



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO
EXTERNO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los
servicios de salud**

Presentado por:

Henry Robert Calderon Nolasco

Freyer Felix Flores Llata

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciado en Enfermería

Docente asesor:

Rosario Campos Martínez

Codigo Orcid N° 0000-0001-7031-9576

Chincha, Ica, 2021

DEDICATORIA

A mis padres que me inculcaron

el amor al prójimo.

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad que limita al paciente a tener un ritmo de vida adecuado, impidiéndole trabajar e incluso realizar tareas cotidianas. El paciente esquizofrénico es único y presenta con diferente intensidad sus síntomas y alucinaciones, muchas veces dependiendo de su nivel sociocultural o de las experiencias vividas. Es importante tener en consideración la evaluación del nivel de adherencia para darle mejor calidad de vida y amenorar sus recaídas. No es solamente problema de la familia, sino también del estado el salvaguardar la seguridad de sus ciudadanos.

OBJETIVO: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. Enero junio 2018. **METODOLOGIA:** Estudio de tipo Cuantitativo, observacional, descriptivo, corte transversal, prospectivo. Se analizaron 112 pacientes que corresponden a la población muestral que no poseen criterios de exclusión y cumplen con los criterios de inclusión de consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional de Ica 2021

Herrera. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se evidenció que el nivel de adherencia al tratamiento fue de 34.8% con una prevalencia del 26.45% y el 56.3% son pacientes continuadores con más de 5 años de tratamiento. El 65.2% de pacientes presentó al menos una recaída durante el tiempo que lleva diagnosticado con esquizofrenia y el 55.4% ha sido hospitalizado al menos una vez por dicha enfermedad. No se encontró relación entre las recaídas y hospitalizaciones como tampoco una relación entre el nivel de adherencia y las hospitalizaciones por presentar una significancia de $p < 0.05$

Palabras clave: Nivel de adherencia, esquizofrenia, recaídas, tratamiento

INDICE

DEDICATORIA.....	02
RESUMEN.....	03
INDICE.....	04
I. INTRODUCCIÓN.....	05
II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	07
a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	07
b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	08
c) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION.....	08
d) HIPOTESIS.....	08
e) VARIABLES.....	09
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
a) OBJETIVO GENERAL.....	14
b) OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
IV. MARCO TEORICO.....	15
V. METODOS O PROCEDIMIENTOS.....	32
VI. RESULTADOS.....	36
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
a) CONCLUSIONES.....	59
b) RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXOS.....	64

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En el siguiente estudio se vio los siguientes capítulos.

En el primer capítulo vemos que la esquizofrenia es quizá una de las enfermedades mentales de mayor recurrencia en consulta externa, en definición es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo y debe ser tratada a tiempo para que no afecte su desempeño laboral y social del paciente ⁽¹⁾ ⁽³⁾.

La prevalencia mundial oscila entre los 0.9 a 3.8 reporte de casos por mil habitantes y la incidencia oscila de 0.16 y 0.28 por mil habitantes, manifestándose más tempranamente en hombres que en mujeres que la edad promedio es de 15 a 25 años y siendo el hombre quien presenta los peores episodios psicóticos ⁽¹⁸⁾ y en el Perú se contabiliza más de 280 mil personas con esquizofrenia, y sólo un 63% recibe tratamiento presentándose de 15 a 25 años en varones y de 25 a 35 años en mujeres ⁽²⁰⁾. Lo cual nos lleva hacer el siguiente planteamiento de problema: ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021?

Como justificación lo que llevó a revisar el nivel de adherencia es que muchos pacientes al empezar con su tratamiento y sentir una notoria mejoría en su estado de ánimo y percibir la disminución de las alucinaciones tienden a dejar su medicamento.

El objetivo general de la investigación es determinar el nivel adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021 y con el propósito de contribuir a la investigación sobre el nivel de adherencia en esquizofrenia.

Como antecedentes internacionales vemos que en 2015 se realizó un estudio sobre los “Métodos de Valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica” establece la importancia de la adherencia al tratamiento ya que esto conlleva a una reducción de costos sanitarios, afirma además que no existe un “Gold Standard” para la adherencia medicamentosa. Menciona que existen dos métodos importantes para la validación de la adherencia: los métodos objetivos y los métodos subjetivos, recalcando que lo más práctico para medir la adherencia es el método subjetivo siendo la escala de Morrisky Green y Drug Attitude Inventory (DAI – 30 y DAI –10) y la escala de Medication Adherence Report Scale (MARS) las más fiables ⁽⁹⁾.

Un segundo estudio revisado en el siguiente trabajo fue el de García I. y Granada J. “Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental”. (2007) Donde establece que para poder tener una mejor guía sobre el nivel de adherencia llevan un registro en la administración de inyectables y la impresión clínica del paciente, considerando necesario intervenir cuando el paciente presenta varias recaídas por el incumplimiento del tratamiento terapéutico. El siguiente consenso busca potenciar las actitudes positivas del paciente, para que tenga conciencia de la importancia y cumplimiento de su tratamiento ⁽¹⁰⁾.

Perkins (1999) encuentra que aproximadamente un 40% de sus pacientes suspenden el tratamiento al año y un 75% a los dos años de iniciado ⁽³¹⁾.

En pacientes incumplidores o cumplidores parciales (entre el 42% y un 71% del tratamiento prescrito según la valoración de los enfermeros, las intervenciones que recabaron más consenso fueron las dirigidas a conseguir una administración adecuada de la medicación, así como lograr un acuerdo con el paciente ⁽¹⁰⁾.

El siguiente estudio no presenta hipótesis general por ser de tipo descriptivo, pero presenta dos hipótesis específicas que son:

- Si existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.
- Si existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.

En el tercer capítulo se ve que el estudio es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo y se realizará en el Hospital Regional de Ica en el año 2018.

La población que abarcara el estudio es todos los pacientes adultos atendidos en el Servicio de psiquiatría del Hospital Regional de Ica con diagnóstico de esquizofrenia. El universo contará con 4366 pacientes, de los cuales el tamaño de muestra es 354 por aleatorio simple, pero por criterios de inclusión y exclusión se estudió 112 pacientes.

Como técnica e instrumento de recolección de datos se usó una ficha de recolección de datos, basada en el *Test de Morrisky Green* a la que se le realizó una modificación por el investigador para cumplir con los objetivos del siguiente trabajo de investigación. Fue validada por 3 expertos (médicos especialistas del Hospital "Regional de Ica". La recolección de datos se realizará minutos antes de que el paciente entre a su consulta, con ayuda del investigador, el paciente contestará 7 preguntas con una duración de 10 minutos por paciente, previamente a estas preguntas el investigador le preguntará a cada paciente si es nuevo, continuador o reingresaste y si ha sido diagnosticado con esquizofrenia.

Para el procesamiento y análisis de datos la información va a ser registrada

en una hoja de Microsoft Excel 2013 y posteriormente se exportará la información al programa SPSS v. 24. La prueba tendrá un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$.

En el capítulo cuatro analizaremos los resultados de los diferentes datos de las tablas y gráficos donde se puede destacar que el 34,8% está adherido al tratamiento y que dicha enfermedad presenta una prevalencia de 26.45% en los pacientes y que no existe relación entre las recaídas y las hospitalizaciones, así como tampoco existe relación entre el nivel de adherencia y las hospitalizaciones.

En la discusión:

Se observa que el 34,8% de pacientes se encuentra adherido al tratamiento, mientras que el 65.2% se encuentra no adherido al tratamiento, esta cifra es muy similar al estudio realizado por Páucar J. en 2011 donde expone que, un 67% no está adherido al tratamiento ⁽⁸⁾, mientras que el estudio de Coldham

E. y Addington D. realizado en Canadá muestra cifras similares casi similares con un 41% de correcta adherencia ⁽¹¹⁾.

Si bien el 65,2% de pacientes presento al menos una recaída durante el tiempo que lleva diagnosticado de esquizofrenia, con una media de 1,69, las hospitalizaciones por dicha enfermedad fueron de 55,4%, lo que conllevaría a pensar que guardan alguna relación, pero realizando un gráfico de tablas cruzadas se revela que no existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones ya que el nivel de significancia es mayor a 0.05 Así como también se buscó si existía alguna relación entre el nivel de adherencia y las hospitalizaciones, obteniendo un nivel de significancia de 0.174, es decir, menor a 0.05 negando así dicha hipótesis, esto se debe a que no en todos los casos una correcta adherencia lleva a evitar las hospitalizaciones debiéndose revisar los factores externos que contraponen a su tratamiento como el ritmo de vida, el factor de stress o el consumo de drogas.

En el quinto capítulo se concluye el nivel de adherencia al tratamiento fue de 34.8%, la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021 fue de 26.45% y que no existe relación entre las recaídas y las hospitalizaciones como tampoco entre el nivel de adherencia y las hospitalizaciones.

Por último, se recomienda concientizar tanto a los pacientes como a los familiares sobre la importancia del cumplimiento de su tratamiento mediante charlas informativas en ayuda conjunta con el personal médico y asistencial del hospital y considerar nuevas variables como el tipo de medicación que toma (fármacos típicos o atípicos), si sigue en simultaneo otro tratamiento y si consume drogas.

