



Universidad
Señor de Sipán

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
TESIS**

**NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN
UN CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Mayorga Laynes de Villanueva, Rosa Ysabel
<https://orcid.org/0000-0002-5327-4895>

Asesora:

Mg. Leyla Rossana Gonzales Delgado
<https://orcid.org/0000-0002-2799-8195>

Línea de Investigación:

**Calidad de Vida, Promoción de la Salud del Individuo y la
Comunidad Para el Desarrollo de la Sociedad.**

Sub línea de Investigación

**Nuevas Alternativas de Prevención y el Manejo de Enfermedades
Crónicas y/o no Transmisibles.**

Pimentel – Perú

2024



Universidad
Señor de Sipán

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quien suscribe la **DECLARACIÓN JURADA**, soy egresada del Programa de Estudios de **ENFERMERÍA** de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaro bajo juramento que soy autora del trabajo titulado

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2024

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

MAYORGA LAYNES DE VILLANUEVA ROSA YSABEL	DNI: 47554933	
--	---------------	--

Pimentel, 22 de octubre del 2024

REPORTE DE SIMILITUD TURNITIN

NOMBRE DEL TRABAJO

**Mayorga Laynes de Villanueva Rosa Ysa
bel.docx**

RECuento DE PALABRAS

5505 Words

RECuento DE CARACTERES

28850 Characters

RECuento DE PÁGINAS

20 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

69.5KB

FECHA DE ENTREGA

Oct 29, 2024 5:31 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 29, 2024 5:31 PM GMT-5

● 16% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)
- Material citado

**NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2024**

Aprobación del jurado

**MG. VARGAS CABRERA CINDY ELIZABETH
Presidente del Jurado de Tesis**

**MG. PALOMINO MALCA JIMENA
Secretario del Jurado de Tesis**

**MG. GONZALES DELGADO LEYLA ROSSANA
Vocal del Jurado de Tesis**

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO, 2024

Resumen

Los pacientes con esquizofrenia tienen un alto riesgo de no cumplir adecuadamente con la medicación, que afecta tanto a los pacientes como al sistema de salud. En este estudio se determinaron los niveles de adherencia terapéutica y se exploraron los factores asociados a estos en un Centro de Salud Mental Comunitaria en Chiclayo (Perú). Se empleó un diseño de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y de corte transversal. con una muestra aleatoria de 60 pacientes habían sido diagnosticados con esquizofrenia paranoide (código F20.0 según la CIE-10), tenían indicación de tratamiento farmacológico, y se encontraban en remisión parcial o total. La adherencia fue determinada mediante la versión española del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación y se estudiaron los factores sociodemográficos y de atención asociados. Los resultados mostraron que el 56.7% de los participantes eran adherentes, mientras que el 43.3% no lo eran, siendo las mujeres más adherentes que los hombres (75% frente a 47.5%). Las mujeres reportaron con menor frecuencia el olvido en la toma de medicamentos y quedarse sin ellos en comparación con los hombres. Asimismo, la satisfacción con la atención médica y de enfermería se asoció con la adherencia. Estos hallazgos sugieren la necesidad de desarrollar estrategias específicas para mejorar la adherencia en los hombres y la promoción de una mayor comunicación entre pacientes y profesionales de salud. Fortalecer la relación terapéutica y adaptar las intervenciones a las características sociodemográficas podría mejorar la adherencia en este grupo de pacientes.

Palabras clave: esquizofrenia, adherencia terapéutica, salud mental, comunitaria, relación terapéutica, satisfacción del usuario

Abstract

Patients with schizophrenia are at high risk of not adequately adhering to medication, which affects both the patients and the healthcare system. This study determined the levels of therapeutic adherence and explored the associated factors in a Community Mental Health Center in Chiclayo (Peru). A cross-sectional, descriptive, quantitative study design was used, with a random sample of 60 patients diagnosed with paranoid schizophrenia (code F20.0 according to ICD-10), who were prescribed pharmacological treatment and were in partial or total remission. Adherence was assessed using the Spanish version of the Adherence to Refills and Medications Scale, and sociodemographic and care-related factors were studied. The results showed that 56.7% of participants were adherent, while 43.3% were not, with women being more adherent than men (75% vs. 47.5%). Women reported less frequent forgetting to take medications and running out of them compared to men. Additionally, satisfaction with medical and nursing care was associated with adherence. These findings suggest the need to develop specific strategies to improve adherence in men and to promote greater communication between patients and healthcare professionals. Strengthening the therapeutic relationship and tailoring interventions to sociodemographic characteristics could improve adherence in this patient group.

Keywords: schizophrenia, therapeutic adherence, mental health, community, therapeutic relationship, patient satisfaction.

