de dosificación, aunque tampoco aseguran el consumo.
- **Evaluación con herramientas especializadas**: Instrumentos o encuestas creadas específicamente para evaluar el cumplimiento en enfermedades como la esquizofrenia.

La utilización de estas herramientas puede contribuir a detectar problemas de adherencia y sus razones particulares, tales como el olvido, los efectos secundarios, la sensación de ineficacia o la existencia de otros síntomas. No obstante, los métodos indirectos poseen restricciones, dado que no consiguen determinar con exactitud si los fármacos se consumieron en los periodos adecuados o si efectivamente se consumieron. Por lo tanto, fusionar diversas técnicas y mantener una comunicación franca con el paciente suele ser la táctica más eficaz para tratar el problema de forma eficaz.

Se creó la escala para evaluar el cumplimiento terapéutico denominada Rating of Medication Influences (ROMI), con el objetivo de examinar las posturas de los pacientes respecto al consumo de medicamentos. Esta herramienta comprende tres subescalas centradas en elementos que promueven el cumplimiento (Prevención, Influencia externa, Idoneidad a la medicación) y cinco subescalas dirigidas a detectar razones de incumplimiento (Negativismo/Disforia, Problemas logísticos, Resistencia a la etiqueta, Influencia familiar y Alianza terapéutica negativa).

La ROMI es muy valiosa en el ámbito clínico ya que facilita la valoración de cómo los pacientes perciben el acto de consumir sus fármacos y comprender las causas de sus elecciones. Además, hay una versión en

español ya implementada, lo que simplifica su utilización en entornos de habla hispana y expande su aplicación en diversos contextos terapéuticos.

En 1986, Morisky y su equipo realizaron una investigación con el objetivo de examinar las características psicométricas, además de la validez concurrente y predictiva, de una herramienta de autorreporte creada para evaluar el cumplimiento del tratamiento. Esta evaluación, que consta de únicamente cuatro interrogantes, analiza elementos esenciales como: si el paciente se olvida de tomar el fármaco, si lo toma en el momento establecido, si interrumpe la medicación al sentirse bien o si la deja al sentirse mal..

Este cuestionario, ampliamente corroborado en su versión en español, se ha vuelto uno de los más empleados en investigaciones de cumplimiento. Se ha utilizado en estudios vinculados con fármacos antihipertensivos, antirretrovirales para el SIDA, osteoporosis y desórdenes emocionales bipolARES. Además, se han llevado a cabo investigaciones para valorar su efectividad en el día a día clínico, incluyendo versiones alteradas como las sugeridas por Smith y su equipo en 2006. Estas investigaciones corroboran la eficacia de la herramienta para detectar problemas de cumplimiento en pacientes con enfermedades crónicas, por lo que se aconseja incorporarla como un método de tamizaje constante en la atención médica cotidiana.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

ADHERENCIA: La OMS percibe la adherencia como procesos que llevamos a cabo para cumplir con el tratamiento prescrito. Esto implica consumir los medicamentos conforme a las prescripciones médicas, considerando la constancia en mantener la medicación durante el tratamiento establecido..

ALUCINACIÓN: Se refiere al acompañamiento de ideas delirante y fugaces, sin ideas definidas, persistencias de ideas sobrevaloradas de manera permanente, ya sea durante meses o semanas.

TRATAMIENTO: Concretamente, el tratamiento actual para la esquizofrenia se originó en los años 50, con la divulgación de las repercusiones antipsicóticas por parte de Deniker y Delay. Tratándose a través de fármacos específicos.

DIAGNÓSTICO: La esquizofrenia muestra características específicas de su estado clínico, historial del paciente y factores de riesgo, por lo que se pueden descartar otros síntomas distintos a la esquizofrenia a través de diagnósticos específicos.

ESQUIZOFRENIA: Se trata de manifestar trastornos mentales complejos que surgen de pacientes con sensibilidad genética, ya sea durante la adolescencia o la adultez. Los factores de riesgo incluyen historial familiar, progenitores mayores de 60 años, entre otros.

ESTRESORES: Se refiere a sucesos diversos, personas u objetos y circunstancias que se interpretan como estímulos o eventos que acaban generando respuestas de estrés en la persona..

IDEAS DELIRANTES: Se refiere a la persistencia de conceptos totalmente inalcanzables, junto con la ideología política o religiosa, representaciones sobrehumanas y habilidades..

NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Persona que no respeta el tratamiento asignado cada día durante un mes o meses.

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. METODO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo, corresponde a una investigación científica descriptivo correlacional. El grupo de estudio incluye a pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que son parte del Hospital Carlos Monge Medrano, a los que se les aplicó un cuestionario para evaluar los factores relacionados con la inobservancia del tratamiento.

Descriptivo. Mediante este método se describió los factores demográficos y el tratamiento de esquizofrenia en los pacientes diagnosticados que acudieron al Hospital Carlos Monge Medrano. El estudio descriptivo se enfocó en entender las circunstancias, tradiciones y posturas dominantes mediante la descripción precisa de las actividades, objetos, procesos y individuos.

Correlacional. El estudio de correlación se enfocó en establecer el nivel de correlación entre dos o más variables de interés en una misma muestra de individuos, o el nivel de correlación entre dos fenómenos o sucesos observados. En el caso de una muestra de individuos, el investigador evalúa la existencia de las variables que busca vincular y posteriormente las vincula a través del método estadístico de análisis de correlación.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, correlacional; asociando los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento de la Esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el periodo Julio a diciembre del 2018.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Siendo su nivel de investigación correlacional, donde las variables para este estudio son factores demográficos y el tratamiento de esquizofrenia fue relacionadas mediante la prueba estadística de Chi cuadrada.

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

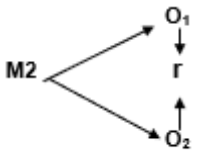
El diseño no Experimental consistió en relacionar los datos que se encontraron en la investigación mediante análisis documentales y observacionales.

El diseño de investigación transversal o transeccional implicó en la recopilación de datos en un solo momento. Su objetivo es detallar las variables examinando su incidencia o relación en instante especifico.

El diseño Descriptivo se lleva a cabo con la finalidad de detallar e interpretar los valores que evidenciarán las variables de estudio.

El diseño de investigación Relación Correlacional se utilizó para establecer vínculos entre dos o más categorías, conceptos o variables en un instante específico. También se refiere a descripciones y a sus relaciones..

Diseño específico: Descriptivo-correlacional:



Donde:

M: Muestra

O_1: Observar Variable 1

O_2: Observar Variable 2

r: Correlación entre dichas variables

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población

Compuesta por usuarios que fueron atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano en el Servicio de Psiquiatría. Dichos pacientes que ingresaron en este hospital en forma temporal y/o permanente, con diagnóstico de Esquizofrenia, durante el II semestre del año 2018.

3.5.2. Muestra

El muestreo se realizo de manera secuencial o consecutiva de individuos diagnosticados con esquizofrenia, ya sean de consulta externa o hospitalizada. Estos se recolectaron desde el comienzo del estudio, de manera diaria, hasta alcanzar el tamaño de la muestra necesario, durante el II semestre 2018.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres de 18 a 65 años que han sido diagnosticados con Esquizofrenia según los estándares del DSM-IV, evaluados durante el periodo de estudio, en el servicio de consulta externa y hospitalización del Hospital Carlos Monge Medrano.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con afecciones neurológicas, trastornos mentales y pacientes que proporcionaran datos incoherentes o parciales, y que no se pudiera completar con la historia clínica o con la información del cuidador.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.6.1. Técnicas

Encuesta. Se realizó a los pacientes psiquiátricos que se han hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Carlos Monge Medrano.

Historias clínicas. Documentos en donde describen los datos del paciente.

3.6.2. Instrumentos

a) **Cuestionario sobre los factores demográficos:** Dividiéndose en dos características personales y familiares. En donde el género, estado civil, nivel educativo, estrato social, desempeño laboral, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, edad son las características personales. Antecedentes psiquiátricos y la red de apoyo son características familiares. El instrumento es la adaptación del instrumento validado por Medina, M., Zepeda, G. y Redondo, R. (1985) en la investigación sobre: Patología familiar del Pacientes Psiquiátrico del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita. (Anexo 1)

b) Cuestionario sobre el tratamiento de esquizofrenia: Este cuestionario Se fundamenta en el Test de Morisky - Green, cuyo objetivo es evaluar las actitudes del paciente respecto al tratamiento que está recibiendo. Considerando que dos de las variables previas están incluidas en este, se generó una nueva variable de adherencia fusionando las tres variables previas. Se considera al individuo como no adherente al tratamiento farmacológico si presenta una sola respuesta que señale la interrupción del consumo del fármaco en cualquier instante de su vida. La herramienta es la modificación del instrumento que Medina, M., Zepeda, G. y Redondo, R. (1985) validaron en su estudio sobre: Pacientes psiquiátricos del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita presentan patologías familiares. (Apendice 1)

Tabla 1

Escala de medición y puntajes del cuestionario sobre el seguimiento del tratamiento de esquizofrenia.

	ESCALA	PUNTAJE
1	TOTAL	27 – 33
2	PARCIAL	25 – 26
3	NO ADHERENCIA	20 - 24

3.7. DATOS ESTADÍSTICOS

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para analizar los datos descriptivos, mientras que para los datos numéricos se utilizaron medidas de tendencia central como la media aritmética, desviación estándar y percentiles. Se utilizó como estadígrafo para la evaluación de la hipótesis la prueba de Chi cuadrado de Pearson (X2). El grado de confianza utilizado será del 95% y la probabilidad de equivocación será del 5%.

3.8. PROCEDIMIENTOS

3.8.1. Coordinaciones

Previo permiso de la Coordinación del Programa de Salud Mental y en pacientes que hayan cumplido con los criterios de inclusión con la debida autorización o consentimiento informado por escrito para la realización de la misma.

3.9. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

Los hallazgos se obtuvieron mediante el análisis estadístico utilizado en el presente estudio, cuyo estadista es la prueba del chi cuadrado. Los resultados se obtuvieron utilizando el software SPSS versión 22, con presentaciones de tablas y una interpretación correspondiente de cada uno de los cuadros correspondientes. Con una probabilidad de equivocación del 5% y una confianza del 95%. La magnitud de significación α = 0.05.

Para la reorganización y el estudio de los datos obtenidos, se empleó la presentación anterior con números y porcentajes. En esta, la interpretación de los resultados se estableció por el tipo de estudio de causa y efecto que se aplicó al análisis del estadístico Chi cuadrado.

Prueba de hipótesis:

Se realizó mediante la Prueba estadística Chi Cuadrado

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^{k}\sum_{j=1}^{m}\frac{\left(O_{ij} - E_{ij}\right)^2}{E_{ij}}$$

Donde:

O_{ij}: Número observado de casos clasificados en la fila i de la columna j.

E_{ij}: Número de casos esperados.