CAPITULO II: PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo. Esta se caracteriza por “la coexistencia de la conciencia normal de la realidad con una mutación insólita productiva de la estructura de la conciencia cognitiva de la realidad” ⁽¹⁾ ⁽²⁾. Si no es tratado a tiempo puede incapacitar al afectado a realizar sus labores y su correcto desarrollo social ⁽³⁾.

La prevalencia de esquizofrenia a nivel mundial va desde los 0.9 a 3.8 reporte de casos por mil habitantes y la incidencia varía de 0.16 y 0.28 por mil habitantes. Otro hallazgo en el estudio de primeros episodios de esquizofrenia sugiere que se presenta en etapas tempranas con mayor incidencia en varones que en mujeres y que la “edad de inicio” se da entre 15 y 25 años, señalado en el manual específico de esquizofrenia, México, presentando además que el hombre presenta episodios psicóticos de mayor intensidad ⁽⁵⁾.

Un último estudio realizado en Perú en el 2010 contabiliza más de 280 mil personas padecen esta enfermedad, mientras que solo el 63% recibe tratamiento presentándose de 15 a 25 años en varones y de 25 a 35 años en mujeres ⁽⁶⁾.

Una preocupación mayor en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia es la no adherencia con la medicación. Se reporta entre un 40 y 80% de pacientes con esquizofrenia suspenden el tratamiento al año y dos años de iniciado el tratamiento, constituyendo una causa importante de recaídas, mayor número de hospitalizaciones y peor pronóstico. Por ende el siguiente estudio pretende definir el nivel de adherencia en los pacientes esquizofrenia.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021?

2.2.2 PROBLEMA SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021?
- ¿Cuánto es el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021?
- ¿Cuál es la frecuencia de las variables que determinan la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021?
- ¿Existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica 2021?
- ¿Existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo

de psiquiatría del Hospital Regional de Ica 2021?

-

2.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los motivos que llevaron a investigar sobre el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos son debido a que, muchos pacientes al empezar con su tratamiento y sentir una notoria mejoría en su estado de ánimo y percibir la disminución de las alucinaciones tienden a dejar su medicamento.

El siguiente trabajo tuvo como fin determinar la adherencia al tratamiento para así poder brindarle una mejor atención al paciente esquizofrénico y también una concientización a su familia para que también sean participantes activos en la vida de su familiar.

Es por ello que el siguiente trabajo busca marcar un precedente para los pacientes es. La presente investigación se justificó en los siguientes puntos:

- Teóricamente: Servir como una guía de consulta o estudio de referencia nacional debido a que hay pocos estudios similares en nuestro país, sirviendo como una importante herramienta de consulta.
- Prácticamente: Es conveniente ya que mediante este estudio se sabrá el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con esquizofrenia para así poder brindarles un mejor servicio y una mejor calidad de vida.
- Metodológicamente: Esta investigación brinda datos confiables debido a que se tomó una población considerable para este tipo de enfermedad.

- Económico – Social: Al marcar un precedente en el marco de la investigación ayudó también a concientizar tanto a los pacientes como a los familiares la importancia de llevar adecuadamente su tratamiento sin interrupciones.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

- El siguiente estudio al ser de tipo descriptivo prescindirá de hipótesis general.

2.5 VARIABLES

- Tiempo que sigue el tratamiento.
- Adherencia al tratamiento:
 - Olvidó de tomar los medicamentos.
 - Toma los medicamentos a las horas indicadas.
 - Deja de tomar su medicamento porque se siente bien.
 - Deja de tomar su medicamento porque se siente mal.
- Numero de recaídas.
- Numero de hospitalizaciones.
- Nivel de adherencia al tratamiento: Cumplimiento o incumplimiento del paciente al tratamiento

CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.
- Precisar el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.
- Determinar la frecuencia de las variables que determinan la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.

CAPÍTULO IV: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES NACIONALES

- Angulo A. ⁷⁾ en 2014 Expone en su trabajo de investigación sobre la importancia de determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura, realiza un estudio de casos y controles con: 45 pacientes sin adherencia al tratamiento antipsicótico y 45 pacientes con adherencia a este tratamiento determinando que hay mayor índice de varones (56% en los casos y 62% en los controles) presentando un $p < 0.05$.

Concluye que, el consumo de estupefacientes es un factor asociado a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en los pacientes esquizofrénicos, así como también el uso previo de antidepresivos, ansiolíticos y pertenecer a un nivel socioeconómico y sociocultural bajo predispone a una no adherencia farmacológica. Además, agrega que es recomendable concientizar al paciente sobre su enfermedad, así como también a sus familiares o al personal que esté a cargo de su cuidado ⁽⁷⁾.

- Paucar J. ⁸⁾ presenta el siguiente trabajo de investigación tiene como fin determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos para lo cual fueron entrevistados alrededor de 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en consulta externa, obteniendo que el 67% de pacientes está adherido al tratamiento. Demostrando además que las variables sociodemográficas como: edad, sexo y estado civil no tiene relación con la adherencia al tratamiento farmacológico y que el 78% de los evaluados no trabajaba y que tampoco existe relación entre el número

de hospitalizaciones y la no adherencia al tratamiento farmacológico.

Se evidencio además que el 34% de pacientes no cumplen con sus citas programadas lo que se asocia a la no adherencia del tratamiento, relacionando esto también a que la poca o nula adherencia al tratamiento está relacionado a malos resultados funcionales y clínicos siendo este dato importante para poder brindar un mejor tratamiento y trato al paciente ⁽⁸⁾.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- De las Cuevas C. y Sanz E ⁽⁹⁾ Este estudio realizado en España el 2015 expone sobre la importancia de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, estableciendo que al no haber esta buena recepción por parte de los pacientes se presenta malos resultados terapéuticos tales como el aumento de recaídas y recurrencias aumentando así los costes sanitarios.

Expone también que a pesar de presentarse diferentes variables como: factores relacionados al paciente, al sistema de salud, factores socioeconómicos e incluso factores propios de la enfermedad, no existe un “Gold standard” para la adherencia medicamentosa ya que ya que todos los métodos disponibles presentan sus limitaciones.

Presenta que existen dos tipos de métodos importantes para la valoración del nivel de adherencia. Los métodos objetivos y los métodos subjetivos, siendo el segundo de mayor importancia para la valoración del nivel de adherencia psicofarmacológica ya que es más económico y rápido que el primero (el método objetivo requiere muestras y pruebas de laboratorio para su desarrollo). Presentando a los principales dentro del grupo de método subjetivo, tales como la escala de Morrisky Green y la escala de Drug Attitude Inventory (DAI – 30 y DAI –10) y la escala de Medication Adherence Report Scale (MARS).

Concluye que identificar el grado de adherencia medicamentosa de un paciente no es algo sencillo porque implica un nivel de comunicación y confianza elevado, es importante para ello, explorar los conocimientos, valores, preferencias y expectativas de cada paciente ya que es muy fácil que no se pueda entender y por ende re orientar el cumplimiento de su tratamiento ⁽⁹⁾.

- García I. y Granada J. ⁽¹⁰⁾. (2007) Estudio realizado en España establece que para poder tener una mejor guía sobre el nivel de adherencia llevan un registro en la administración de inyectables y la impresión clínica del paciente, considerando necesario intervenir cuando el paciente presenta varias recaídas por el incumplimiento del tratamiento terapéutico,

Para ello, el siguiente consenso lo que busca en sí es potenciar las actitudes positivas del paciente, y para lograr esto se busca establecer acuerdos con el paciente acerca de la importancia de tomar los fármacos, esta es la estrategia de elección del personal de enfermería para reducir las recaídas.

Se utilizó la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de satisfacción estadística de 0.05 con un intervalo de confianza del 95% para la cual se desarrolló un cuestionario de 43 preguntas donde se busca evaluar que tanto conoce el paciente sobre su condición y la importancia de tomar sus medicamentos; estas preguntas implicaban darle un puntaje del 1 al 9 en el 90% de preguntas.

Concluye que, lo que se busca es mejorar la calidad de atención diaria en los pacientes con esquizofrenia, así como también mejorar la evolución a largo plazo reduciendo las recaídas con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente esquizofrénico ⁽¹⁰⁾.

- Coldham E. y Addington D ⁽¹¹⁾. Este estudio realizado en Canadá (2002) tiene como población de estudio a los pacientes que presentaron su primer episodio (un total de 200) usándose una escala de 3 puntos.

Los resultados del presente estudio muestran que el 39% presenta una no adherencia, el 20% tiene una inadecuada adherencia a la medicación, mientras que el 41% presentaron una correcta adherencia en pacientes con un primer episodio psicótico y diagnóstico de esquizofrenia al ingreso y al año del estudio.

Los pacientes que presentaron una no adherencias medicamentosas mostraron en aumento los síntomas positivos de la esquizofrenia (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado) presentando también adicción al alcohol y cannabis. Estos pacientes que presentaron una no adherencias eran relativamente más jóvenes en comparación con los demás miembros de la muestra.

Concluye que, el incumplimiento al tratamiento tiene que ser previsto, para ello se necesita el compromiso y concientización de la familia sobre la condición de su familiar para intervenir tan pronto como sea posible a fin de reducir al mínimo las consecuencias de su incumplimiento. Previniendo esto se podría evitar consecuencias sociales y económicas significativas para los miembros de la familia ⁽¹¹⁾.