I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que afecta la cognición y el comportamiento, con factores genéticos y ambientales que contribuyen a su desarrollo, y que a menudo se manifiesta en la adolescencia o en la adultez temprana (1). Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia incluyen síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (deterioro volitivo, anhedonia, retraimiento social, trastornos emocionales), deterioros cognitivos, y alteraciones en los procesos de pensamiento que involucran múltiples estructuras cerebrales y sistemas de neurotransmisores (2,3). Por su sintomatología, el trastorno está rodeado de falsas creencias, como el de la violencia incontenible (4).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina y el Caribe sólo el 43% de afectados recibe la atención de salud que corresponde (5). En el Perú, durante 2023 se registraron más de ochenta y cinco mil casos de esquizofrenia atendidos en los establecimientos públicos de salud (4). El incremento en los casos nuevos diagnosticados ha sido el patrón de los años recientes (6). Se ha descrito que el desempleo es una condición común para estos pacientes, que usualmente también dependen de familiares directos para su cuidado (7).

El tratamiento de la esquizofrenia involucra el uso de medicamentos antipsicóticos y prácticas basadas en la evidencia como la Terapia de Aceptación y Compromiso, ambos orientados a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente. Debido a que los mecanismos patológicos no están completamente entendidos, los antipsicóticos actuales presentan limitaciones significativas (8). Los pacientes con esquizofrenia que tienen un alto riesgo de no cumplir con la medicación, y factores como el consumo de sustancias, la dificultad para reconocer los síntomas, alianzas terapéuticas débiles y falta de apoyo familiar empeoran la situación (9). La falta de adherencia terapéutica conlleva consecuencias negativas tanto para los pacientes como para el sistema de salud al implicar un número mayor de recaídas, lo que provoca un retroceso en el control de la enfermedad (10). Estudios en el continente europeo han mostrado

que el nivel de adherencia puede variar entre el 40 al 70% (11), los estudios peruanos han mostrado proporciones similares (12–14).

La Organización Mundial de la Salud (15) definió la “adherencia terapéutica” como el grado en que el comportamiento de una persona (tomar medicamentos o implementar cambios en su estilo de vida) coincide con las indicaciones proporcionadas por un profesional de la salud. La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia está influenciada por varios factores, entre los cuales destacan el apoyo familiar, la satisfacción con la atención médica, el seguimiento, las barreras actitudinales personales, los factores socioeconómicos, la dependencia a drogas, y la violencia familiar. El involucramiento activo de la familia mejora significativamente la adherencia al tratamiento; estudios observacionales han encontrado que un mejor cuidado familiar se correlaciona moderadamente con una actitud más positiva hacia el tratamiento y un mayor cumplimiento (16,17). Así también, pacientes más satisfechos con su atención muestran mayor adherencia (12); por el contrario, barreras personales como el olvido (18) y la actitud negativa hacia el tratamiento (14) disminuyen la adherencia.

Para mayor comprensión de la variable del estudio se establece la presente teoría de Dorotea Orem “Teoría del Déficit de Autocuidado” está adaptada a tres subteorías relacionadas: siendo la teoría del autocuidado, el cual todos buscan las formas de cuidarse de sí mismo, y en que mejorar; la teoría del Déficit del autocuidado, como la enfermería ayuda a las personas al cuidado de sí mismas, y teorías de sistemas que define relación que existe en el profesional de enfermería y paciente (29).

En su teoría, Orem trataba al individuo de manera integral, hacía de los cuidados esenciales y básicos como objetivo principal, para que las personas pudieran vivir felices por más tiempo; pueden mejorar su calidad y condiciones de vida. Asimismo, el concepto de enfermería es ayudar a personas que se encuentran incapacitadas, brindándoles apoyo o asistencia para que aprendan a cuidarse a sí mismas y traten de realizar actividades de autocuidado para preservar su vida y su salud, conllevando la recuperación y consecuencias (29).

Asimismo, Orem definió sus metaparadigmas como persona, salud y entorno, a la persona como ser reflexivo, racional y íntegro, con capacidad para pensar y realizar su autocuidado; de igual manera, la atención de enfermería es considerada un servicio humanitario que brinda atención a quienes necesitan cuidados o no pueden cuidar de sí mismos, para brindar a las personas la preservación de su salud y bienestar. A salud define como concepto cuyos diferentes componentes significan cosas diferentes para las personas en términos de bienestar individual y entorno se consideran factores que interfieren con la toma de decisiones cuando las personas participan en actividades que promueven la salud y el autocuidado (29).

El autor define el autocuidado como acciones que cada persona realiza para neutralizar diversos factores que afectan su vida, bienestar y desarrollo, acciones que se aprenden en el transcurso de su desarrollo y que intentan satisfacer diversas necesidades personales. Déficit de autocuidado, Orem considera que estos individuos tienen limitaciones derivadas o relacionadas con su salud que les impiden realizar actividades de autocuidado o les dificultan la satisfacción del autocuidado eficaz (29).

En el Perú, se han realizado trabajos previos en el ambiente hospitalario principalmente, dejando abiertos los vacíos de conocimiento procedente del ambiente comunitario. Los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) ofrecen un enfoque comunitario que contrasta con el modelo hospitalario tradicional (19). Estos centros públicos de salud proporcionan atención ambulatoria especializada a personas con trastornos mentales y problemas psicosociales, basándose en un Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental, que hace énfasis en la comunidad y promueve la continuidad de los cuidados para individuos, familias y grupos. En este contexto, se planteó conocer cuáles son los niveles de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia paranoide en un centro especializado de salud mental comunitaria de Chiclayo durante el año 2024; para esto fueron determinados los niveles de adherencia terapéutica y se exploraron los factores asociados a los niveles bajos de administración y recogida de la medicación.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y alcance descriptivo, aplicando un diseño no experimental (observacional) y de corte transversal, con personas que reciben atención regular en el Centro Especializado de Salud Mental Comunitaria “Chiclayo” (20), en el departamento de Lambayeque, Perú.