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1.1. Frecuencia De Las Características Personales

En esta parte de los resultados evaluamos su género, estado civil, nivel educativo, estrato social, desempeño laboral, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas y edad de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Indicador 1: Género de los pacientes atendidos.

Según la Tabla 2 y Figura 1, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 60% (15) corresponden al género “masculino” y el 40% (10) corresponden al género “femenino”.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

Tabla 2

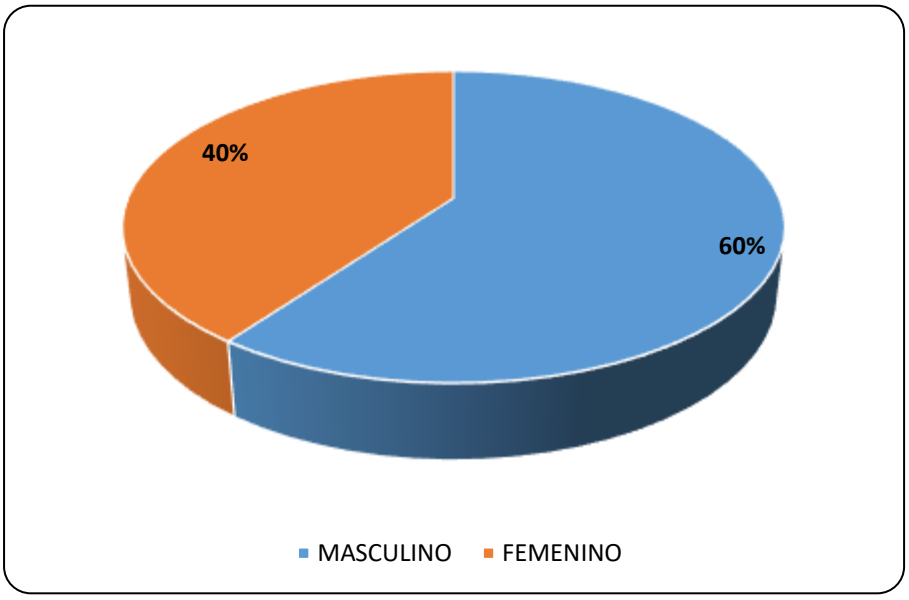
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su género.

	f	%
MASCULINO	15	60
FEMENINO	10	40
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 1

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su género.



Fuente: Tabla 2

Indicador 2: Estado Civil de los pacientes atendidos

Según la Tabla 3 y Figura 2, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 84% (21) corresponden al estado civil “soltero”, el 8% (2) corresponden al estado civil “separado”, el 4% (1) corresponden al estado civil “casado” y el 4% (1) corresponden al estado civil “unión libre”.

Tabla 3

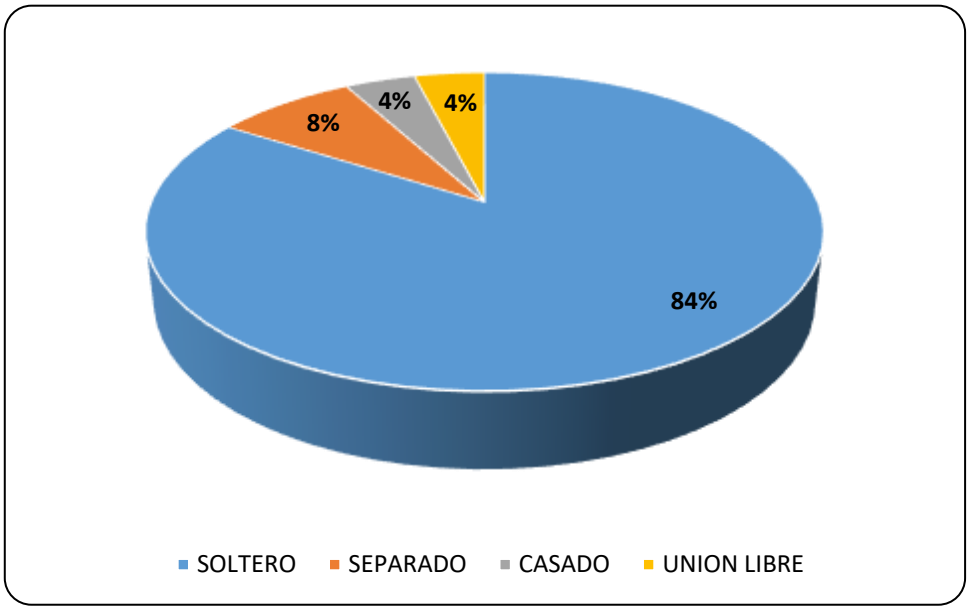
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estado civil.

	f	%
SOLTERO	21	84
SEPARADO	2	8
CASADO	1	4
UNION LIBRE	1	4
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 2

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estado civil



Fuente: Tabla 3

Indicador 3: Nivel educativo de los usuarios atendidos.

Según la Tabla 4 y Figura 3, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 48% (12)

corresponden al nivel educativo “primaria”, el 36% (9) corresponden a “ningún” nivel educativo y el 16% (4) corresponden al nivel educativo “secundaria”.

Tabla 4

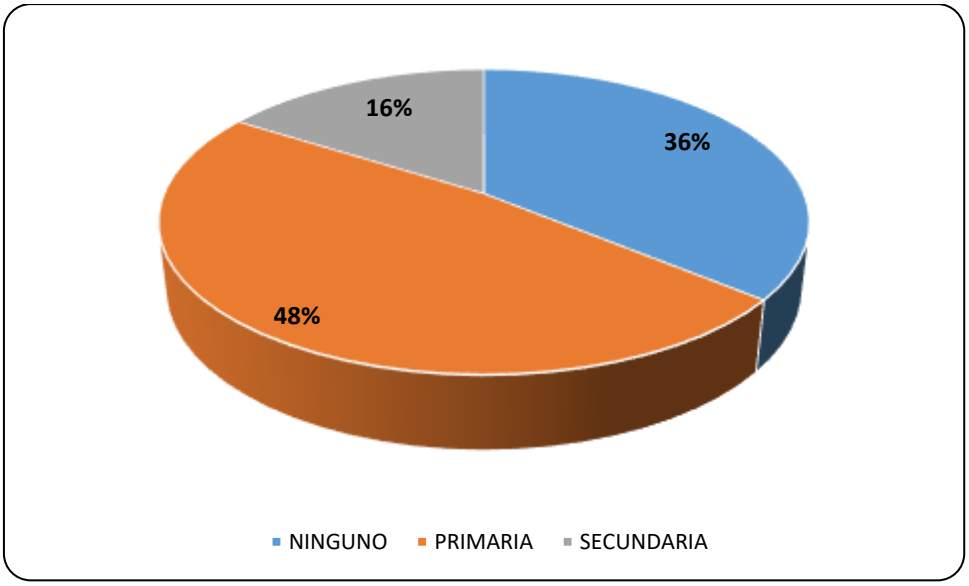
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel educativo.

	f	%
NINGUNO	9	36
PRIMARIA	12	48
SECUNDARIA	4	16
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 3

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel educativo.



Fuente: Tabla 4

Indicador 4: Estrato social de los usuarios atendidos.

Según la Tabla 5 y Figura 4, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 92% (23)

corresponden al estrato social “I y II” y el 8% (2) corresponden al estrato social “III y IV”.

Tabla 5

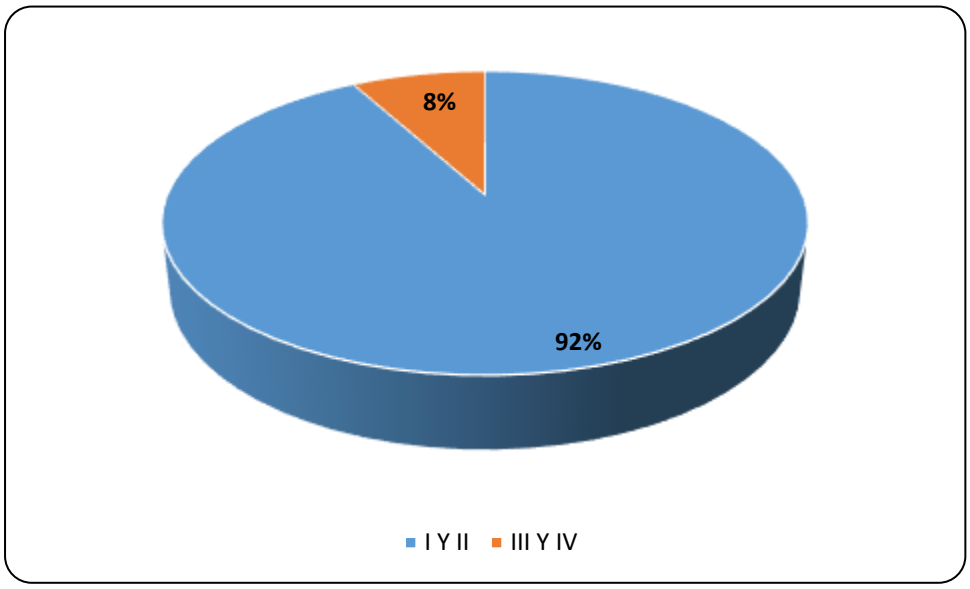
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estrato social.

	f	%
I Y II	23	92
III Y IV	2	8
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 4

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su estrato social.



Fuente: Tabla 5

Indicador 5: Desempeño laboral de los usuarios atendidos.

Según la Tabla 6 y Figura 5, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 40% (10) corresponden al desempeño laboral de “no trabaja”, el 28% (7) corresponden

al desempeño laboral “aceptable”, el 24% (6) corresponden al desempeño laboral “bueno” y el 8% (2) corresponden al estrato social “sobresaliente”.

Tabla 6

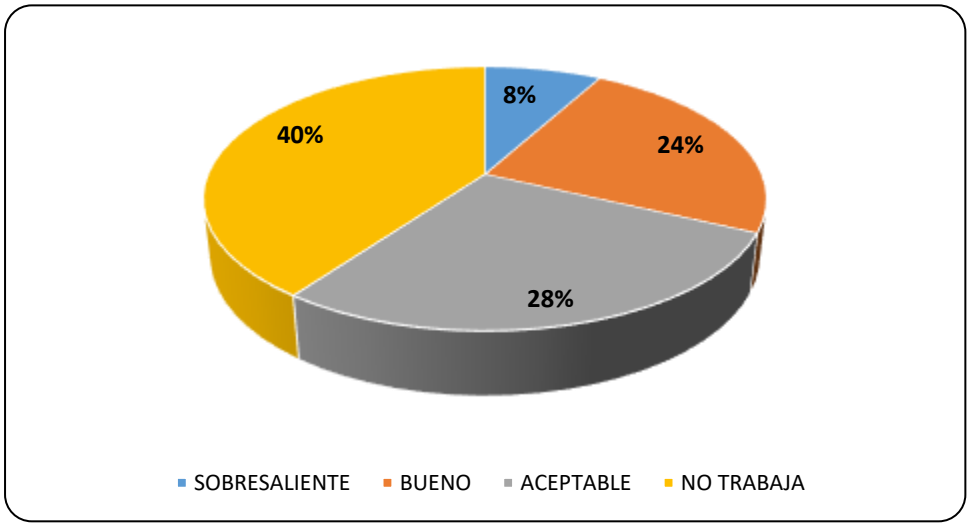
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su desempeño laboral.

	f	%
SOBRESALIENTE	2	8
BUENO	6	24
ACEPTABLE	7	28
NO TRABAJA	10	40
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 5

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su desempeño laboral.