- Perkins DO. ⁽¹²⁾ (1999) estudio realizado en USA postula que aproximadamente un 40% de sus pacientes suspenden el tratamiento al año y un 75% a los dos años de iniciado.

Postula también que los efectos adversos presenta un rol crucial en la decisión del paciente a interrumpir el tratamiento antipsicótico, así como también por otros factores como la no concientización de la enfermedad o el sentir una mejoría.

Basándose en modelos clínicos de salud, los médicos buscan evaluar el impacto relativo de los diferentes factores de adherencia a la medicación. Este trabajo de investigación postula que la adherencia al tratamiento se determina mediante la evaluación de los beneficios del tratamiento y los riesgos de la enfermedad en comparación con los costos de los tratamientos (incluidos los efectos adversos tales como aumento de peso y síntomas molestos) del paciente. Otros factores en la decisión son barreras para la adherencia y señales para actuar (es decir, recordatorios para tomar la medicación).

Los pacientes que creen los riesgos del tratamiento son mayores que los beneficios son propensos a discontinuar su medicación y son candidatos para una intervención para aumentar la adherencia.

Concluye que tanto los antipsicóticos típicos como los antipsicóticos atípicos han mostrado su utilidad, pero, a pesar de eso la esquizofrenia continúa siendo mal tratada y el grado de adherencia de los pacientes a los diferentes tratamientos resulta bajo ⁽¹²⁾.

2. BASE TEÓRICA

2.1 GENERALIDADES

PRECEDENTES DE LA ESQUIZOFRENIA

Las primeras indicios o ideas para entender esta psicopatología, nos dice que, los primeros intentos de conceptualizarla, comenzó por el intento de reunir bajo una misma entidad historias clínicas particulares, más tarde, se partió de esa unidad en búsqueda de subentidades que después se trataron de recomponer y factorizar de nuevo ⁽⁴⁾.

E. Kraepelin y Bleuler E. son dos personajes claves para poder entender y desglosar la historia de la esquizofrenia ⁽⁵⁾.

En 1860 Benedict Morel utilizó por primera vez la palabra “demencia precoz” como resultado de un reporte de caso, en donde un paciente presentaba imperfecciones en el uso de la psique y problemas de retención a corto plazo después de vivir una infancia prometedora. Dicho joven presentaba como antecedente de importancia una madre con alteración de la personalidad y reportes de cuadros psicóticos. B. Morel relaciono este antecedente a la conducta del joven como una “consecuencia heredobiológica degenerativa” y nombró el estado del joven como “*demenccce precoce*” ⁽⁶⁾.

E. Hecker en 1871 diferenci6 la “*demenccce precoce*” de una nueva enfermedad la cual defini6 como “hebefrenia”, definiendo a esta nueva psicopatologfa de la primera por presentar una aparici6n temprana, generalmente ligada a la pubertad, aparici6n cambiante (melancolfa, manfa y confusi6n), esta se diferenciaba de la “*demenccce precoce*” por presentar una rfpida evoluci6n sintom6tica que culmina en el debilitamiento cognoscitivo del paciente, presentando adem6s una caracterfstica forma del deterioro terminal. Esta despu6s fue clasificada como esquizofrenia desorganizada ⁽¹²⁾.

En 1874 Kahlbaum defini6 la “catatonfa”, exponiendo 3 principales sntomas que definfan dicho padecimiento: la manfa o el estado estuporoso que se relaciona a la vulnerabilidad enc6ustica y el estado melanc6lico que homologa a la 6ltima causa de una relaci6n alongada con consecuencias no confortables. Kahlbaum dedujo que la “catatonfa” era el sntoma de una enfermedad m6s compleja, que abarca la estructura cerebral ⁽⁶⁾. El estudio de investigaci6n realizado por Kahlbaum presentaba veintis6is reportes de casos, cuyo objetivo no era definir una nueva enfermedad sino definir adecuadamente los l6mites cl6nicos de la “*melancholia attonita*”, sin embargo, posteriormente se determin6 que solo diez casos eran de catatonfa ⁽¹³⁾.

Langfeldt realiz6 una clasificaci6n entre la poblaci6n esquizofr6nica y los agrup6 seg6n los sntomas psic6ticos que presentaban en dos grupos: los esquizofr6nicos con diagnostico comprobado y los que sufrfan una psicosis esquizoide ⁽⁵⁾.

Kurt Schneider, a finales de inicios de los a6os 60’s busca diferenciar la esquizofrenia de otras psicopatologfas, estipulando los sntomas principales y secundarios de Bleuler en un conjunto de recopilaciones psic6ticas, que defini6 como “de primer orden o rango”. A pesar que K. Schneider se limit6 netamente a lo cl6nico respecto a “los sntomas de primer orden”, evidenci6 que 6stos tenfan en com6n rasgos an6malos, y que tenfan como consecuencia la decadencia de los l6mites del yo; de tal forma, agreg6 a los trastornos del yo” el deterioro Kraepeliniano y la desorganizaci6n Bleuriana,

forjando así uno de los pilares fundamentales sobre el concepto de esquizofrenia, que siguen vigentes al día de hoy ⁽⁵⁾.

En 1975 Strauss propuso que existen dos tipos de esquizofrénicos, los que presentan “sintomatología positiva” (alucinaciones auditivas, visuales, etc.) “sintomatología negativa” (sentimientos de inferioridad, inexistencia, etc.) ⁽¹²⁾.

A inicios de los años 80's Crow definió los síntomas y separó la esquizofrenia en dos. Proponiendo los tipos I y II de la esquizofrenia, donde el tipo I era definido por la imponentia de los “síntomas positivos” (expuestos anteriormente por Strauss) y a la esquizofrenia tipo II por el predominio de los “síntomas negativos”. Años posteriores Andreasen basado en los estudios hechos por Crow acuñó el tipo III, que combinaba ambos tipos, ya que llevado a la clínica cotidiana era la más frecuente ⁽¹²⁾.

En 1990 aproximadamente, con el surgimiento del “Proyecto Genoma Humano” el rumbo de la psiquiatría cambió de dirección y con ella, todo lo comprendido referente a lo que se sabía hasta el momento de la esquizofrenia, principalmente de sus causas. Este proyecto fue un logro sin precedentes para el mundo de la ciencia como se lo conocía hasta ese momento, lo que permitió determinar una gran diversidad de genes mutados, que se relacionan a distintas patologías, entre ellas, la esquizofrenia ⁽¹⁵⁾.

CAUSAS

Las ideas iniciales sobre “una mente dividida” o de una enfermedad mental, se dieron en la Europa antigua (Grecia), este hecho conllevó a la pena del fogón a cientos de personas al ser acusadas de estar poseídas por una entidad maligna hasta la época medieval ⁽¹⁶⁾, En 1860, cuando se realizó la primera definición de una enfermedad mental degenerativa, definida como “*demenccce precoce*” por B. Morel, es a partir de este inicio de un sinfín de

investigaciones en busca de la comprensión de la esta patología, que fue bautizada por el psiquiatra suizo Bleuler como “Esquizofrenia” ⁽¹³⁾.

Aun no se ha podido identificar una causa única o exacta para la esquizofrenia, ya que al igual que muchas enfermedades son el resultado de la interacción de factores genéticos, del comportamiento y otros. Es posible que las causas de la esquizofrenia también sean como esos casos.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de esquizofrenia a nivel mundial va desde los 0.9 a 3.8 reporte de casos por mil habitantes y la incidencia varia de 0.16 y 0.28 por mil habitantes, según el DSM-IV Se concluyó que la prevalencia es similar a nivel global, evidenciando la vulnerabilidad congénita de la psicopatología, a pesar de la diferenciación, socioeconómica o étnica, este dato varía entre 0.5 a 1.5%, la incidencia anual varia dentro de un rango de 0.5 a 5.0 por 10000 habitantes ⁽¹⁷⁾.

Un hallazgo repetitivo en los estudios de los brotes e inicios de la esquizofrenia, es que se presenta con mayor frecuencia hombres que en mujeres en la etapa de la pubertad. La edad de inicio rango en varones es de 15 y 25 años, en cambio en las mujeres es de 25 a 35 años, como señala el “Programa Específico de Esquizofrenia”, México, siendo el sexo masculino quien presenta episodios psicóticos más marcados que las mujeres ⁽¹⁸⁾.

Un último estudio realizado en el Perú en el 2010 contabiliza más de 280 mil personas padecen esta enfermedad, mientras que solo el 63% recibe tratamiento presentándose de 15 a 25 años en varones y de 25 a 35 años en mujeres ⁽²⁰⁾.

ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Existen varias teorías sobre la posible causa de la esquizofrenia que intentan definir su probable origen, es muestra del sacrificado trabajo de los investigadores en su afán de conocer el origen de la sintomatología, gracias a estos avances se tiene un enfoque y un enfoque más rico del panorama de dicha enfermedad.

A través de la investigación, se han identificado varios factores que contribuyen al riesgo de desarrollar esquizofrenia ⁽²¹⁾.