Pacientes de ambos sexos fueron considerados como elegibles para participar en el estudio si eran mayores de edad (18-65 años), habían sido diagnosticados con esquizofrenia paranoide (código F20.0 según la CIE-10 (21)), tenían indicación de tratamiento farmacológico, se encontraban en remisión parcial o total, y consintieron participar en el estudio. El tamaño muestral fue calculado haciendo uso del estimador para una proporción con población finita, disponible en OpenEpi (22), asumiendo una población de 162 personas elegibles, una frecuencia anticipada de no adherentes del 60% (23), un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta del 10%. El tamaño muestral mínimo determinado fue de 60 participantes.

Los posibles participantes fueron seleccionados al azar mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Los participantes elegibles fueron determinados a partir del listado de usuarios proporcionado por el establecimiento de salud. Se verificó en las historias clínicas la ausencia de episodios agudos recientes. Aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitados a participar durante las atenciones intra y extramurales realizadas por el equipo del centro de salud como parte de su esquema regular de tratamiento.

La adherencia terapéutica fue evaluada en la versión española del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación (24), una escala de autoinforme de adherencia validada que mide la adherencia a la medicación en pacientes con patologías múltiples. Este cuestionario incluye 12 preguntas, y se puntúa de 12 a 48, donde menores puntuaciones indican mejor adherencia. La versión española del instrumento fue adaptada a partir de la versión en inglés (25). Ambas versiones han sido utilizadas con éxito para la medición de la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas comunes (26–32). Adicionalmente, se

colectaron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, antecedentes familiares, y datos sobre la atención del paciente (el apoyo familiar, la satisfacción con los servicios de salud, entre otros) con el fin de explorar los factores asociados al nivel de adherencia.

Antes de iniciar el procedimiento de obtención del consentimiento informado y la aplicación del cuestionario, se realizó una evaluación verbal simple del estado mental. Solamente fueron evaluados los pacientes que no mostraron alteraciones en su estado mental al momento de la entrevista. El Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación incluye 12 preguntas, y abarca 2 subescalas: la adherencia en la toma de medicamentos (8 ítems) y adherencia en la recolección de los mismos (4 ítems). Cada una de las 12 preguntas de la escala requiere una respuesta en una escala Likert de 1 a 4 (1 = nunca, 4 = Siempre). Las puntuaciones de los ítems son luego sumadas para obtener la puntuación total de adherencia, en un rango posible de 12 a 48, donde las puntuaciones más bajas indican una mejor adherencia. Las puntuaciones obtenidas de la escala ARMS-E se clasificaron en dos categorías: Adherencia (≤ 16) y No adherencia (> 16). Los pacientes con una puntuación de ARMS ≤ 16 fueron considerados como adherentes, mientras que aquellos con una puntuación superior a 16 se clasificaron como no adherentes.

El resultado principal fue el nivel de adherencia terapéutica (“Adherente” o “No adherente”) según el puntaje del ARMS-E. Los datos fueron registrados en una hoja de cálculo de Google Workspace y analizados con el software estadístico R versión 4.3.3 dentro de RStudio (v.2023.12.1 Build 402). Se realizaron análisis univariados para describir las variables continuas (media, desviación estándar, valores mínimos y máximos) y categóricas (frecuencias y porcentajes). Se emplearon pruebas paramétricas y no paramétricas de acuerdo con los supuestos de normalidad (Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad de varianzas (Levene o Bartlett). En las comparaciones, se utilizaron pruebas t de Student o ANOVA, y cuando no se cumplieron los supuestos paramétricos, se aplicaron las pruebas U de Mann-Whitney o

Kruskal-Wallis. En la asociación de variables categóricas, se utilizó la prueba chi-cuadrado o la corrección de Yates/Fisher cuando fue necesario. El nivel de significancia se fijó en 5% ($p < 0.05$), y los intervalos de confianza al 95% se calcularon según el caso.

Antes de su ejecución, el protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (Dictamen 0571-CIEI). Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes antes de la aplicación de los cuestionarios, garantizando la confidencialidad de los datos mediante el almacenamiento en archivos cifrados, y el anonimato de los participantes durante todas las etapas del estudio, incluyendo la publicación de resultados. La investigación siguió los principios éticos de integridad, objetividad, imparcialidad y responsabilidad establecidos en el Código Nacional de la Integridad Científica (33).