Fuente: Tabla 6

Indicador 6: Consumo de alcohol de los usuarios atendidos.

Según la Tabla 7 y Figura 6, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 92% (23) no consumen alcohol y el 8% (2) si consumen alcohol.

Tabla 7

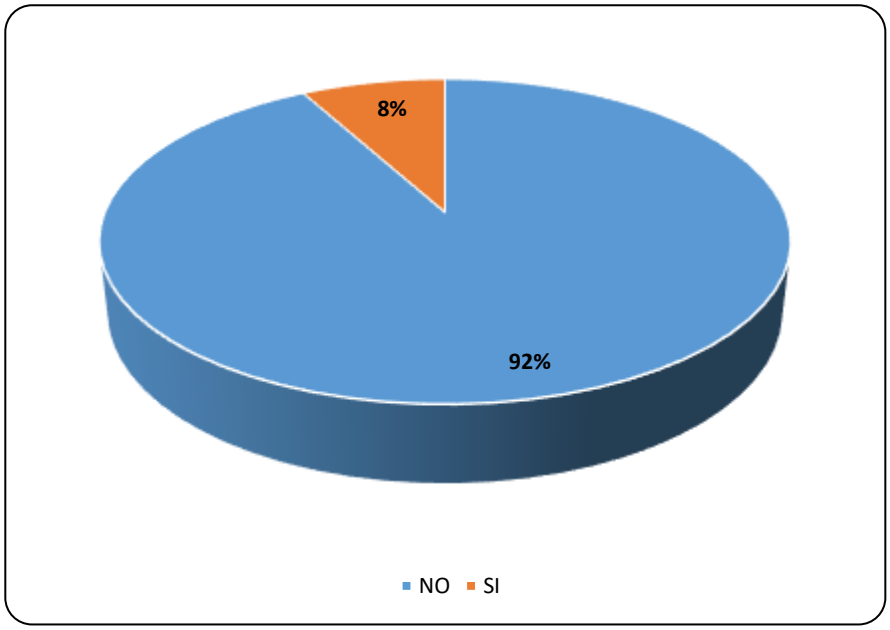
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de alcohol.

	f	%
NO	23	92
SI	2	8
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 6

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de alcohol.



Fuente: Tabla 7

Indicador 7: Consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillos)

Según la Tabla 8 y Figura 7, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 96% (24) no consumen sustancias psicoactivas (cigarrillos) y el 4% (2) si consumen sustancias psicoactivas (cigarrillos).

Tabla 8

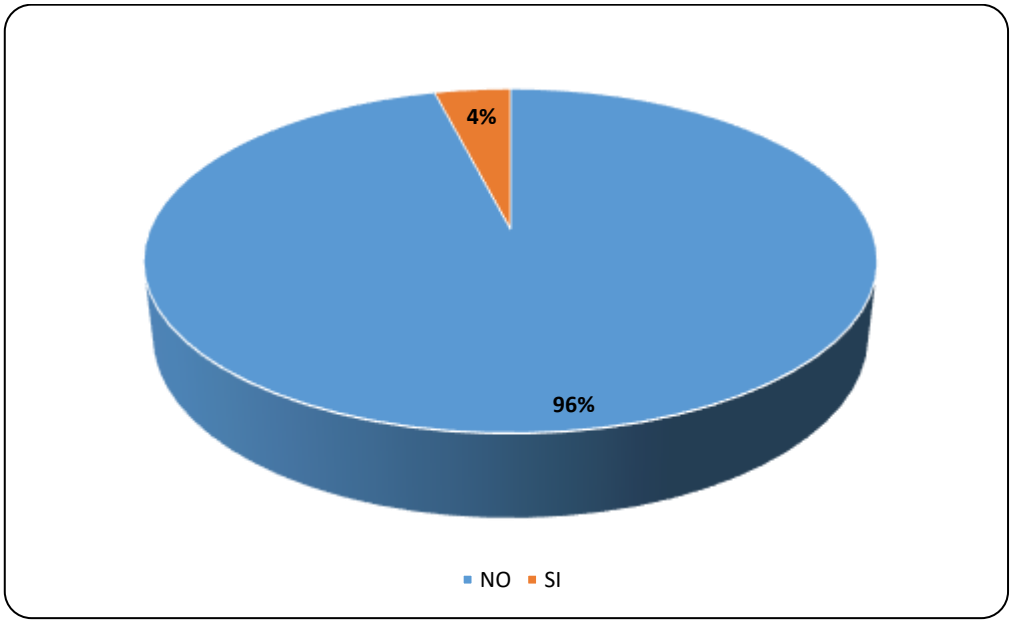
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de sustancias psicoactivas.

	f	%
NO	24	96
SI	1	4
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 7

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su consumo de sustancias psicoactivas.



Fuente: Tabla 8

Indicador 8: Edades de los usuarios atendidos.

Según la Tabla 9 y Figura 8, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 60% (15) corresponden a usuarios entre las edades de 31 a 45 años, el 24% (6) corresponden a usuarios entre las edades de 15 a 30 años, el 12% (3)

corresponden a usuarios entre las edades de 45 a 60 años y el 4% (1) corresponden a usuarios entre las edades de 61 a 75 años.

Tabla 9

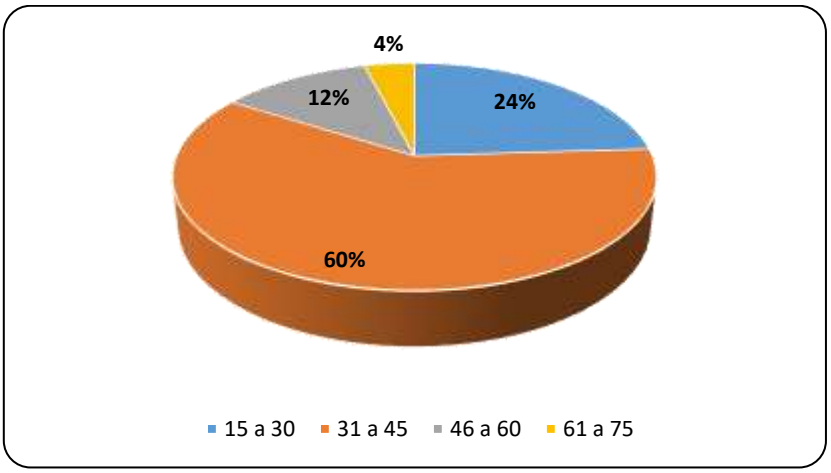
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus edades.

	f	%
15 a 30 años	6	24
31 a 45 años	15	60
46 a 60 años	3	12
61 a 75 años	1	4
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 8

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus edades.



Fuente: Tabla 9

4.1.2. Frecuencia De Las Caracteristicas Familiares

En esta parte de los resultados se evaluará los antecedentes psiquiátricos y su red de apoyo en los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Indicador 9: Antecedentes psiquiátricos en familiares

Según la Tabla 10 y Figura 9, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 96% (24) corresponden a usuarios con antecedentes psiquiátricos en familiares como su “madre” y el 4% (1) corresponden a usuarios con antecedentes psiquiátricos en familiares como su “padre”.

Tabla 10

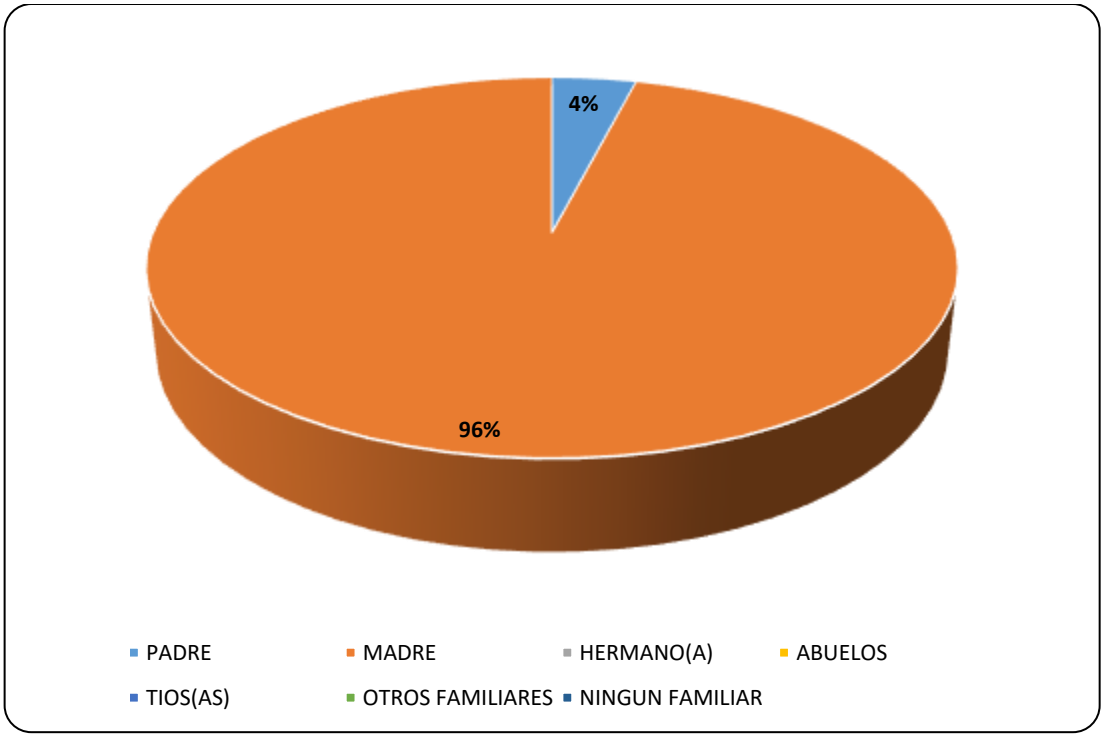
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus antecedentes Psiquiatricos en familiares.

	f	%
PADRE	1	4
MADRE	24	96
HERMANO(A)	0	0
ABUELOS	0	0
TIOS(AS)	0	0
OTROS FAMILIARES	0	0
NINGUN FAMILIAR	0	0
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 9

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según sus antecedentes psiquiatricos en familiares.



Fuente: Tabla 10

Indicador 10: Red de apoyo y relaciones familiares.

Según la Tabla 11 y Figura 10, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 96% (24) si tienen una red de apoyo en relación a su familia y el 4% (1) no tienen una red de apoyo en relación a su familia.