Factores ambientales: Dado que la herencia no puede explicar por si sola la esquizofrenia, se ha tenido en cuenta factores ambientales en el origen de la enfermedad. Pero ocurre que La importancia de estos factores queda demostrada, entre otros, por el hecho que en los estudios de gemelos monocigóticos discordantes para la esquizofrenia las variables ambientales podrían estar determinando las diferencias interindividuales ⁽²¹⁾.

Según la hipótesis social, el estrés es un factor determinante en la enfermedad mental, siendo más frecuente en individuos de un sector socioeconómico bajo, agregando a esto la malnutrición, el desempleo, paupérrimas condiciones de vida y la deficiente higiene es están propensos a manifestar indicios de una enfermedad mental ⁽²³⁾ que probablemente darán paso al desarrollo de esquizofrenia.

Según el estudio de Ronald Laing, la familia también es el principal agente social relacionado como causa de esquizofrenia, aportando ciertas características negativas como una atmósfera toxica de convivencia donde la familia predica la incomunicación entre sus integrantes ⁽²²⁾, cuando la cabeza de familia no es capaz de establecer

una relación afectiva con sus inferiores, provocando grandes traumas en la mente del infante, que después con el paso del tiempo, ya en su vida adulta, estos traumas saldrán a flote con repercusiones ⁽²³⁾.

Factores Genéticos Las psicopatologías ocurren en menos del 1% de la población en general, pero presenta un 10% adicional en aquellas personas que tienen un parentesco de primera línea con alguien que tiene dicho trastorno (padre, hermano o hijo), los pacientes que tienen un parentesco de segunda línea con alguien que tiene la enfermedad (abuelos, tíos o primos) también tienen riesgo de desarrollar esquizofrenia pero con menor incidencia. El riesgo se incrementa en gemelos de una persona con esquizofrenia. En este caso existe entre un 45 a 65% de probabilidades de desarrollar la enfermedad. Por otro lado, hay ocasiones en que familiares que tienen dicho trastorno pero que no lo desarrollan ⁽²⁷⁾.

Para sintetizar, los últimos estudios del genoma demostraron asociaciones estadísticamente importantes entre la esquizofrenia y la variación genómica común (SNPs) y rara (CNVs). La pleotropía entre psicopatologías es evidente ⁽²¹⁾.

Estos resultados, en un tiempo, tendrán un lugar en la clasificación de las psicoenfermedades. A pesar de presentar un adecuado estudio sobre la genética de la esquizofrenia es todavía muy ínfimo y los resultados de la probabilidad de heredar dicha enfermedad expuesto mediante un mapeo genético es casi nula. Sin embargo, para darle importancia a los resultados es necesario ampliar la investigación de replicación y evaluación de genomas ^{(21) (28)}.

Otros genes implicados en la esquizofrenia Estudios recientes, realizados por Shi y colaboradores ⁽²⁹⁾, se descubrió

12 genes asociados a la esquizofrenia, siendo los de mayor relevancia: DRD4, SLC6A4 (transportador de serotonina), y GABRB2 (receptor GABA), con este descubrimiento, se puede sustentar que existe relación de la esquizofrenia con la inadecuada relación en la neurotransmisión de dopamina, serotonina y la inhibición del GABA.

Se creó un término, denominado “esquizotaxia”⁽²⁹⁾ que se refiere a una tendencia intrínseca a que un fenotipo se manifieste clínicamente, cuando haya interacción con el medio. Mientras mayor sea la “esquizotaxia” en el paciente, mayor es la determinación genética en la aparición de la esquizofrenia en el mismo⁽³⁰⁾.

ADHERENCIA EN ESQUIZOFRENIA

Una preocupación mayor en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia es la no adherencia con la medicación. Perkins (1999) encuentra que aproximadamente un 40% de sus pacientes suspenden el tratamiento al año y un 75% a los dos años de iniciado⁽³¹⁾.

Coldham (2002) reporta 39% de no adherencia, 20% inadecuada adherencia a la medicación en pacientes con un primer episodio psicótico y diagnóstico de esquizofrenia al ingreso y al año del estudio. Adicionalmente al impacto sobre la enfermedad, la no adherencia tiene consecuencias sociales y económicas significativas⁽¹¹⁾.

A pesar de ser una causa prevenible de recaídas, hospitalizaciones y pobre pronóstico, la no adherencia es uno de los problemas más difíciles de solucionar, Gaebel y Pitzcker (1984) encuentran que 90% sufren recaídas frecuentes y finalmente nunca experimentan una mejoría completa⁽³²⁾.

Kissling (1992) menciona que la tasa de recaída disminuye de 70 a 20% con medicación ⁽³³⁾, mientras que la adherencia a la medicación es un fenómeno multifactorial que ha sido evaluada ampliamente en la literatura, sin embargo, según Linden M. et al (2001) los resultados continúan siendo controversiales y se requieren más estudios en este tema ⁽³⁴⁾.

Estudios más recientes como el De las Cuevas C. y Sanz E. en 2015 establecen que los métodos indirectos (subjetivos) presentan una clara ventaja ante los directos (objetivos), en cuestión de tiempo y dinero, aunque con una ligera menos fiabilidad, establecen que los mejores métodos a usar es la escala de Morrisky de adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-items) y el Inventario de Actitudes hacia la Medicación de 10 ítems (DAI-10) ⁽⁹⁾.

MARCO CONCEPTUAL

- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:** Se define como el correcto cumplimiento y adecuación a un medicamento, es decir toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el horario establecido. Además se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado.
- **ESQUIZOFRENIA:** Trastorno mental grave que existe cuando un individuo aparece robo del pensamiento o con percepciones delirantes. Esta se caracteriza por la convivencia de la conciencia saludable de la realidad con una mutación anómala e improductiva de la estructura de la psique de la realidad.
- **RECAÍDA:** Reparición de una enfermedad o de los signos y síntomas de una enfermedad determinada después de un período de mejoría provocando una nueva hospitalización.

- **HOSPITALIZACIÓN:** Es el ingreso de una paciente enfermo o herido en un hospital para su estudio, análisis, diagnóstico y tratamiento por parte del personal de sanidad.

CAPÍTULO V: MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS

5.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

5.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

No Experimental: puesto que solo se observa el fenómeno de estudio más no se manipula la variable independiente.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Retrospectivo: Porque en esta parte el investigador estudia sobre el hecho que ha ocurrido en forma anterior al desarrollo de la misma.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

5.3.1 POBLACIÓN

Todos los pacientes adultos atendidos en el Servicio de consultorio externo

de psiquiatría del hospital Regional de Ica” con diagnóstico de esquizofrenia. El universo contará con 4366 pacientes.

5.3.2 MUESTRA

TAMAÑO DE MUESTRA: La población estimada de estudio es 354 pero por criterios de inclusión y exclusión se estudió a 112 pacientes.

TIPO DE MUESTREO: Aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad del paciente: mayor de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes que se atendieron en el consultorio externo de psiquiatría en el año 2018.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que hayan continuado el tratamiento en el hospital.
- Pacientes con número de historia clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes que sólo fueron atendidos por emergencia.
- Pacientes de los cuales se hayan perdido sus historias.
- Pacientes que niegan tener esquizofrenia.
- Pacientes sin compañía de un familiar.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS

Técnica: Se usó la recolección de datos, con una encuesta basada en el Test de Morrisky Green y editada por el investigador, así como también la revisión de las historias clínicas para corroborar si los pacientes que colaboraron con la encuesta cumplen con los criterios de inclusión para que así las variables sean puestas en el análisis de recolección de datos.

Instrumento: Se usó una ficha de recolección de datos, basada en el *Test de Morrisky Green* a la que se le realizó una modificación por el investigador para cumplir con los objetivos del siguiente trabajo de investigación. Fue validada por 3 expertos (médicos especialistas del Hospital "Regional de Ica". La recolección de datos se realizó minutos antes de que el paciente entre a su consulta, con ayuda del investigador, el paciente contestará 7 preguntas con una duración de 10 minutos por paciente, previamente a estas preguntas el investigador le preguntará a cada paciente si es nuevo, continuador o reingresaste y si ha sido diagnosticado con esquizofrenia.

INSTRUMENTOS

Para la presente tesis se utilizará la ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

De una población total de 4366 pacientes esquizofrénicos, para el siguiente estudio se analizaron 112 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y niegan los criterios de exclusión, obteniéndose así que en la TABLA 1 y GRÁFICO 1 cerca del 34.8% (39 pacientes) presenta adherencia al tratamiento, contra un 65,2% (73 pacientes) que presenta una no adherencia. Al evaluar la prevalencia de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Regional de Ica en el GRÁFICO 2 se obtuvo que estos presentan una prevalencia del 26.45%.

Respecto al tiempo de tratamiento se observó que en la TABLA 2 y GRÁFICO 3 el 56.3% (63 pacientes) de los pacientes llevan más de 5 años siguiendo su tratamiento, mientras que un 16.1% (18 pacientes) llevan menos de un año de tratamiento.

En la TABLA 3 y GRÁFICO 4 un 80.4% (90 pacientes) de pacientes evaluados afirma que si toma sus medicamentos a las horas indicadas contra un 19.6% (22 pacientes) que afirma lo contrario. En la TABLA 5 y GRÁFICO 6 un 82.1% (92 pacientes) que no dejaría de tomar su medicación y un 9.8% (11 pacientes) afirma que si lo haría, pero previa consulta con su médico.