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Resultados

El estudio incluyó un total de 60 participantes (Tabla 1), de los cuales el 67% (n=40) fueron hombres y el 33% (n=20) mujeres, en un rango de 19 a 63 años de edad. La media de edad de los participantes masculinos fue de 37.45 años (DE = 10.46), mientras que la edad media de las mujeres fue de 43.30 años (DE = 12.65). No hubo diferencias significativas en cuanto a edad ($p = 0.062$), estado civil ($p = 0.205$), nivel educativo ($p = 0.363$), tener una ocupación ($p = 0.551$), o el nivel socioeconómico ($p = 0.808$) entre ambos grupos. El 95.0% de los participantes fueron solteros y el 83.3% de los participantes no tenía hijos, con una mayor proporción en hombres (95.0%) en comparación con las mujeres (60.0%). El 73.3% de los participantes había completado la educación secundaria y el 50.0% de los participantes tenía una ocupación. Sin embargo, se observaron diferencias significativas en el tipo de ocupación ($p < 0.001$): el 35.0% de los hombres fueron empleados dependientes, mientras que el 45.0% de las mujeres eran amas de casa.

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre sexos con respecto de la presencia de antecedentes de la enfermedad dentro de la familia, el tiempo que llevaban tomando medicación, la edad en que iniciaron el tratamiento, o si recibían apoyo familiar. El 82.5% de los hombres y el 75.0% de las mujeres indicaron estar bajo medicación por más de 4 años. El 77.5% de los hombres y el 75.0% de las mujeres reportaron recibir apoyo familiar siempre, y no hubo casos en los que los participantes señalaran no recibir apoyo familiar. El 90.0% de los hombres y el 100.0% de las mujeres se mostraron "siempre" satisfechos con la atención médica. Además, el 92.5% de los hombres y el 100.0% de las mujeres reportaron estar "siempre" satisfechos con la atención de enfermería.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica y factores relacionados con la atención en los participantes del estudio

	Masculino (N=40)	Femenino (N=20)	Total (N=60)	Valor-p
Edad				<i>0.062</i>
Media (SD)	37.450 (10.459)	43.300 (12.654)	39.400 (11.472)	
Rango	24.000 - 63.000	19.000 - 63.000	19.000 - 63.000	
Estado civil				<i>0.205</i>
Soltero	39 (97.5%)	18 (90.0%)	57 (95.0%)	
Casado	1 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (1.7%)	
Conviviente	0 (0.0%)	1 (5.0%)	1 (1.7%)	
Viudo	0 (0.0%)	1 (5.0%)	1 (1.7%)	
Divorciado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
N° de hijos				<i>0.005</i>
0	38 (95.0%)	12 (60.0%)	50 (83.3%)	
1	0 (0.0%)	2 (10.0%)	2 (3.3%)	
2	2 (5.0%)	4 (20.0%)	6 (10.0%)	
3	0 (0.0%)	2 (10.0%)	2 (3.3%)	
Grado de instrucción				<i>0.56</i>
Primaria	7 (17.5%)	5 (25.0%)	12 (20.0%)	
Secundaria	31 (77.5%)	13 (65.0%)	44 (73.3%)	
Superior	2 (5.0%)	2 (10.0%)	4 (6.7%)	
No estudia	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Condición de ocupación				<i>0.584</i>
Ocupado	19 (47.5%)	11 (55.0%)	30 (50.0%)	
Desocupado	21 (52.5%)	9 (45.0%)	30 (50.0%)	
Tipo de ocupación				<i>< 0.001</i>
Dependiente	14 (35.0%)	1 (5.0%)	15 (25.0%)	
Independiente	5 (12.5%)	1 (5.0%)	6 (10.0%)	
Ama de casa	0 (0.0%)	9 (45.0%)	9 (15.0%)	
Antecedentes de la enfermedad				<i>0.182</i>
Sí	13 (32.5%)	11 (55.0%)	24 (40.0%)	
No	26 (65.0%)	8 (40.0%)	34 (56.7%)	
Desconoce	1 (2.5%)	1 (5.0%)	2 (3.3%)	

Tabla 1. Características sociodemográficas y de atención de los participantes del estudio (continuación)

	Masculino (N=40)	Femenino (N=20)	Total (N=60)	Valor-p
Antecedentes familiares				0.025
Primer grado	0 (0.0%)	4 (20.0%)	4 (6.7%)	
Segundo grado	7 (17.5%)	3 (15.0%)	10 (16.7%)	
Tercer grado	6 (15.0%)	4 (20.0%)	10 (16.7%)	
Cuarto grado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
No tiene o Desconoce	27 (67.5%)	9 (45.0%)	36 (60.0%)	
Tiempo de la medicación				0.762
Menor de 1 año	1 (2.5%)	1 (5.0%)	2 (3.3%)	
De 1 a 3 años	6 (15.0%)	4 (20.0%)	10 (16.7%)	
De 4 años a más	33 (82.5%)	15 (75.0%)	48 (80.0%)	
Edad de inicio del tratamiento				0.121
10 a 17 años	7 (17.5%)	5 (25.0%)	12 (20.0%)	
18 a 25 años	16 (40.0%)	5 (25.0%)	21 (35.0%)	
26 a 35 años	12 (30.0%)	3 (15.0%)	15 (25.0%)	
36 años a más	5 (12.5%)	7 (35.0%)	12 (20.0%)	
Apoyo familiar				0.829
Siempre	31 (77.5%)	15 (75.0%)	46 (76.7%)	
A veces	9 (22.5%)	5 (25.0%)	14 (23.3%)	
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Ayuda en labores del hogar				0.382
Siempre	16 (40.0%)	11 (55.0%)	27 (45.0%)	
A veces	22 (55.0%)	9 (45.0%)	31 (51.7%)	
Nunca	2 (5.0%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Satisfacción de atención médica				0.143
Siempre	36 (90.0%)	20 (100.0%)	56 (93.3%)	
A veces	4 (10.0%)	0 (0.0%)	4 (6.7%)	
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Satisfacción de atención enfermera				0.209
Siempre	37 (92.5%)	20 (100.0%)	57 (95.0%)	
A veces	3 (7.5%)	0 (0.0%)	3 (5.0%)	
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