Tabla 11

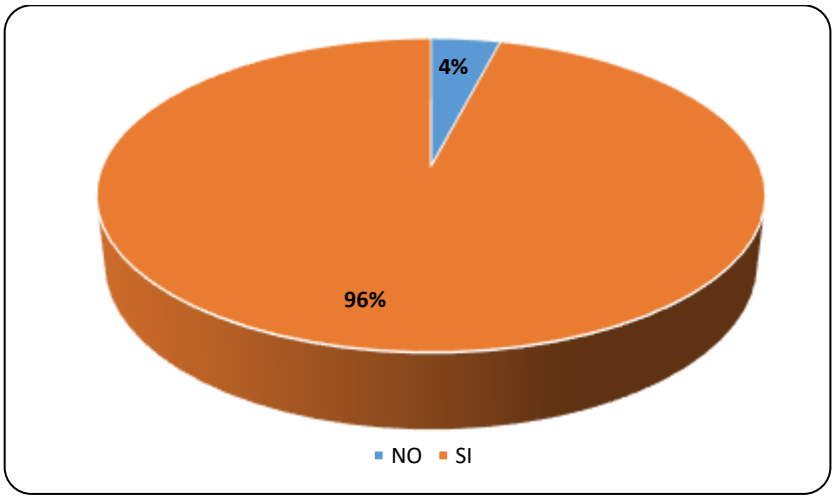
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo y relaciones familiares.

	f	%
NO	1	4
SI	24	96
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 10

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo y relaciones familiares.



Fuente: Tabla 11

4.1.3. Frecuencia Del Seguimiento De La Enfermedad

En esta parte de los resultados se evaluará el seguimiento de la enfermedad en los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Indicador 11: Etapa del inicio de la enfermedad.

Según la Tabla 12 y Figura 11, de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 32% (8) inicia la enfermedad en la etapa de su juventud, el 28% (7) inicia la enfermedad en la etapa de su infancia y el 20% (5) inician la enfermedad en su etapa de adolescencia y adultez respectivamente.

Tabla 12

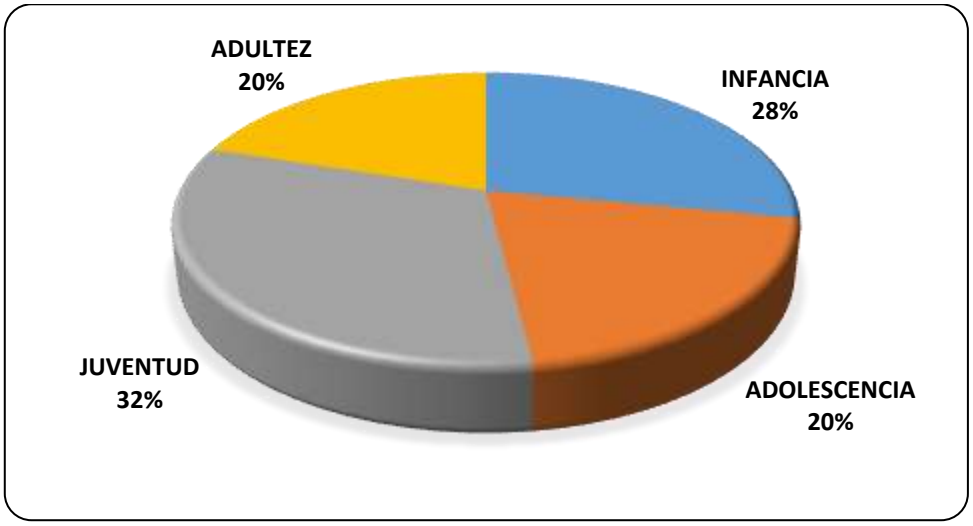
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según etapa de inicio de la enfermedad.

	f	%
INFANCIA	7	28
ADOLESCENCIA	5	20
JUVENTUD	8	32
ADULTEZ	5	20
Total	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Figura 11

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según etapa de inicio de la enfermedad.



Fuente: Tabla 12

Indicador 12: Falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia.

Según la Tabla 13 y Figura 12, de los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano del 100% (25), el 40% (10) le dan un seguimiento parcial al tratamiento, el 32% (18) abandonan el tratamiento y el 28% (7) le dan un seguimiento total al tratamiento.

Tabla 13

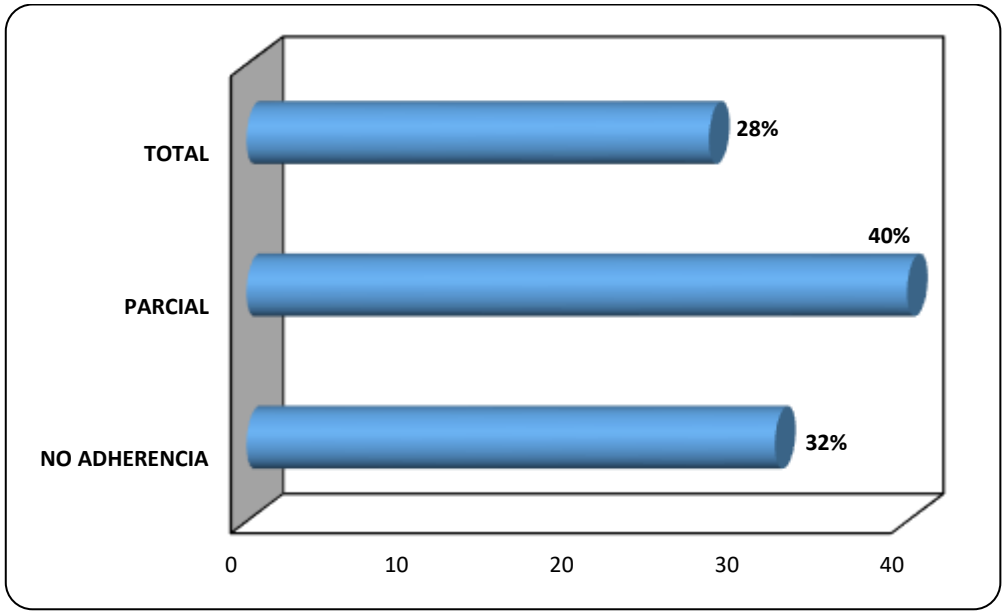
Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según nivel del tratamiento.

	f	%
NO ADHERENCIA	8	32
PARCIAL	10	40
TOTAL	7	28
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 12

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según su nivel del tratamiento.



Fuente: Tabla 13

4.1.4. Contrastación De Hipótesis

Según la información obtenida y por la naturaleza de las variables, las hipótesis están definidas de la siguiente manera:

Ho: Si existen factores demográficos que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano.

Ha: No existen factores demográficos que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano.

A) Tablas de contingencia de las características personales

Tabla 14

Frecuencia De Los Usuarios Con Tratamiento De Esquizofrenia En El Hospital Carlos Monge Medrano, Según Género Relacionado Con La Falta De Adherencia

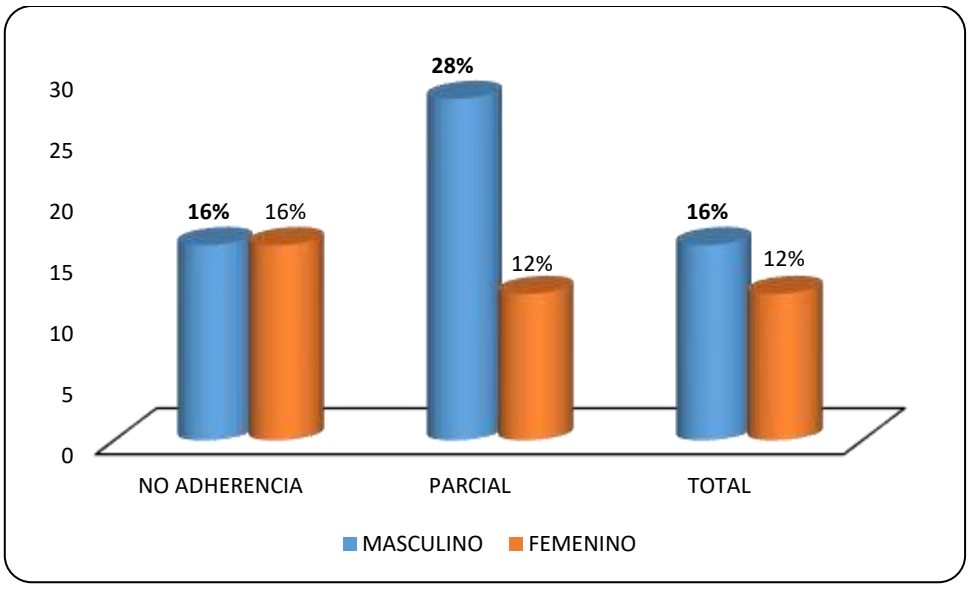
GENERO	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	4	16	7	28	4	16	15	60
FEMENINO	4	16	3	12	3	12	10	40
Total	8	32	10	40	7	28	25	100

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 0.774$ < $\chi^2_{tab} = 5.99$ GL= 2 p – valor = 0.679

Figura 13

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según género relacionado con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 14

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 2 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.679 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal “genero” y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 15

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según edades relacionadas con la falta de adherencia

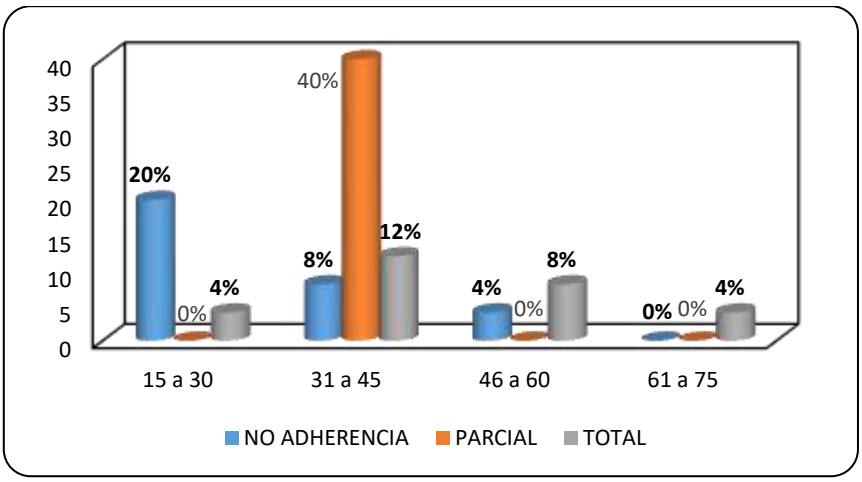
EDAD	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
15 a 30 años	5	20	0	0	1	4	6	24
31 a 45 años	2	8	10	40	3	12	15	60
46 a 60 años	1	4	0	0	2	8	3	12
61 a 75 años	0	0	0	0	1	4	1	4
Total	8	32	10	40	7	28	25	100