En la TABLA 9 se aprecia que la media de recaídas por paciente es de 1,69, es decir que en promedio cada paciente ha tenido dos recaídas y la media de hospitalizaciones es de 1,37, es decir, cada paciente ha tenido en promedio 1 recaída; mientras que para la TABLA 10 y TABLA 11 se demostró que no existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones como tampoco existe

relación entre el nivel de adherencia y las hospitalizaciones, por presentar un $p < 0.05$.

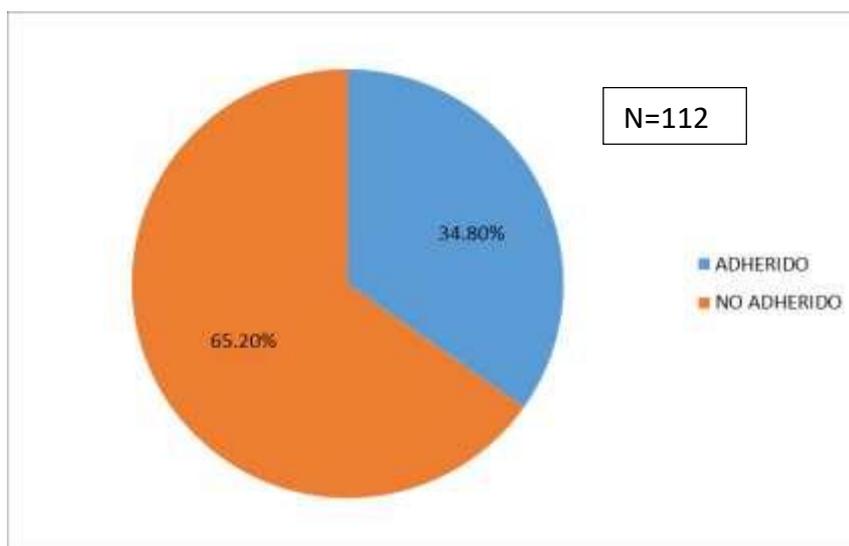
TABLA N° 1

ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

	ADHERENCIA	
	Frecuencia	Porcentaje
ADHERIDO	39	34,8
NO ADHERIDO	73	65,2
Total	112	100,0

GRÁFICO N° 1

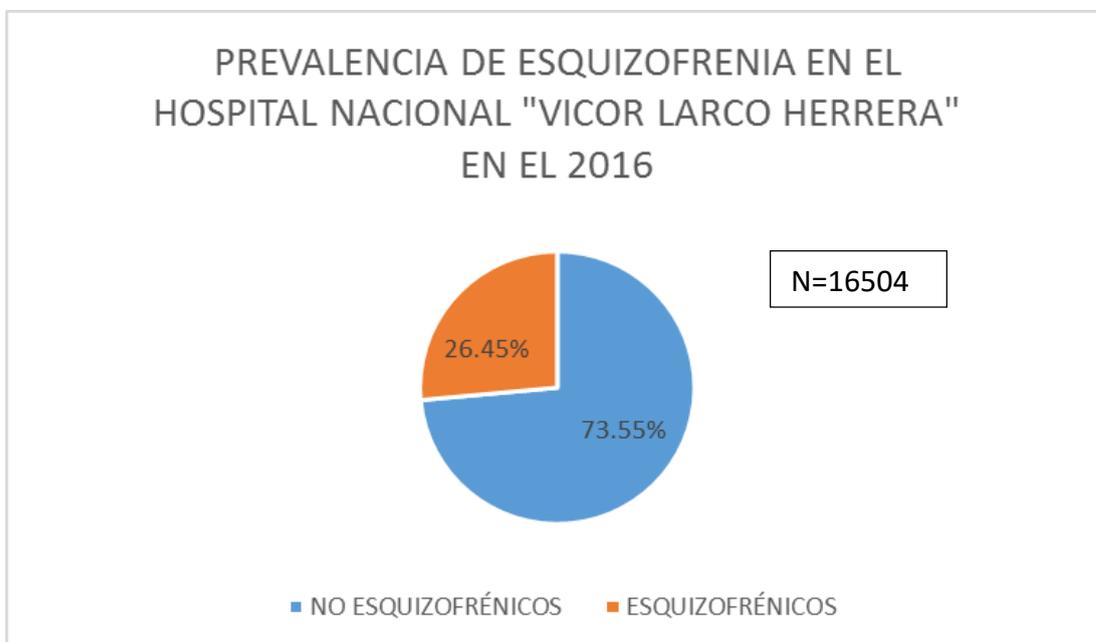
PORCENTAJE DEL NIVEL DE ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: De la TABLA 1 y GRÁFICO 1 se analizaron los datos estadísticos, con lo cual se evidenció que el 34,8% (39 pacientes) está adherido al tratamiento, y el 65,2% (73 pacientes) no está adherido al tratamiento

GRÁFICO N° 2

PREVALENCIA DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: Se analizaron 16504 pacientes que corresponden a todos los pacientes atendidos durante el periodo enero - julio 2018 junto con el total de pacientes adultos atendidos en consulta externa con diagnóstico de esquizofrenia y aplicando la fórmula de prevalencia se obtuvo una prevalencia del 26,45% (4366 pacientes) de esquizofrenia (de cada 10 pacientes 2,6 son esquizofrénicos). La prevalencia fue hallada con la siguiente fórmula:

$$\frac{\# \text{ Casos nuevos} + \# \text{ casos antiguos}}{\text{Población total en el momento dado}} \times 100$$

$$\frac{4366}{16504} \times 100 = 26.45$$

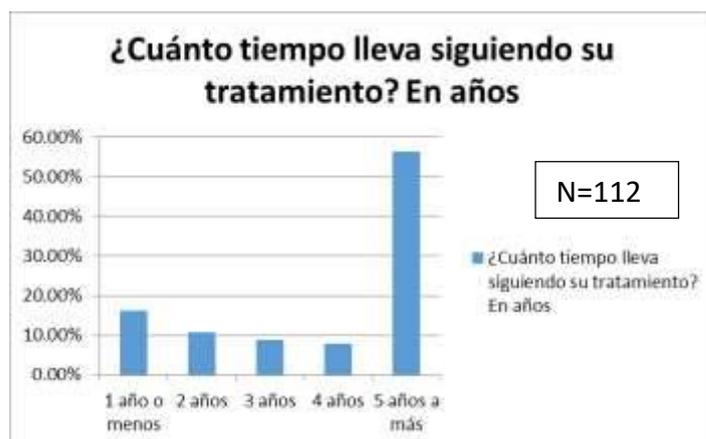
TABLA N° 2

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

¿Cuánto tiempo lleva siguiendo su tratamiento?		
AÑOS DE TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
1 año o menos	18	16,1
2 años	12	10,7
3 años	10	8,9
4 años	9	8,0
5 años a más	63	56,3
Total	112	100,0

GRÁFICO N° 3

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: En la TABLA 2 y en el GRÁFICO 3 se evidenció que, el 56.3% de los pacientes (63 pacientes) llevan más de 5 años siguiendo su tratamiento, mientras que un 16.1% de los pacientes (18 pacientes) llevan menos de un año de tratamiento, observándose también que los pacientes que llevan más

de 3 años de tratamiento, pero menos de 5 años representan el 8% (9 pacientes) de los encuestados.

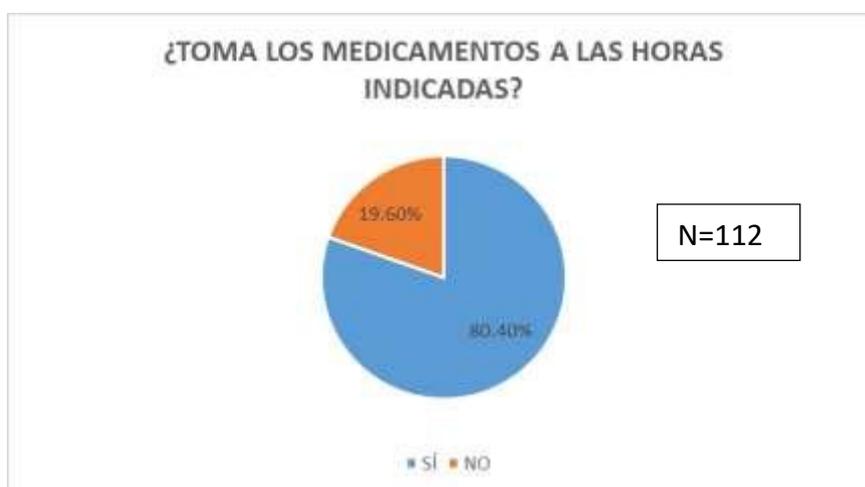
TABLA N° 3

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	90	80.4
NO	22	19.6
TOTAL	112	100.0

GRÁFICO N° 4

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021



Interpretación: En la TABLA 3 y GRÁFICO 4 se analizaron los datos obtenidos, de los cuales el 80% de los pacientes evaluados (90 pacientes) refiere que, si toma sus medicamentos a la hora indicada, mientras que un 19.6% (22 pacientes) refiere que no toma sus medicamentos a la hora que le indica su médico tratante.