Los resultados del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación (Tabla 2) mostraron una diferencia significativa marginal en la frecuencia de olvido en la toma de medicación entre los participantes de sexo masculino y femenino, en favor de este último grupo: el 85% de mujeres reportaron nunca haber olvidado tomar su medicación, frente al 60% de hombres que reportaron lo mismo ($p = 0.05$). Esta tendencia se repite en otros ítems de la encuesta, así, los hombres reportaron quedarse sin medicinas con mayor frecuencia (67.5% vs 35%, $p = 0.042$); de forma similar, indicaron haber dejado de tomar sus medicinas por descuido con mayor frecuencia (47.5% frente a 15%, $p = 0.044$). No se notaron diferencias significativas por género en el resto de ítems, no obstante, se observa una tendencia no significativa hacia una mayor adherencia por parte de las mujeres. Un 31.7% de los participantes mencionó que algunas veces deciden no tomar sus medicinas, con una tendencia similar entre hombres (37.5%) y mujeres (20.0%). La mayoría de los participantes (88%) indicó que nunca olvida recoger sus medicinas de la farmacia, pero el 100% de los que olvidan hacerlo fueron hombres. El 100.0% de las mujeres informaron que nunca se saltan una dosis de su medicación frente al 12.5% de hombres que indicaron haberlo hecho alguna vez. Ambos grupos (17.5% de los hombres y 10.0% de las mujeres) refirieron que algunas veces dejaron de tomar la medicación al sentirse mejor; este fenómeno se repite cuando los síntomas empeoran (20% en hombres frente a 15% en mujeres). Un 20.0% de los participantes reportaron cambiar la dosis de su medicación algunas veces para adaptarlas a sus necesidades. El 31.3% de participantes reportaron haber retrasado el recojo de sus medicinas de la farmacia por limitaciones de dinero.

Tabla 2. Puntajes por ítem del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación

	Masculino (N=40)	Femenino (N=20)	Total (N=60)	Valor-p
1 ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?				0.05
Nunca	24 (60.0%)	17 (85.0%)	41 (68.3%)	
Algunas veces	16 (40.0%)	3 (15.0%)	19 (31.7%)	
Casi siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
2 ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?				0.137
Nunca	24 (60.0%)	17 (85.0%)	41 (68.3%)	
Algunas veces	15 (37.5%)	3 (15.0%)	18 (30.0%)	
Casi siempre	1 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (1.7%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
3 ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?				0.138
Nunca	33 (82.5%)	20 (100.0%)	53 (88.3%)	
Algunas veces	5 (12.5%)	0 (0.0%)	5 (8.3%)	
Casi siempre	2 (5.0%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
4 ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?				0.042
Nunca	13 (32.5%)	13 (65.0%)	26 (43.3%)	
Algunas veces	24 (60.0%)	7 (35.0%)	31 (51.7%)	
Casi siempre	3 (7.5%)	0 (0.0%)	3 (5.0%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
5 ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?				0.099
Nunca	35 (87.5%)	20 (100.0%)	55 (91.7%)	
Algunas veces	5 (12.5%)	0 (0.0%)	5 (8.3%)	
Casi siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
6 ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?				0.443
Nunca	33 (82.5%)	18 (90.0%)	51 (85.0%)	
Algunas veces	7 (17.5%)	2 (10.0%)	9 (15.0%)	
Casi siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

Tabla 2. Puntajes por ítem del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación (Continuación)

	Masculino (N=40)	Femenino (N=20)	Total (N=60)	Valor-p
7 ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?				0.744
Nunca	32 (80.0%)	17 (85.0%)	49 (81.7%)	
Algunas veces	7 (17.5%)	3 (15.0%)	10 (16.7%)	
Casi siempre	1 (2.5%)	0 (0.0%)	1 (1.7%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
8 ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?				0.044
Nunca	21 (52.5%)	17 (85.0%)	38 (63.3%)	
Algunas veces	17 (42.5%)	3 (15.0%)	20 (33.3%)	
Casi siempre	2 (5.0%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
9 ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?				0.171
Nunca	30 (75.0%)	18 (90.0%)	48 (80.0%)	
Algunas veces	10 (25.0%)	2 (10.0%)	12 (20.0%)	
Casi siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
10 ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?				0.105
Nunca	26 (65.0%)	17 (85.0%)	43 (71.7%)	
Algunas veces	14 (35.0%)	3 (15.0%)	17 (28.3%)	
Casi siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Siempre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
11 ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?				0.085
Nunca	23 (57.5%)	18 (90.0%)	41 (68.3%)	
Algunas veces	8 (20.0%)	1 (5.0%)	9 (15.0%)	
Casi siempre	7 (17.5%)	1 (5.0%)	8 (13.3%)	
Siempre	2 (5.0%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	
12 ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?				0.44
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Algunas veces	6 (15.0%)	2 (10.0%)	8 (13.3%)	
Casi siempre	15 (37.5%)	5 (25.0%)	20 (33.3%)	
Siempre	19 (47.5%)	13 (65.0%)	32 (53.3%)	