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 17.634$ > $\chi^2_{tab} = 12.6$ GL= 6 p – valor = 0.007

Figura 14

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según edades relacionadas con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 15

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 6 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.007 es menor que $\propto = 0.05$; determinando que existe relación significativa entre la característica personal "edad" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 16

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estado civil relacionado con la falta de adherencia

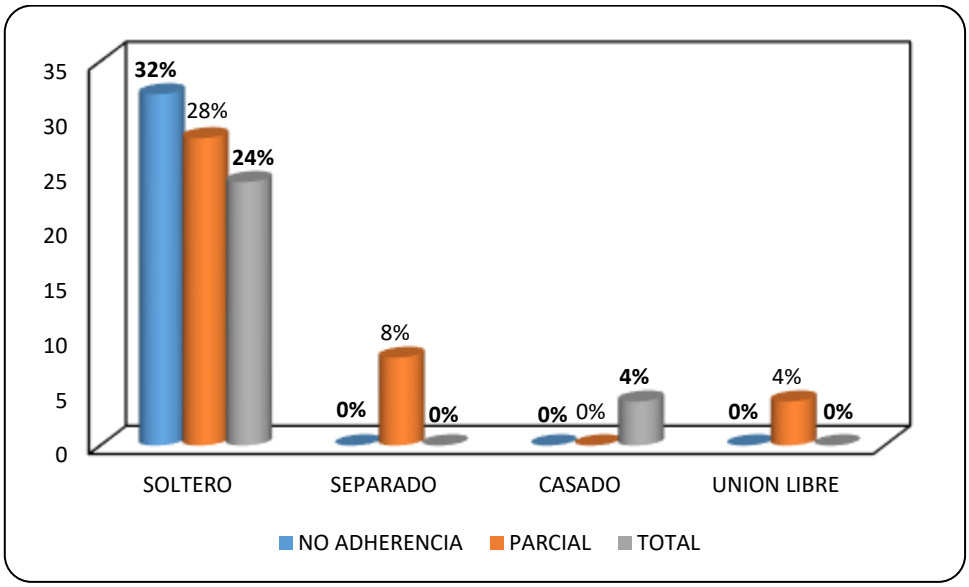
ESTADO CIVIL	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTERO	8	32	7	28	6	24	21	84
SEPARADO	0	8	2	8	0	0	2	8
CASADO	0	4	0	0	1	4	1	4
UNION LIBRE	0	0	1	4	0	0	1	4
VIUDO	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	8	32	10	40	7	28	25	100

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 7.551 < \chi^2_{tab} = 12.6$ GL= 6 p – valor = 0.273

Figura 15

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estado civil relacionado con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 16

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 6 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.273 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal de "estado civil" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 17

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según nivel educativo relacionado con la falta de adherencia

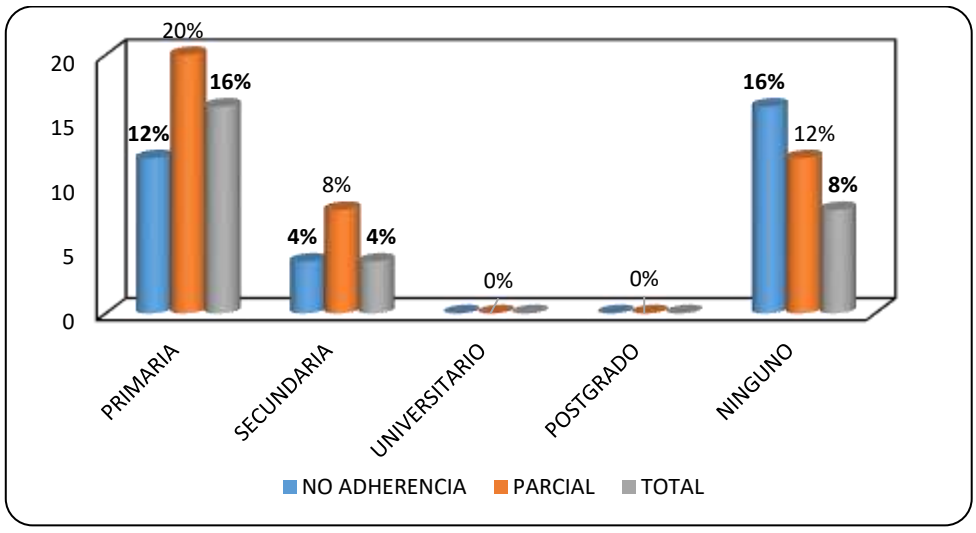
NIVEL EDUCATIVO	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
PRIMARIA	3	12	5	20	4	16	12	48
SECUNDARIA	1	4	2	8	1	4	4	16
UNIVERSITARIO	0	0	0	0	0	0	0	0
POSTGRADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NINGUNO	4	16	3	12	2	8	9	36
Total	8	32	10	40	7	28	25	100

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 1.131 < \chi^2_{tab} = 9.49$ GL = 4 p – valor = 0.889

Figura 16

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según nivel educativo relacionado con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 17

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 6 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.889 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal de "estado civil" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 18

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estrato social relacionado con la falta de adherencia.

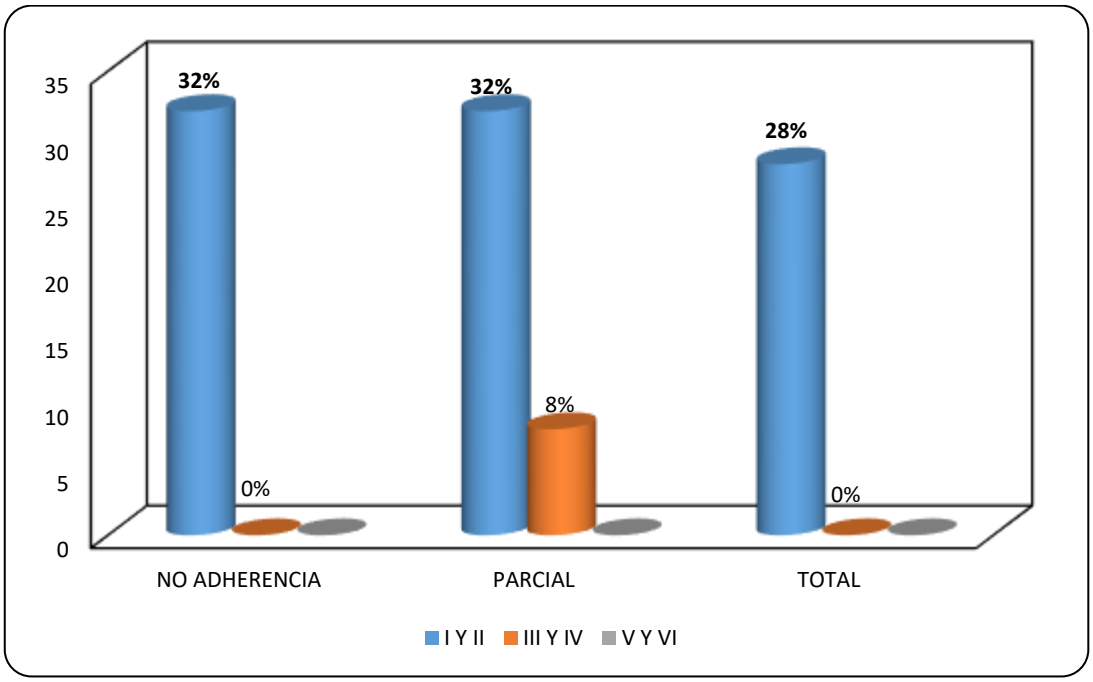
ESTRATO SOCIAL	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
I y II	8	32	8	32	7	28	23	92
III y IV	0	0	2	8	0	0	2	8
V y VI	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**8**	**32**	**10**	**40**	**7**	**28**	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 3.261 > \chi^2_{tab} = 5.99$ GL = 2 p – valor = 0.196

Figura 17

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según estrato social relacionado con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 18

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 6 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.196 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal del "estrato social" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 19

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según desempeño laboral relacionado con la falta de adherencia

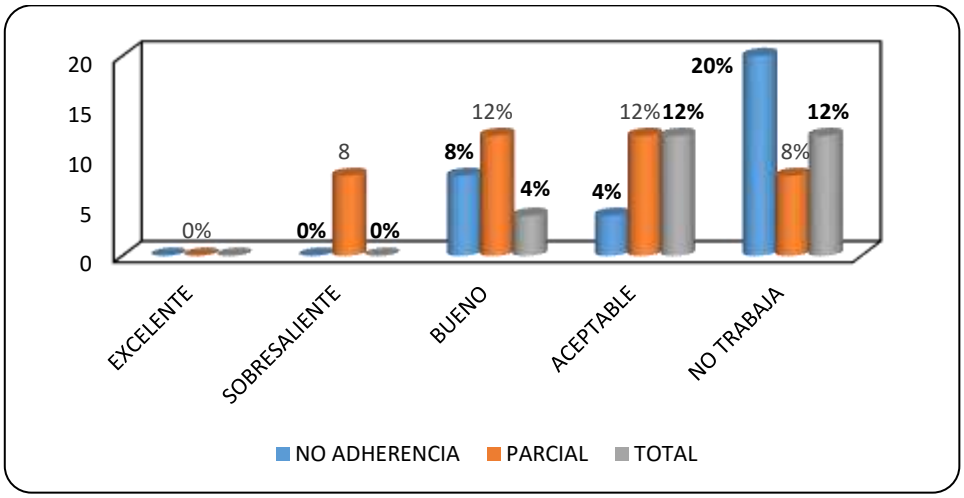
DESEMPEÑO LABORAL	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
EXCELENTE	0	0	0	0	0	0	0	0
SOBRESALIENTE	0	0	2	8	0	0	2	8
BUENO	2	8	3	12	1	4	6	24
ACEPTABLE	1	4	3	12	3	12	7	28
NO TRABAJA	5	20	2	8	3	12	10	40
Total	**8**	**32**	**10**	**40**	**7**	**28**	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 6.708$ < $\chi^2_{tab} = 12.6$ GL = 6 p – valor = 0.349

Figura 18

Porcentaje de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según desempeño laboral relacionado con la falta de adherencia.