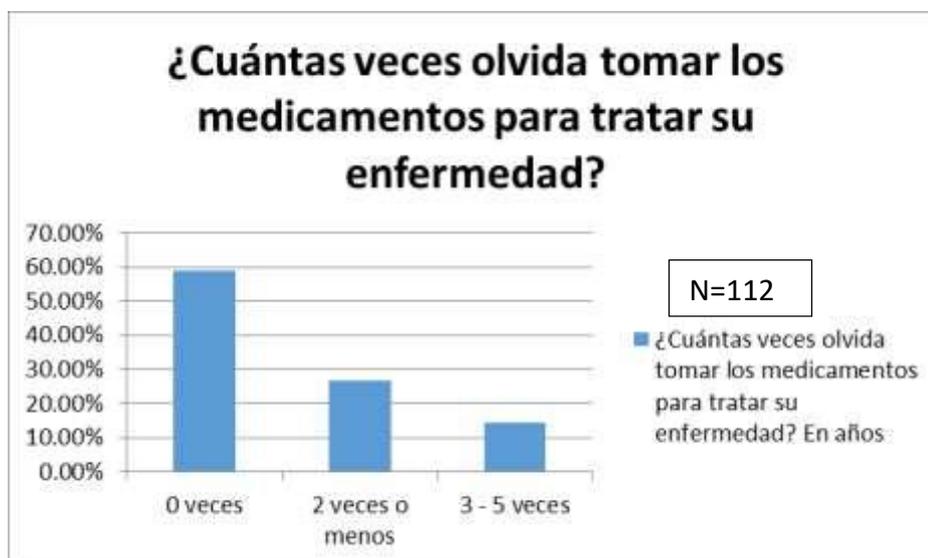
TABLA N° 4

NÚMERO DE VECES DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

¿CUÁNTAS VECES OLVIDA TOMAR LOS MEDICAMENTOS PARA TRATAR SU ENFERMEDAD		
Numero de veces	Frecuencia	Porcentaje
0 veces	66	58,9
2 veces o menos	30	26,8
3 - 5 veces	16	14,3
Total	112	100,0

GRÁFICO N° 5

NÚMERO DE VECES DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: En la TABLA 4 y GRÁFICO 5 se halló que el 58,9% de los pacientes (66 pacientes) refiere no haber olvidado tomar su medicación durante la semana, mientras que un 14,3% de los pacientes evaluados (16 pacientes) olvidaron tomar su medicación aproximadamente entre 3 a 5 veces por semana.

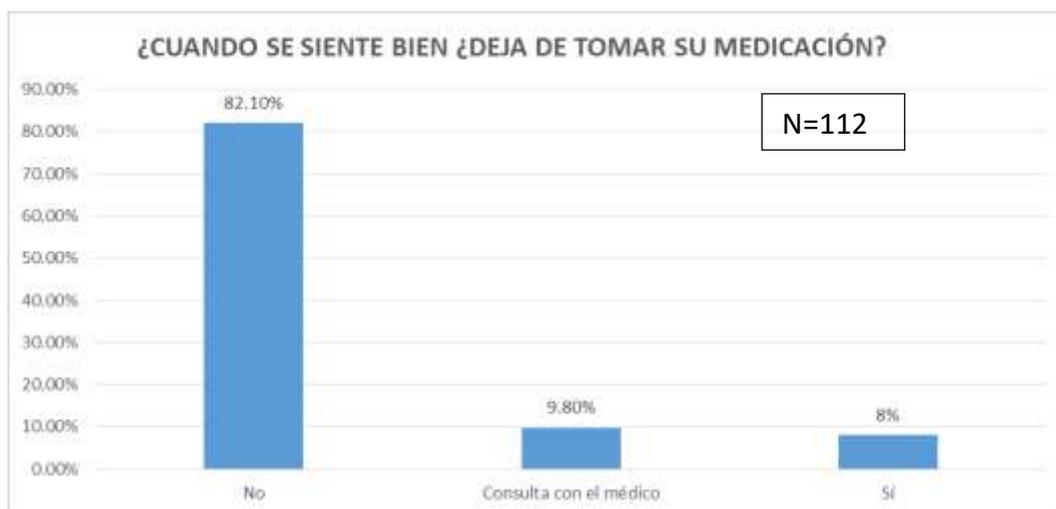
TABLA N° 5

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

CUANDO SE SIENTE BIEN ¿DEJA DE TOMAR SU MEDICACIÓN?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	92	82,1
Consulta con el médico	11	9,8
Sí	9	8,0
Total	112	100,0

GRÁFICO N° 6

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: En la TABLA 5 y GRÁFICO 6 Se halló que el 82.1% de los encuestados (92 pacientes) no dejaría de tomar su medicación, mientras que un 9.8% (11 pacientes) consultaría con su médico antes de tomar una decisión, y que un 8% de los pacientes encuestados (9 pacientes) dejaría de tomar el medicamento por voluntad propia.

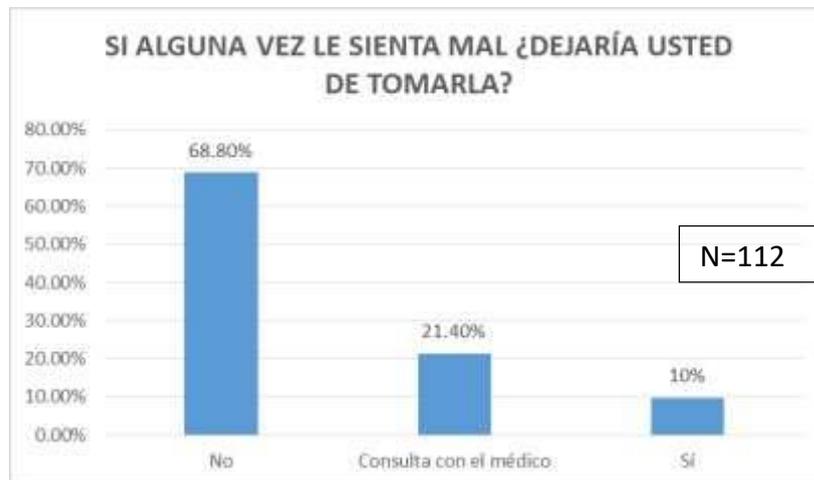
TABLA N° 6

RESPONSABILIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

Si Alguna Vez Le Sienta Mal ¿Dejaría De Tomarla?		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	77	68.8
Consulta con el médico	24	21.4
SI	11	9.8
TOTAL	112	100.0

GRÁFICO N° 7

RESPONSABILIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: En la TABLA 6 y el GRÁFICO 7 de los datos analizados se obtuvo que, de todos los pacientes analizados el 68.8% (77 pacientes) refiere que a pesar de sentir molestias o que el fármaco le da efectos adversos estos no dejarían de tomar su medicación, un 21.4% (24 pacientes) refiere que, si lo dejaría, pero previa consulta con su médico tratante, mientras que el 9.8% de los pacientes encuestados (11 pacientes) refiere que si dejaría su medicación por cuenta propia sin antes consultar a su médico tratante.

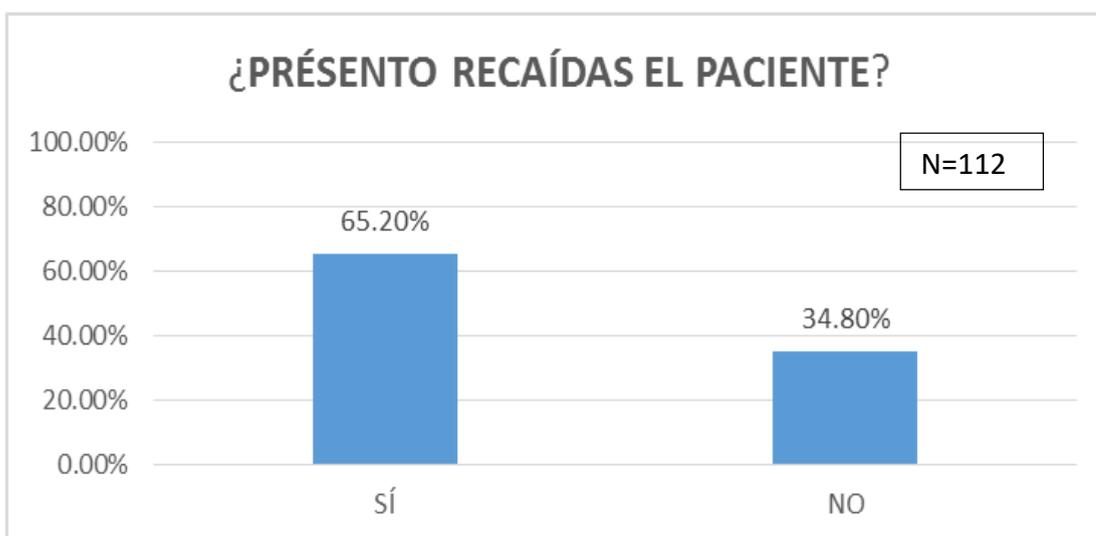
TABLA N° 7

ÍNDICE DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

	¿PRESENTÓ RECAÍDAS EL PACIENTE?	
	Frecuencia	Porcentaje
SI	73	65.2
NO	39	34.8
Total	112	100.0

GRÁFICO N° 8

ÍNDICE DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: En la TABLA 7 y GRÁFICO 8, de los cuales un 65.2% (73 pacientes) refiere si es que el paciente presentó recaídas a lo largo de su tratamiento mientras que un 34.8% (39 pacientes) de pacientes refiere que no ha presentado recaídas durante su tratamiento.