Al desglosar los resultados por subescala, notamos diferencias significativas que sugieren una mejor adherencia terapéutica en las mujeres en comparación a los hombres (Tabla 3). En la subescala de adherencia en la toma de medicamentos (8 ítems) se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos por los pacientes masculinos y femeninos ($p = 0.047$). En general, el valor medio de puntaje de los participantes fue de 9.967 (DE = 2.810) con un rango de 8 a 17, pero las mujeres obtuvieron puntuaciones menores que el promedio general (8.950, DE = 2.139) y por tanto mejor adherencia que los hombres (10.475, DE = 2.987). Algo similar ocurre con los puntajes de la subescala de recogida de la medicación (4 ítems): en las mujeres, la media fue de 6.050 (DE = 0.999, rango 4-9), mientras la media en los hombres fue de 7.000 (DE = 1.569, rango 5-11), siendo esta una diferencia significativa ($p=0.017$). Combinando ambas subescalas, el puntaje total promedio de los hombres (17.475, rango 13-27) fue superior al de las mujeres (15, rango 12-21), lo que sugiere una peor adherencia general en los hombres en comparación con las mujeres, tanto en la administración como en la recogida de la medicación ($p=0.018$).

En la categorización final, el 56.7% (34/60) de los participantes entrevistados fueron adherentes al tratamiento. En el análisis según género, el 75.0% de las mujeres participantes (15/20) se fueron adherentes al tratamiento frente al 47.5% de los hombres (19/40). Esta diferencia en la adherencia entre hombres y mujeres fue estadísticamente significativa ($p = 0.043$).

Tabla 3. Puntajes por subescala del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación

	Masculino (N=40)	Femenino (N=20)	Total (N=60)	Valor-p
Puntaje de preguntas de administración de medicación				<i>0.047</i>
Media	10.475 (2.987)	8.950 (2.139)	9.967 (2.810)	
Rango	8.000 - 17.000	8.000 - 15.000	8.000 - 17.000	
Puntaje de preguntas de recogida de medicación				<i>0.017</i>
Media	7.000 (1.569)	6.050 (0.999)	6.683 (1.467)	
Rango	5.000 - 11.000	4.000 - 9.000	4.000 - 11.000	
Puntaje total				<i>0.018</i>
Media	17.475 (4.182)	15.000 (2.555)	16.650 (3.879)	
Rango	13.000 - 27.000	12.000 - 21.000	12.000 - 27.000	
Resultado final				<i>0.043</i>
Adherente	19 (47.5%)	15 (75.0%)	34 (56.7%)	
No adherente	21 (52.5%)	5 (25.0%)	26 (43.3%)	

En la exploración de los factores asociados con los niveles de adherencia a la recogida y administración de la medicación (Tabla 4), encontramos que el sexo de los participantes, la satisfacción con la atención de medicina y la satisfacción con la atención de enfermería se asociaron independientemente con la adherencia al tratamiento. El 44.1% (n = 15) del total de adherentes fueron mujeres y el 55.9% (n = 19) fueron hombres. En el grupo de no adherentes, la mayoría fueron hombres (80.8%, n = 21) frente a un 19.2% (n = 5) de mujeres ($p = 0.043$). El 100.0% de los participantes adherentes al tratamiento estuvo satisfecho con la atención de medicina y enfermería. El resto de variables evaluadas no mostraron una asociación con el nivel de adherencia al tratamiento determinado.

Tabla 4. Factores asociados a los niveles de adherencia a la recogida y administración de la medicación