Fuente: Tabla 19

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 6 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.349 es mayor que $\propto$ = 0.05; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal de "estrato social" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 20

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de alcohol relacionado con la falta de adherencia

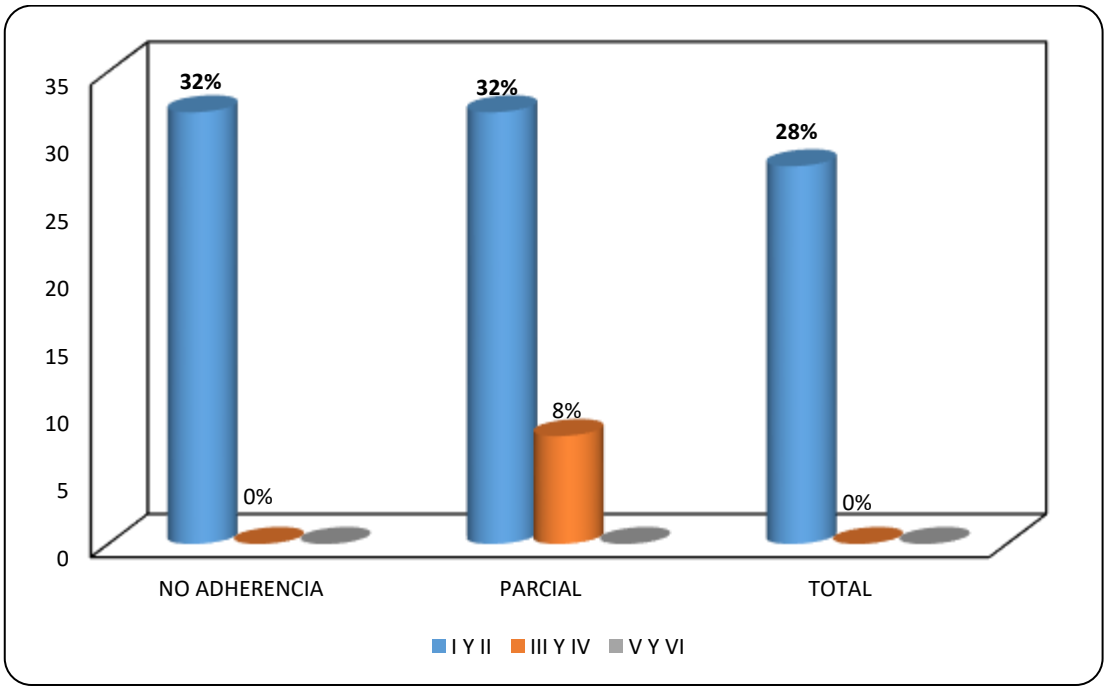
CONSUMO DE ALCOHOL	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
NO	7	28	9	36	7	28	23	92
SI	1	4	1	4	0	0	2	8
Total	8	32	10	40	7	28	25	100

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 0.883$ < $\chi^2_{tab} = 5.99$ GL = 2 p – valor = 0.643

Figura 19

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de alcohol relacionado con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 20

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 2 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.643 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal de "consumo de alcohol" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 21

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillos) relacionado con la falta de adherencia.

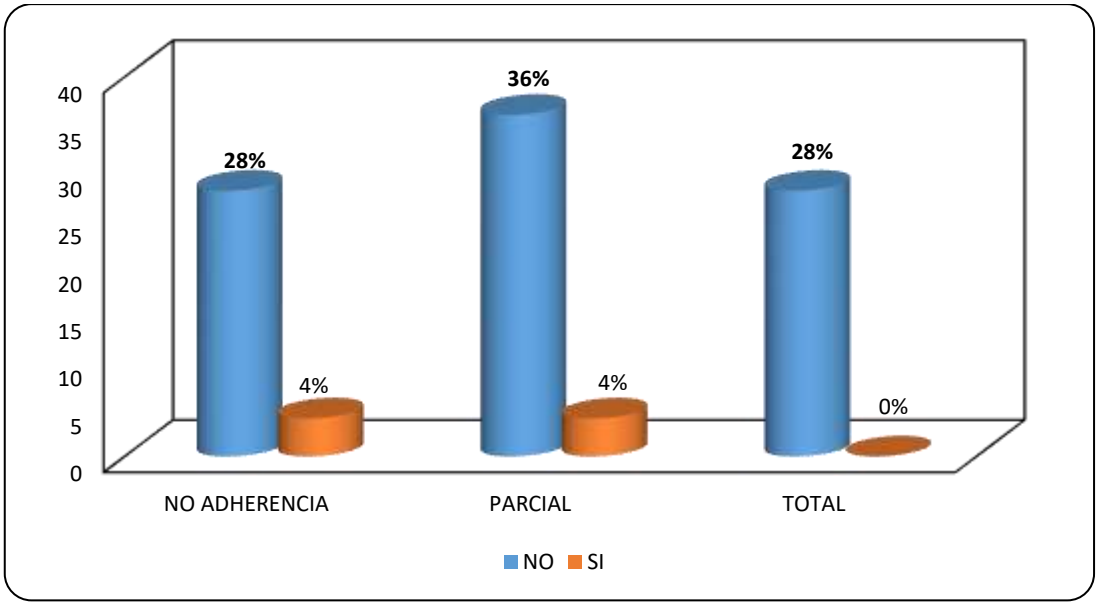
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CIGARRILLOS)	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
NO	7	28	10	36	7	28	24	92
SI	1	4	0	4	0	0	1	8
Total	**8**	**32**	**10**	**40**	**7**	**28**	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 2.214$ < $\chi^2_{tab} = 5.99$ GL = 2 p – valor = 0.331

Figura 20

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillos) relacionado con la falta de adherencia.



Fuente: Tabla 21

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 2 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.331 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica personal de "consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillos)" y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 22

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según prueba chi-cuadrado entre las características personales y la falta de adherencia

	VALOR	GL	SIGNIFICANCIA (P)
GENERO*TRATAMIENTO	0.774	2	0.679
EDAD*TRATAMIENTO	17.634	6	0.007
ESTADO CIVIL*TRATAMIENTO	7.551	6	0.273
NIVEL EDUCATIVO*TRATAMIENTO	3.131	4	0.889
ESTRATO SOCIAL*TRATAMIENTO	3.261	2	0.196
DESEMPEÑO LABORAL*TRATAMIENTO	6.708	6	0.349
CONSUMO DE ALCOHOL*TRATAMIENTO	0.883	2	0.643
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*TRATAMIENTO	2.214	2	0.331

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la Tabla 21 en base a los resultados, podemos concluir que si existe relación significativa donde el valor de la prueba χ^2 para la característica personal de la edad fue de $\chi^2_{Cal} = 17.634$ es mayor en

comparación del valor tabulado para α=0.05 y 6 grados de libertad χ^2_{Tab} = 12.6 siendo el más representativo de las características personales.

B) Tablas de contingencia de las características familiares

Tabla 23

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según antecedentes psiquiátricos en familiares relacionados con la falta de adherencia

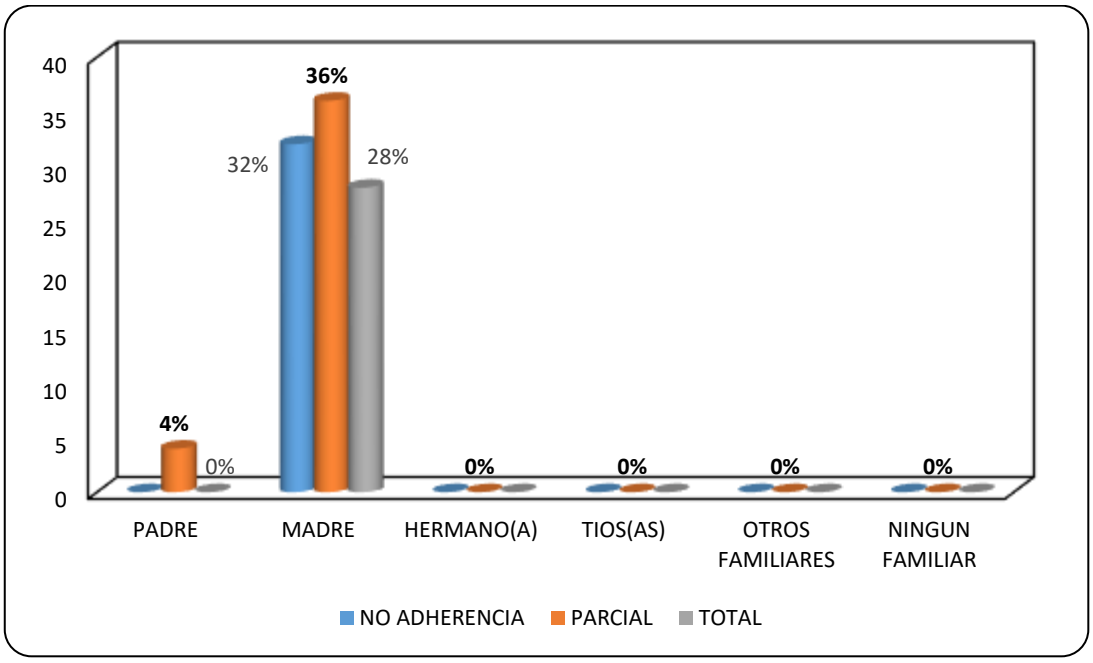
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS EN FAMILIARES	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
PADRE	0	0	1	4	0	0	1	4
MADRE	8	32	9	36	7	28	24	96
HERMANO(A)	0	0	0	0	0	0	0	0
TIOS(AS)	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS FAMILIARES	0	0	0	0	0	0	0	0
NINGUN FAMILIAR	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**8**	**32**	**10**	**40**	**7**	**28**	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 1.563 < \chi^2_{tab} = 5.99$ GL = 2 p – valor = 0.458

Figura 21

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según antecedentes psiquiátricos en familiares relacionados con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 22

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 2 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.458 es mayor que $\propto = 0.05$; determinando que no existe relación significativa entre la característica familiar respecto a sus antecedentes psiquiátricos en familiares y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 24

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo en la familia relacionado con la falta de adherencia.

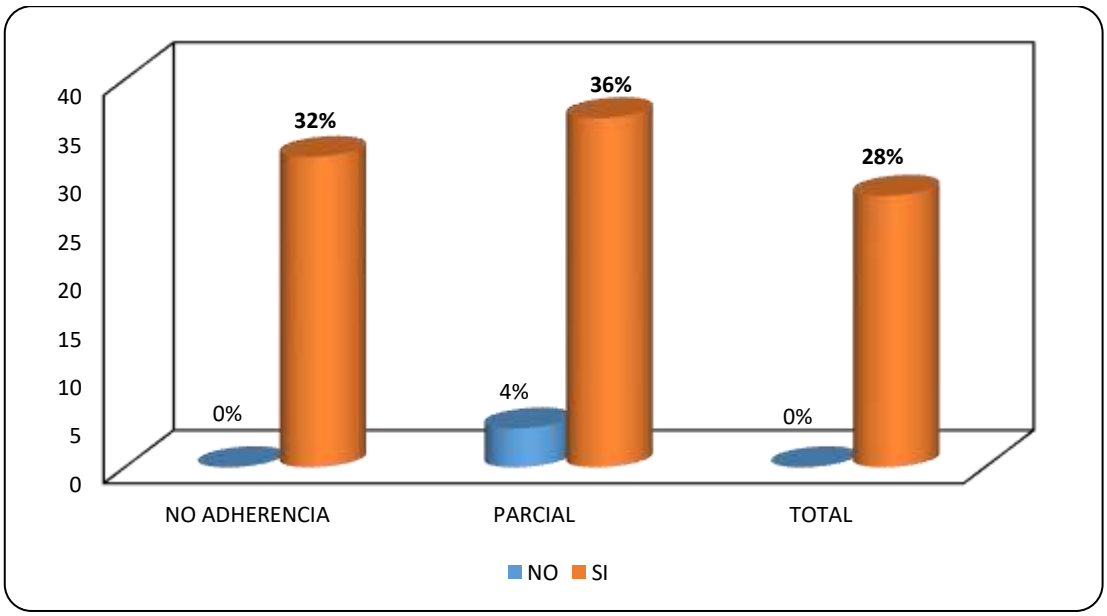
RED DE APOYO EN LA FAMILIA	TRATAMIENTO						Total	
	NO ADHERENCIA		PARCIAL		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%
NO	0	0	1	4	0	0	1	4
SI	8	32	9	36	7	28	24	96
Total	**8**	**32**	**10**	**40**	**7**	**28**	**25**	**100**

Fuente: Elaboración propia

Chi – Cuadrado $\chi^2_{cal} = 1.563$ < $\chi^2_{tab} = 5.99$ GL = 2 p – valor = 0.458

Figura 22

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según red de apoyo en la familia relacionado con la falta de adherencia



Fuente: Tabla 23

La prueba estadística con error del 5% y 95% de certeza se tiene mayor que para 2 grados de libertad, se tiene un p – valor 0.458 es mayor que ∝ = 0.05; determinando que no existe relación significativa entre la característica familiar respecto a sus antecedentes psiquiátricos en familiares y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018.