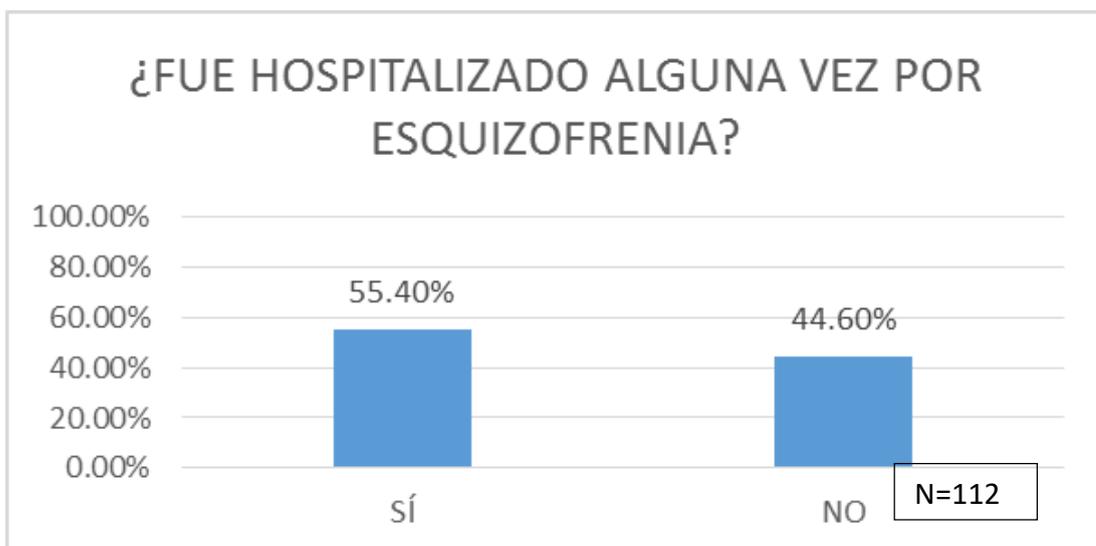
TABLA N° 8

ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON
ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA. 2021.

¿FUE HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ESQUIZOFRENIA?		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	62	55.4
NO	50	44.6
Total	112	100.0

GRÁFICO N° 9

ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON
ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA. 2021.



Interpretación: En la TABLA 8 y GRÁFICO 9, de los cuales el 55,4% (62 pacientes) refiere que, si ha sido hospitalizado por esquizofrenia, mientras que un 44,6% (50 pacientes) refiere que hasta el momento de la evaluación no han sido hospitalizados por esquizofrenia.

TABLA N° 9

PROMEDIO DE RECAÍDAS Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

	N	Media	Desviación Standard
¿Cuántas recaídas presentó el paciente?	112	1.69	1.786
¿Cuántas hospitalizaciones presentó el paciente?	112	1.37	1.836

Interpretación: Analizando los datos y comparándolo en una tabla cruzada se obtuvo como media para el número de recaídas 1.69 y como desviación standard de 1,786, es decir, en promedio cada paciente tiene al menos 2 recaídas. Mientras que, para los pacientes que tuvieron hospitalizaciones por esquizofrenia presentan una media de 1,37 y una desviación standard de 1,836, es decir, en promedio cada paciente ha tenido por lo menos más de una hospitalización por esquizofrenia.

TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE RECAÍDAS Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

		¿Fue hospitalizado alguna vez por esquizofrenia?			Chi cuadrado	P<0,05		
		SÍ	NO	Total				
¿Presentó recaídas?	SÍ	Count	44	29	73	2,051	P=0.152	
		Expected Count	40,4	32,6	73,0			
	NO	Count	18	21	39			
		Expected Count	21,6	17,4	39,0			
			Count	62	50			112
			Expected Count	62,0	50,0			112,0

Interpretación: En los pacientes la relación entre recaídas y hospitalizaciones no hay diferencias significativas ya que analizando los datos por Chi cuadrado y comparándolos en una tabla cruzada se obtiene como resultado que: Se rechaza la hipótesis alterna, por lo tanto, no existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones debido a que el $P = 0.152$ siendo mayor a 0,05 que es el nivel de confianza esperado.

TABLA N° 11

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ADHERENCIA Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. 2021.

		¿Fue hospitalizado alguna vez por esquizofrenia?			Chi cuadrado	P<0,05
		SÍ	NO	Total		
Adherencia	Adherido	Count	25	14	1.852	P=0.174
		Expected Count	21,6	17,4		
	No Adherido	Count	37	36		
		Expected Count	40,4	32,6		
		Count	62	50	112	
		Expected Count	62,0	50,0	112,0	

Interpretación: En los pacientes la relación entre hospitalizaciones y el nivel de adherencia no hay diferencias significativas ya que analizando los datos por Chi cuadrado y comparándolos en una tabla cruzada se obtiene como resultado que: se obtiene como resultado que: Se rechaza la hipótesis alterna, por lo tanto, no existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia debido a que el $P = 0.152$ siendo mayor a 0,05 que es el nivel de confianza esperado.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El nivel de adherencia al tratamiento fue de 34.8% mientras que para Paucar J. el nivel de adherencia es 67% ⁽⁸⁾, para Coldham E. y Addington D. exponen que el 41% presenta una buena adherencia ⁽¹¹⁾.
- La prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia en el Hospital Regional de Ica. 2021 fue de 26.45%, mientras que la prevalencia mundial oscila entre los 0.9 a 3.8 casos por 1000 habitantes ⁽¹⁹⁾.
- El tiempo de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia es mayor de 5 años en un 56.3% mientras que menor de 1 año es de 16.1%.
- La frecuencia de las variables que determinan la adherencia al tratamiento Fue de: El 58.9% de los pacientes no olvida tomar su medicamento para tratar su enfermedad, un 80.4% de los pacientes toma su medicamento a las horas indicadas, un 82.1% no dejaría de tomar su medicación aun así se encuentre bien, un 68.8% no dejaría de tomar su medicación aun así se sienta mal, un 65.2% de los pacientes presentó recaídas, un 55.4% de los pacientes presentó hospitalizaciones.
- No existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones.
- No existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia

RECOMENDACIONES

- Plantear estrategias preventivas en salud mental con el fin de concientizar tanto a pacientes como a familiares sobre la importancia y cumplimiento del tratamiento realizando charlas informativas por profesionales especializados en salud mental previamente capacitados en esquizofrenia.
- Incentivar y concientizar la importancia de una adecuada salud mental en la población nacional dando énfasis en las zonas rurales del territorio nacional, estas actividades se realizarán con el apoyo de las redes y microredes de los centros de salud de primer nivel.
- Tomando en cuenta que la mayoría de pacientes llevan un tratamiento mayor de 5 años se debe aplicar refuerzos positivos en aquellos pacientes que cumplan con el régimen indicado por el médico especialista.
- El médico a cargo debe instruir al familiar del paciente sobre la manera adecuada de aplicar el condicionamiento clásico en cada visita a consultorio externo con el fin de que realicen estas actividades de manera independiente (sin apoyo del familiar a cargo).
- Aplicar estrategias de captación en centros de salud de primer nivel mediante charlas informativas con el fin de ubicar tanto a familiares como a pacientes con el diagnóstico indicado para evitar futuras recaídas,
- Tomándose en cuenta los hallazgos encontrados en el presente estudio se recomienda ampliar el mismo con el fin de ubicar el foco de las hospitalizaciones en pacientes con esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Who.int [Internet] Organización mundial de la salud, [actualizado abril 16; acceso octubre 29] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
2. Schneider, K., Clinical Psychopathology. 5° Ed. New York: Grune and Stratton. 1959.
3. David B. Merrill. Factores genéticos de la esquizofrenia. University of Maryland Medical Center [Internet]. 2013. [acceso noviembre 10] Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/esquizofrenia>
4. Sharif ZA. Common treatment goals of antipsychotics: acute treatment. J Clin Psychiatry 1998; 59(Suppl. 19): 5-8.
5. Consejo de Redacción. Dos visiones de la esquizofrenia: Kraepelin y Bleuler. AEN [Internet] 1996. [Acceso 25 octubre 2018]; Pg. 565-662. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15510/15370>
6. Ashok G. Patel. Samir Shah. MRCPsych Paper 1: 600 MCQs. 3° Edición. Inglaterra. JP Medical Ltd., 2014
7. Angulo A Factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes del Hospital Carpetano Heredia de Piura-Perú 2013-2014. Repos. UPAO. 2014. [acceso 28 noviembre 2018]. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/525>

8. Paucar J. (2011). Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD–2010. [Acceso 28 noviembre 2018] Disponible en:

<http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/139>

9. De las Cuevas C. y Sanz E. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. 2015. [Acceso 28 noviembre 2018] Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>

10. García I. y Granada J. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental.2007. [Acceso 13 noviembre 2018]. Disponible en:

<http://actapsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/ESP/11-ESP-832226.pdf>

11. Coldham E. Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. Acta Psychiatr Scand 2002; 196:286-290. [Acceso 28 noviembre 2018] Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12225495>

12. Ghedin W, Las enfermedades mentales. 1 ed. Buenos aires. Ediciones LEA. 2012.

13. Aldaz JA, Vazquez C, et at. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. 1º Ed. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores; 1998

14. Henry Ey. Paul Bernard. Tratado de psiquiatría. 8º ed. Barcelona. Editorial Masson. [Acceso 10 noviembre 2018]. 1994.