	Adherente (N=34)	No Adherente (N=26)	Total (N=60)	Valor-p
Sexo				<i>0.043</i>
Masculino	19 (55.9%)	21 (80.8%)	40 (66.7%)	
Femenino	15 (44.1%)	5 (19.2%)	20 (33.3%)	
Edad				<i>0.363</i>
Mean (SD)	40.588 (11.727)	37.846 (11.163)	39.400 (11.472)	
Range	19.000 - 63.000	24.000 - 62.000	19.000 - 63.000	
Estado civil				<i>0.416</i>
Soltero	32 (94.1%)	25 (96.2%)	57 (95.0%)	
Casado	1 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (1.7%)	
Conviviente	1 (2.9%)	0 (0.0%)	1 (1.7%)	
Divorciado	0 (0.0%)	1 (3.8%)	1 (1.7%)	
Número de hijos				<i>0.955</i>
0	28 (82.4%)	22 (84.6%)	50 (83.3%)	
1	1 (2.9%)	1 (3.8%)	2 (3.3%)	
2	4 (11.8%)	2 (7.7%)	6 (10.0%)	
3	1 (2.9%)	1 (3.8%)	2 (3.3%)	
Grado de instrucción				<i>0.821</i>
Primaria	6 (17.6%)	6 (23.1%)	12 (20.0%)	
Secundaria	26 (76.5%)	18 (69.2%)	44 (73.3%)	
Superior	2 (5.9%)	2 (7.7%)	4 (6.7%)	
Condición_ocupación				<i>0.297</i>
Ocupado	19 (55.9%)	11 (42.3%)	30 (50.0%)	
Desocupado	15 (44.1%)	15 (57.7%)	30 (50.0%)	
Tipo_ocupación				<i>0.477</i>
Dependiente	8 (23.5%)	7 (26.9%)	15 (25.0%)	
Independiente	4 (11.8%)	2 (7.7%)	6 (10.0%)	
Ama de casa	7 (20.6%)	2 (7.7%)	9 (15.0%)	
Desocupado	15 (44.1%)	15 (57.7%)	30 (50.0%)	
Ant_familiares				<i>0.29</i>
Sí	15 (44.1%)	9 (34.6%)	24 (40.0%)	
No	17 (50.0%)	17 (65.4%)	34 (56.7%)	
Desconoce	2 (5.9%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	

Tabla 4. Factores asociados a los niveles de adherencia a la recogida y administración de la medicación (continuación)

	Adherente (N=34)	No Adherente (N=26)	Total (N=60)	Valor-p
Ant parentesco				0.32
Primer grado	4 (11.8%)	0 (0.0%)	4 (6.7%)	
Segundo grado	5 (14.7%)	5 (19.2%)	10 (16.7%)	
Tercer grado	6 (17.6%)	4 (15.4%)	10 (16.7%)	
No tiene o desconoce	19 (55.9%)	17 (65.4%)	36 (60.0%)	
Inicio medicación				0.643
Menor a 1 año	1 (2.9%)	1 (3.8%)	2 (3.3%)	
De 1 a 3 años	7 (20.6%)	3 (11.5%)	10 (16.7%)	
De 4 años a más	26 (76.5%)	22 (84.6%)	48 (80.0%)	
Inicio edad				0.502
10 a 17 años	5 (14.7%)	7 (26.9%)	12 (20.0%)	
18 a 25 años	11 (32.4%)	10 (38.5%)	21 (35.0%)	
26 a 35 años	10 (29.4%)	5 (19.2%)	15 (25.0%)	
36 años a más	8 (23.5%)	4 (15.4%)	12 (20.0%)	
Apoyo familiar				0.234
Siempre	28 (82.4%)	18 (69.2%)	46 (76.7%)	
A veces	6 (17.6%)	8 (30.8%)	14 (23.3%)	
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Apoya en labores				0.235
Siempre	15 (44.1%)	12 (46.2%)	27 (45.0%)	
A veces	19 (55.9%)	12 (46.2%)	31 (51.7%)	
Nunca	0 (0.0%)	2 (7.7%)	2 (3.3%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Satisf. de atención médico				0.018
Siempre	34 (100.0%)	22 (84.6%)	56 (93.3%)	
A veces	0 (0.0%)	4 (15.4%)	4 (6.7%)	
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Satisf. en atención enfermera				0.042
Siempre	34 (100.0%)	23 (88.5%)	57 (95.0%)	
A veces	0 (0.0%)	3 (11.5%)	3 (5.0%)	
Nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Casi nunca	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

3.2 Discusión

La "adherencia a la medicación" se refiere al cumplimiento de los pacientes en tomar sus medicamentos tal como han sido indicados por el profesional de la salud (34), la no adherencia puede llevar a complicaciones de la enfermedad, el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes, además de provocar el desperdicio de los recursos de atención sanitaria, los que ya son limitados en contextos como del de los países de bajos ingresos (15). Este trabajo ha evidenciado que solo el 56.7% de pacientes con esquizofrenia paranoide que se atienden en un Centro de Salud Mental Comunitaria en Chiclayo (Perú), son adherentes al tratamiento (43.3% de no adherencia). Estos hallazgos coinciden con reportes previos en los que la adherencia se mantuvo entre el 40-70% de participantes (12–14). También se encontraron diferencias significativas en los niveles de adherencia entre hombres y mujeres, siendo que las mujeres mostraron una mayor adherencia tanto en la toma como en la recogida de medicación en comparación con los hombres, lo que se refleja en el menor olvido en la administración de fármacos y una menor frecuencia de quedarse sin medicinas. La evidencia general encontrada en la literatura muestra resultados contradictorios con respecto de esta diferencia. Nuestro hallazgo concuerda con un estudio anterior que indica que los hombres presentan una menor adherencia terapéutica (35). Esta diferencia podría estar vinculada a factores contextuales, como las ocupaciones y responsabilidades domésticas, que varían entre los géneros. Por lo tanto, es fundamental explorar en mayor profundidad los factores sociales y actitudinales que afectan la adherencia en los hombres, considerando barreras personales y prácticas, tales como el olvido o la falta de atención en la toma de medicamentos. Esto resalta la participación de los Centros de Salud Mental Comunitaria, debido a que las intervenciones psicoeducativas por sí solas son ineficaces para mejorar la adherencia al tratamiento en la esquizofrenia, pero los modelos de atención comunitaria y las intervenciones de entrevista motivacional muestran ser prometedores (35).