Tabla 25

Frecuencia de los usuarios con tratamiento de esquizofrenia en el hospital Carlos Monge Medrano, según prueba chi-cuadrado de Pearson entre las características familiares y la falta de adherencia

	VALOR	GL	SIGNIFICANCIA (P)
ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS*TRATAMIENTO	0.1563	2	0.458
RED DE APOYO*TRATAMIENTO	1.563	2	0.458

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la Tabla 24 en base a los resultados, podemos concluir que no existe relación significativa donde el valor de la prueba χ^2 para las características familiares fue de χ^2_{Cal} = 1.563 es mayor en comparación del valor tabulado para α=0.05 y 2 grados de libertad χ^2_{Tab} = 5.99.

C) Cálculo de χ2.

Los resultados obtenidos para Chi Cuadrado Calculada, que se muestran en la tabla 21 y tabla 24 con grados de libertad de 6 y 2 se observa que los valores no son significativos, es decir p=1.000>0.05, con un nivel de aceptación del 95% por lo tanto, podemos afirmar parcialmente, que se acepta la hipótesis nula (Ho).

Por otro lado, al tener el valor de la Chi-cuadrado en la tabla estadística, con (4 - 1) * (3 - 1) = 6 grados de libertad y α=0,05, con 95% de confianza, se observa que χ^2_t = 17.634. Comparando los valores que se obtuvieron en la Tabla 21 y Tabla 24 unificando ambas características personales y familiares, para la relación Factores demográficos – Falta de adherencia al tratamiento, observamos que χ^2_C = 17.634 > χ^2_T = 12.6.

D) Decisión

Por lo tanto, ante el análisis expuesto, concluimos que se ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA, es decir, que la variable edad es independientes, lo que se explica que no todos los factores demográficos, determinan el mismo grado de relación con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia.

4.2. DISCUSIÓN

La resistencia que las personas presentan ante el tratamiento de esquizofrenia, se desempeña de forma fundamental, siguiendo las fallas al no seguir los tratamientos, según el informe de la OMS (2003) indicando que el incumplimiento de los tratamientos en periodos largos se convierte en dificultades económicas y sanitarias, viendo que el 50% se convierten en enfermedades habituales, los pacientes que presentan psicosis son en un 40% y 80% en forma general. Mientras que en pacientes ambulatorios se da 40% y 50%, dicho por Kane (1985). En nuestra investigación los pacientes con educación primaria en un 20%, de sexo masculino en un 28% y del estrato I y II con un 32% siguen el tratamiento de forma parcial.

En estudios anexos encontramos que uno de cada cuatro pacientes recae por no tomar la medicación según lo prescrito y luego del primer suceso psiquiátrico, el 33% a 44% de los pacientes suspenden el tratamiento farmacológico a los seis meses y el 59% lo ha suspendido en el primer año. El 60% toman incorrectamente sus medicamentos y en meta análisis se encontró adherencia del 76% para medicamentos no psiquiátricos y del 58% para antipsicóticos. En nuestro estudio encontramos que en los meses de julio a diciembre se presentaron a los pacientes entre las edades de 31 a 45 años que cumplen de forma parcial los tratamientos en un 40%, en promedio de 10 pacientes.

Para Martín y Grau (1994) y Ginarte (2001), la falta de adherencia al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo

familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. Siendo importante el cumplimiento del tratamiento en pacientes esquizofrénicos. El incumplimiento del tratamiento conlleva a consecuencias vitales. Para los autores Curson y col (1985); Haywood y col, 1995 (1988); Serban y col (1974); Sullivan y col, (1995.), encontraron que las recaídas son más frecuentes, más graves, de mayor duración Johnson y col (1994 - 1989), cometiendo actos violentos como homicidios y suicidios. Cohecn y col (1964); Plannansky y col (1973); Tanay y col (1987); Vikkunen y col (1974). Estimándose que el incumplimiento es por lo menos en un 40% de todas las recaídas y, pero datos adicionales se llegar hasta un 73% en el caso de exacerbaciones que requieren hospitalización, para Van Putten y col, afirmaron que la adherencia al tratamiento puede mejorarse informando al paciente y a la familia sobre los efectos colaterales de la medicación y tratándolos de forma temprana y eficazmente. En nuestro estudio la variable edad es independientes, lo que se explica que no todos los factores demográficos, determinan el mismo grado de relación con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se concluye, que si existen relación entre los factores demográficos y la falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018; por lo tanto, se acepta la Ho.

SEGUNDA: Se concluye que, si existe relación entre las características personales y la falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018, en su variable edad; por lo tanto, se acepta la hipotesis especifica.

TERCERA: Se concluye que no existe relación entre las características familiares y la falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018, en sus dos variables; por lo tanto, se rechaza la hipotesis especifica.

CUARTA: Se concluye que la etapa del inicio de la enfermedad de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018, se da en la etapa de juventud (32%) e infancia (28%); por lo tanto, se rechaza la hipotesis especifica.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda continuar con investigaciones de este tipo para determinar más factores demográficos que se relacionen con la falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia en los usuarios de otros hospitales, ampliando el periodo de investigación por parte de los investigadores.

SEGUNDA: Se recomienda potencializar las características personales que faciliten la adherencia al tratamiento esquizofrenia con diagnostico no adherencia, parcial y total; para determinar su relación con otras características, por parte de los investigadores.

TERCERA: Se recomienda ampliar las características familiares que faciliten la adherencia al tratamiento esquizofrenia con diagnostico no adherencia, parcial y total; para incrementar las características en otros aspectos, por parte del área de estadística en los hospitales.

CUARTA: Se recomienda ampliar las investigaciones respecto al grupo de edades para determinar un diagnostico y resultados adecuados que ayuden para futuros estudio, por parte de los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Welden, Peter; Rapkln, Bruce; Mott, Tasha; Zygmunt, Annette; Goldman, Dodl; Horyltz-Lennon, Marcela; Frances, Allen. Rating of medication influences (ROMI) scale in shizophrenia bulletin,1994. Vol. 20, No 2.
2. Ayuso-Gutierrez J, Del Rio J. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia research, 1997. 28: 199-206.
3. Fleishhacker W, Meise U, Gunther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. 1115th ed. 382) (, editor.: Acta Psychiatry scand; 1994 - 1989. (Suppl 382): 11S- 15S.
4. Gramer J, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders: Psychiatric services; 1998. 49:196– 201.
5. Green JH. Frequent rehospitalization and non compliance with treatment. Hosp Community Psychiatry. 1988, 39 (9): 963-6.
6. Paucar, JM. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de quitaría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – ESSALUD – 2010. Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú. 2011, Pag. 1:43 Pdf
7. Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Acta Médica Colombiana2005; 30: 268-73.
8. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003.
9. Peralta ML y col. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua, 2008. Vol. 17, Núm. 3, Sep-Dic.

10. Roser Cirici. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002; 29(4):232-238.
11. Psychotropic Medication Nonadherence Among United States Latinos: A ComprehensiveLiterature Review, Psychiatric Services ps.psychiatryonline.org. February 2009 Vol. 60No. 2.
12. Suzanne M. Hardeman, B.C. Richard K. Harding, Meera Narasimhan. Simplifying Adherence in Schizophrenia. Psychiatric Services, ps.psychiatryonline.org, April 2010 Vol. 61 No. 4.
13. Lieberman JA, Stroup TS, Swartz MS, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. New England Journal of Medicine 2005; 353:1209– 1223.
14. Asher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. Journal of Clinical Psychiatry 2006, 67:453–460.
15. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programs? A systematic review. Psychological Medicine. 2003, 33:1149–1160.
16. Stephen h. Schultz, stephen w. North, cleveland g. Shields. Schizophrenia: A Review. American Family Physician. 2007. Volume 75, Numbat 12 June 15.
17. Kuipers, Elizabeth, et all. Schizophrenia: The Nice Guideline Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. 2010.

18. Rajiv Tandon, Henry A. Nasrallah, Matcheri S. Keshavan. Schizophrenia, “just the facts” Clinical features and conceptualization. Schizophrenia Research 110 (2009) 1–23.

19. Kozuki, Yoriko, Schepp Karen. Adherence and Nonadherence to Antipsychotic Medications. Mental Health Nursing, 2005. 26:379-396.

20. Pierre Thomas. The stable patient with schizophrenia – From Antipsychotics effectiveness to adherence. European Neuropsychpharmacology (2007) 17, S115-S122.

21. Diego Novick, Josep Maria Haro, David Suarez, Victor Perez, Ralf W. Dittmann, Peter M. Haddad. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Research 176 (2010) 109–113.

22. Raquel Jales Leitão, Marcos Bosi Ferraz, Ana Cristina Chaves, Jair J Mari. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. _Rev Saúde Pública 2006;40(2):304-9.

23. Enric Mateu 1, Jordi Casal. Tamaño de la Muestra. Rev. Epidem. Med. Prev. (2003), 1: 8-14.

24. Catalina Angela Crisan, Cosmina Bondor, Rodica Macrea. Lack of Insight in Schizophrenia: Prognostic Factor for the Evolution of the Disease.Burcin N. AKAL, Orhan DO⁄AN. Potential Risk Factors for Schizophrenia. Archives of Neuropsychiatry 2010; 47: 230-6.

25. Jeffrey A. Lieberman, M.D., et all. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. N Engl J Med 2005; 353:1209-23.