15. Gottesman, I. I. y Erlemmenyer – Kimling I. (2001), Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early intervention in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 51, 93 – 102. [Acceso 10 noviembre 2018]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11479071>

16. Mesa Castillo S. Esquizofrenia Aspectos Biopsicosociales De La Enfermedad. Importancia De Una Prueba Biológica Diagnóstica. 2005. [Acceso 10 noviembre 2018]. Disponible en:

http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/esquizofrenia.pdf

17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. [Acceso 10 noviembre 2018]. Disponible en:

<https://www.psychiatry.org/>

18. Frenk Mora J. Ruelas Barajas E. Secretaría de Salud. Programa Específico De Esquizofrenia México; 2002. [Acceso 23 noviembre 2018]. Disponible en:

http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf

19. Zoch Zannini C. Temas de psiquiatría para el médico general. Capítulo VI, 2002. [Acceso 23 noviembre 2018]. Disponible en

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/psiquiatria2004.pdf>

20. Reporte del ministerio de salud año 2010. [Acceso 26 noviembre 2018]. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/?op=5>

- 21.** Pablo V. Gejman, Alan R. Sanders La etiología de la esquizofrenia [Acceso 26 noviembre 2018]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007
- 22.** Olivar Roldan C. Genética De La Esquizofrenia: serotonina, dopamina e interleukinas. 1 ed. Alcoy. 3Ciencias, 2018
- 23.** Fernández Rivas A, González Torres MÁ. Teoría De La Anticipación Genética En La Esquizofrenia: A Propósito De Un Caso Clínico. España; 2000. [Acceso 26 noviembre 2018]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa7/conferencias/7_ci_d.htm
- 26.** Pacheco A. Reventós H. Genética del a esquizofrenia. Avances en el estudio de genes candidatos (2004). [Acceso 23 noviembre 2018]. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442004000300007&script=sci_arttext&tlnq=e
- 27.** Esquizofrenia. National Institute of mental Health [Acceso 3 diciembre 2018]. Disponible en
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/schizophrenia-spanish_142536.pdf
- 28.** Greenwood TA, R. Swerdlow N, Cadenhead K s., Calkins ME, Dobie DJ, Freedman R, et al. Genome-Wide Linkage Analyses of 12 Endophenotypes for Schizophrenia. Am J Psychiatry 2013; 521–32. [Acceso 7 diciembre 2018]. Disponible en:
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=1669964>

29. Vélez A H, Rojas M W, et al. Esquizofrenia. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. 5th ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.

30. C. Vidal Castro, A. Palomo Nicolau. (2005) Evolución del concepto de esquizotaxia. [Acceso 1 diciembre 2018]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-evolucion-del-concepto-esquizotaxia-13076373>

31. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. J Clin Psychiatry 1999; 60. [Acceso 1 diciembre 2018]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548139>

32. Hernández Lira NA. Manual de psicoterapia cognitivo: Conductual Para Trastornos De La Salud. 1 ed. España. LibrosEnRed, 2007.

33. Kissling W. Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention. British Journal of Psychiatry 1992; 161 Germany (Suppl) 133-139. [Acceso 1 octubre 2018]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16822093>

34. Linden M., Godemann F. (2001) A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. Schizophr Bull 27: 585–596. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824485>

35. Cegarra Sánchez J. Metodología de la Investigación Científica Y Tecnológica. 1 ed. Ediciones Días de los Santos. 2011

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Indicadores	Fuente
INDEPENDIENTE						
Nivel de adherencia	Cumplimiento o incumplimiento del paciente al tratamiento	Adherido No adherido	Cuantitativa	Normal	Encuesta	Instrumento
DEPENDIENTE						
Tiempo de tratamiento	Tiempo que lleva siguiendo el tratamiento	< de 1 año De 1 a 2 años De 2 a 3 años De 3 a 4 años De 5 a más	Cuantitativa	Ordinal	Encuesta	Instrumento
Recaídas	Cuadro agravamiento de síntomas que sufre el paciente	Número de veces que recae	Cuantitativa	Ordinal	Encuesta	Instrumento
Hospitalizaciones	Periodo de tiempo que el paciente pasa en el hospital	Número de veces que el paciente ingresó a hospitalización	Cuantitativa	Ordinal	Encuesta	Instrumento

INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO BASADO EN EL TEST DE MORRISKY GREEN MODIFICADO POR EL AUTOR

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Instrumento para realizar el proyecto de con esquizofrenia tipo para tesis: "Nivel de Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.

N° H.C.: _____

1. ¿Cuánto tiempo lleva siguiendo su tratamiento?

- a. Menos de 1 año
- b. Entre 1 a 2 años
- c. Entre 2 a 3 años
- d. Entre 3 a 4 años
- e. Más de 5 años

2. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

6. Presento recaídas ¿cuántas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Fue hospitalizado por esquizofrenia alguna vez ¿Cuántas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Indicadores	Metodología
<p>Planteamiento del problema: La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo. Esta se caracteriza por la coexistencia de la conciencia normal de la realidad con una mutación insólita productiva de la</p>	<p>Objetivo general: Determinar el nivel adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.</p> <p>Objetivo específico Determinar la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital</p>	<p>Hipótesis general: No presenta hipótesis general por ser descriptivo</p>	<p>Tiempo que sigue el tratamiento.</p> <p>Adherencia al tratamiento.</p> <p>Numero de recaídas.</p> <p>Numero de hospitalizaciones</p> <p>Nivel de adherencia al tratamiento.</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p> <p>Cualitativo</p>	<p>Tipo de investigación El siguiente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.</p>

<p>estructura de la conciencia cognitiva de la realidad. Si no es tratado a tiempo puede incapacitar al afectado a realizar sus labores y desarrollo social</p> <p>La esquizofrenia presenta diferentes presentaciones, siendo la de tipo paranoide la más frecuente, esta se caracteriza</p>	<p>Regional de Ica. 2021.</p> <p>Precisar el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.</p> <p>Determinar la frecuencia de las variables que determinan la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de</p>				<p>Población</p> <p>Todos los pacientes adultos atendidos en el Servicio de consultorio externo de psiquiatría del hospital nacional “Regional de Ica” con diagnóstico de esquizofrenia. El universo contará con 4366 pacientes.</p>
---	---	--	--	--	---

<p>por presentar alucinaciones auditivas e ideas delirantes (generalmente de persecución).</p> <p>Formulación del problema</p> <p>¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Nacional de Ica 2021?</p>	<p>psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.</p> <p>Determinar si existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica. 2021.</p> <p>Determinar si existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en</p>				
---	--	--	--	--	--

	pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Regional de Ica. 2021.				
--	---	--	--	--	--

INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO BASADO EN EL TEST DE MORISKY GREEN MODIFICADO POR EL AUTOR

N° H.C.: _____

- Se pedirá el número de historia clínica del participante a fin de poder verificar si el diagnóstico brindado por él (esquizofrenia) es el mismo por el cual está siendo tratado en el hospital.

1 ¿Cuánto tiempo lleva siguiendo su tratamiento?

- a. Menos de 1 año
- b. Entre 1 a 2 años
- c. Entre 2 a 3 años
- d. Entre 3 a 4 años
- e. Más de 5 años

2. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

- Para fines de la investigación se le dio una puntuación de 0 a 9, considerando del 0 al 4 como "NO" y del 5 al 9 como "SI".
siendo para esta pregunta:
 - 0 – 4 Nunca
 - 5 – 6 menos de dos veces
 - 7 – 8 de 3 a 5 veces
 - 9 más de 5 veces

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

- Para fines de la investigación se le dio una puntuación de 0 a 9, considerando del 0 al 4 como “NO” y del 5 al 9 como “SI”.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

- Para fines de la investigación se le dio una puntuación de 0 a 9, considerando del 0 al 4 como “NO” y del 5 al 9 como “SI”.
siendo para esta pregunta:
 - o 0 – 4 Nunca
 - o 5 – 6 Si, pero consultaría con su medico
 - o 7 – 9 Si, lo dejaría por voluntad propia.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

- Para fines de la investigación se le dio una puntuación de 0 a 9, considerando del 0 al 4 como “NO” y del 5 al 9 como “SI”.
siendo para esta pregunta:
 - o 0 – 4 Nunca
 - o 5 – 6 Si, pero consultaría con su medico
 - o 7 – 8 Si lo hizo, pero menos de 5 veces
 - o 9 Si lo hizo, más de 5 veces

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

6. Presento recaídas ¿cuántas?

- Para fines de la investigación se calificará cuantitativamente el número de recaídas siendo 9 el máximo puntaje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Fue hospitalizado por esquizofrenia alguna vez ¿Cuántas?

- Para fines de la investigación se calificará cuantitativamente el número de hospitalizaciones siendo 9 el máximo puntaje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDOS
FIRMA DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDOS
FIRMA DEL EXPERTO