26. Elliot M Goldner, MHSc, MD, Lorena Hsu, MSc, Paul Waraich, MHSc, MD, Julian M Somers, MSc, PhD. Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of the Literature. Can J Psychiatry, Vol 47, No 9, November 2002.

27. Adams S, Howe J. Predicating medication compliacence in a Psychotic population. Nerv Ment Dis. 1993, 181:558-60.

28. Apiquian R, Aviña C, Colin R, Córdova A, Corona F, Díaz A. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Esquizofrenia. Asociación de Psiquiatría de América Latina. 2007, 65-69.

29. Aznar. Elena: Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia; Manual para las familias y el cuidador. Madrid España. Editorial Pirámide. 2004, 17-26, 57-73, 119-142.

30. Bartko G, Herczeg I, Zador G, Clinical symptomatology and Drug compliance in schizophrenia patients. Acta Psychiatr Scand. 1988, 77 (1):74-6.

31. Bebbington P, Kuipers L. The clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scand. 1994, 89:46-53.

32. Corrigan, Liberman RP, Engle JD, From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. Hosp and com Psychiatry. 1990, 41:1203-11.

33. Fenton Ws, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of Medication Compliance in schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. Schizophreni Bulletin. 1997; 23(4):637-51.

34. GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr. 2002, 30(5):312-325.

35. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994:89(suppl 382):16-24.

36. Leff J, Wing JK, Trial of maintenance therapy in schizophrenia. Br Med J 971,3:559-604.

37. Medina, M., Zepeda, G. y Redondo, R. Patología del Paciente Psiquiátrico del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita. Tegucigalpa – Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1985

38. NavarroJ (coord). I. El cumplimiento Terapéutico. Manuales de referencia en atención primaria. Madrid: Doyma, 1999.

39. Owen R, Fischer E, Booth B, Cuffel B. Medication noncompliacence and substance abuse among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv. 1996, 47:853-8.

ANEXOS

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores demográficos más influyentes con la falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018? **PROBLEMAS ESPECÍFICOS** ¿Cuál son las características personales relacionadas con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en los usuarios? ¿Cuál son las características familiares relacionadas con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en los usuarios? ¿Cuál es la edad de inicio de la enfermedad de esquizofrenia en los usuarios?	**OBJETIVO GENERAL** Identificar los factores demográficos que influyen en la falta de adherencia del tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018 **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** Determinar la relación entre características personales y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia. Determinar la relación entre características familiares y la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia. Establecer la edad de inicio de la enfermedad de esquizofrenia en los usuarios	**HIPÓTESIS GENERAL** Es posible que los factores demográficos tengan mayor influencia en la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en los usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2018 **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS** Existen características personales que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia. Existen características familiares que se relacionan con la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia. La edad de inicio de la enfermedad de esquizofrenia en los usuarios es en la adolescencia.	**VARIABLE DEPENDIENTE:** TRATAMIENTO DE EZQUIZOFRENIA Dimensión: - Seguimiento de la enfermedad **VARIABLE INDEPENDIENTE:** FACTORES DEMOGRAFICOS Dimensiones: - Características personales - Características familiares	**TIPO DE INVESTIGACÓN** Cuantitativo **DISEÑO** Descriptivo y correlacional **MÉTODO** Descriptivo **POBLACIÓN** Usuarios atendidos **MUESTRA** 25 usuarios atendidos **UBICACIÓN** Hospital Carlos Monge Medrano, 2018 **TÉCNICAS** Encuestas y Material bibliográfico. **INSTRUMENTOS** Historia clínica Cuestionarios

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

ANEXO 2

Anexo 1: Cuestionario de Factores demográficos relacionados en la falta de adherencia al tratamiento de esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano.

FECHA DE CONSULTA: ___/____/_____

Número de Historia clínica_____

I. FACTORES DEMOGRAFICOS

1.1. CARACTERISTICAS PERSONALES

1. Género:

   1. Masculino ( ) 2. Femenino ( )

2. ¿Cuál es la edad actual del paciente en años cumplidos?

   1. ____ años

3. ¿Cuál es el estado civil actual del paciente

   1. Soltero ( )
   2. Separado ( )
   3. Casado ( )
   4. U libre ( )
   5. Viudo ( )

4. ¿Cuál es el nivel educativo del paciente?

   1. Primaria ( )
   2. Secundaria ( )
   3. Universitario ( )
   4. Postgrado ( )
   5. Ninguno ( )

5. ¿Cuál es su estrato social del paciente?

   1. I II ( )
   2. III IV ( )
   3. V VI ( )

6.- ¿Cuál es su desempeño laboral

   1.- Excelente ( )
   2.- Sobresaliente ( )
   3.- Bueno ( )
   4.- Aceptable ( )
   5.- No trabaja ( )

7.- Consumo de Alcohol

1.- No ( )
2.- Si ( )

8.- Consumo de Sustancias Psicoactivas (cigarrillo)

1.- No ( )
2.- Si ( )

1.2. CARACTERISTICAS FAMILIARES

9.- Antecedentes psiquiátricos en familiares.

1.- Padre ( )
2.- Madre ( )
3.- Hermano (a) ( )
4.- Abuelos ( )
5.- Tíos (a) ( )
6.- Otros familiares ( )
7.- Ningún familiar ( )

10.- Red de apoyo y relaciones familiares.

1.- No ( )
2.- Si ( )

II. SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ESQUIZOFRENIA

2.1. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

11.- Edad de inicio de la enfermedad.

……

12.- Reconocimiento de la enfermedad.

1.- No ( )
2.- Si ( )

13.- Sujeto proveniente de consulta externa/hospitalización.

1.- No ( )
2.- Si ( )

14.- Hospitalizaciones previas por enfermedad mental.

1.- No ( )
2.- Si ( )

15.- Intento de suicidio

1.- No ( )
2.- Si ( )

16.- Medicamentos formulados.

1.- Haloperidol ( )
2.- Clozapina ( )

3.- Risperidona ( )
4.- Olanzapina ( )
5.- Quetiapina ( )
6.- Levomepromazina ( )
7.- Otros ( )

17.- Eventos adversos:

1.- Mareos ( )
2.- Temblor ( )
3.- Rigidez ( )
4.- Estreñimiento ( )
5.- Visión borrosa ( )
6.- Problemas sexuales ( )
7.- Otros ( )
8.- Ninguno ( )

18.- Consultas en el último año

1.- < 3 citas ( )
2.- 3-5 citas ( )
3.- 6-10 citas ( )
4.- >= 10 citas ( )

2.2. ATENCIÓN DEL USUARIO

19.- Medicamentos entregados a tiempo

1.- Ninguno ( )
2.- Algunos ( )
3.- Todos ( )

20.- Consumo a diario de dosis completas de medicamentos formulados.

1.- Siempre ( )
2.- Casi siempre ( )
3.- Algunas veces ( )
4.- Casi Nunca ( )
5.- Nunca ( )

21.- Suspensión el tratamiento farmacológico en el último mes.

1.- 00 días ( )
2.- 1-5 días ( )
3.- 6-10 días ( )

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

4.- 11-15 días ( )

5.- 16-30 días ( )

22.- Suspensión de medicamentos por presencia de eventos adversos

1.- Si ( )

2.- No ( )

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES RELACIONADOS EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENIA EN USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS MOMJE MEDRANO

"Es muy importante que usted lea y entienda ciertos puntos importantes en la realización de este estudio:

(a) La participación en este estudio es totalmente voluntaria.

(b) La naturaleza de esta investigación, su propósito, sus limitaciones, sus riesgos, sus inconvenientes, incomodidades y cualquier información pertinente al resultado de este, le será explicada por el equipo de investigadores.

(c) Si tiene algún interrogante sobre el estudio por favor no dude en manifestarlo a alguno de los investigadores, quien, con mucho gusto, le contestará sus preguntas

(d) **CONFIDENCIALIDAD**: La información que ustedes suministraran mediante el cuestionario son de carácter absolutamente confidencial y para propósitos exclusivos de investigación científica, de manera que solamente usted y el equipo de investigación tendrá acceso a estos datos, no tendrá forma de identificación. Por ningún motivo se divulgará esta información sin su consentimiento.

(e) De acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 ("Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud"), este estudio puede ser clasificado como una "Investigación con riesgo mínimo".

(f) El estudio sigue los lineamientos jurídicos y éticos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ("Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos").

EXPLICACIÓN DEL TRABAJO

OBJETIVO:

Dado al aumento de hospitalización de pacientes psicóticos y los costos que se generan para el sistema general de seguridad social, es importante para este estudio Identificar los factores relacionados con la frecuencia de recaídas en pacientes psicóticos.

PROCEDIMIENTO:

Este estudio es observacional sin ninguna intervención para el paciente y por lo tanto es una "Investigación con riesgo mínimo". Donde se evaluarán factores relacionados con hospitalización mediante un cuestionario y se completara con la información de la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información obtenida.

BENEFICIOS ADICIONALES:

Poder identificar estos factores modificables, permitirán generar programas de prevención para disminuir la hospitalización y aumentar la calidad de vida de los pacientes y por lo tanto disminuir los costos para el sistema de salud.

AUTORIZACION VOLUNTARIA DEL ESTUDIO

Habiendo sido enterado/a del contenido del presente estudio, informado/a que no tendré ningún beneficio directo ni problemas en el mismo y que se han resuelto todas mis dudas acerca de la investigación, Yo (paciente o cuidador) _____ _____CC: _____ de: _____ acepto participar voluntariamente en el estudio _____

firma paciente o cuidador/representante legal

_____ _____

Huella digital índice derecho

Firma testigo 1 _____

CC: _____

_____

Investigador principal

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒ Fecha de entrega: 19/09/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Shedy Alferez Condori
Dirección: Jr. Loreto #295
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 01316088
Teléfono: 959037105 email: shenyjohe@gmail.com
Nombres y Apellidos:
Dirección:
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:
Teléfono: email:
Facultad y/o Escuela de Posgrado: Maestria en Salud
Escuela Profesional o Mención: Salud Pública
Título o Grado Académico a optar: Magister
Asesor: Dra. Elizabeth Vargas Onofre
Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐
Título: Factores relacionados en la falta de adherencia al tratamiento de Esquizofrenia en usuarios del Hospital Carlos Monge Medrano
Palabras claves, (3 a 5 términos): Adherencia al tratamiento, Caracteristicas personales Esquizofrenia, no adherencia
¿Esta obra se desarrolló en la UANCV [1, 2]? 1

[1] Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.
[2] Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☐ Titulo ☐ 2da Especialidad ☒ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.

☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a):_____

☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comérciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

☐ Sí autorizo

☒ No autorizo

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/

TESIS UANCV
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral**. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒ Internacional

☐ Nacional

Línea de investigación: Salud publica P-42

		19/09/2024
Firma de Autor	huella digital	Fecha

OFICINA DE INVESTIGACIÓN
Tesis Publicada con autorización del autor
http://repositorio.uancv.edu.pe/