Además de las diferencias de género en la adherencia, este estudio destaca la satisfacción con la atención médica y de enfermería como factores clave en la adherencia terapéutica, un fenómeno que también ha sido descrito previamente (12). La asociación entre la satisfacción con los servicios de salud comunitarios y la adherencia al tratamiento sugieren que la procura de una atención de calidad y un mejor vínculo médico-paciente pueden ser herramientas para mejorar la adherencia al tratamiento (36).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran la falta de medición del conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, así como de la autopercepción de una buena calidad de vida, factores que han sido previamente asociados con una mayor adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas (37). Otro factor a ser tomado en cuenta es el tiempo de uso de la medicación; estudios previos han asociado un menor tiempo de uso con una peor adherencia (23), en nuestro caso el 95% de participantes del estudio llevaba más de un año de tratamiento, por lo que no pudimos evaluar el efecto de esta variable sobre la adherencia. Así también, no existe un "estándar de oro" para medir el grado de adherencia terapéutica, ni una medida estandarizada. Se han descrito diversas técnicas como la Adherencia Autoinformada (38), Proporción de Días Cubiertos (39), o el Índice de Posesión de Medicamentos (40). En este trabajo, la medición se realizó utilizando la versión española del Cuestionario de Adherencia a la Recogida y Administración de la Medicación, un cuestionario de adherencia autoinformada adecuada para nuestro contexto al contar con una versión traducida y validada. Existen otras herramientas de auto reporte de la adherencia como el Cuestionario de Morisky-Green (Medication Adherence Questionnaire)(41,42), el Cuestionario Breve de la Medicación (Brief Medication Questionnaire)(43), Escala Informativa de Cumplimiento de la Medicación (Medication Adherence Rating Scale)(44) ó la Escala de Autoeficacia para el Uso Adecuado de Medicamentos (Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale) (45), sin embargo casi todos carecen de traducciones validadas al castellano, lo que dificulta su aplicación.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El 43.3% (26/60) de los participantes del estudio fueron no adherentes al tratamiento (56.7% de adherencia). El sexo de los participantes, la satisfacción con la atención de medicina y la satisfacción con la atención de enfermería estuvieron asociados positivamente con la adherencia al tratamiento. Las mujeres presentaron una adherencia significativamente mayor a la recogida y administración de la medicación en comparación con los hombres (75% de las mujeres fueron adherentes al tratamiento, frente al 47.5% de los hombres). Además, las mujeres mostraron una mayor adherencia en aspectos específicos, como no olvidar tomar la medicación (85% frente a 60% en hombres) y no quedarse sin medicinas (35% frente a 67.5% en hombres). La satisfacción con la atención médica y de enfermería se asoció positivamente con la adherencia al tratamiento, especialmente en mujeres, quienes mostraron una mayor tendencia a estar siempre satisfechas con ambas atenciones en comparación con los hombres.

4.2 Recomendaciones

Dado que los hombres presentan una menor adherencia en comparación con las mujeres, sería útil implementar programas de educación y sensibilización específicos por género. Especialmente en los hombres, sería beneficioso introducir recordatorios digitales, con aplicaciones móviles, llamadas, o mensajes de texto, para facilitar la recordación en la toma del tratamiento. Asimismo, considerando que el 31.7% de los participantes mencionaron que a veces deciden no tomar sus medicinas, sería pertinente reforzar la educación sobre los riesgos de interrumpir el tratamiento, incluso cuando se sientan mejor o los síntomas hayan disminuido. Estas estrategias deben adaptarse al nivel educativo de los pacientes para asegurar su efectividad.

Debido a que la satisfacción con la atención médica y de enfermería recibida se asocia positivamente con la adherencia al tratamiento, se recomienda fortalecer la comunicación y la

confianza entre los pacientes y los profesionales de salud, que conlleven a un seguimiento personalizado, con una atención de calidad constante. Asimismo, monitorear constantemente los niveles de satisfacción general de los usuarios que se atienden en los establecimientos de salud mental.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry*. diciembre de 2001;50(11):884–97.
3. Moreira Díaz LR, Palenzuela Ramos Y, Dorta Correa Y, Gamboa Díaz Y, Lugo Valdés M. Esquizofrenia en pacientes de un servicio de psiquiatría. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana*. el 17 de agosto de 2022;18(3):104.
4. Ministerio de Salud. Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85 000 casos de esquizofrenia [Internet]. 2024 [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental [Internet]. 2024 [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
6. Editora Perú. Hospital Almenara advierte un incremento de casos de pacientes con esquizofrenia [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/171003-hospital-almenara-advierde-un-incremento-de-casos-de-pacientes-con-esquizofrenia>
7. Mallaupoma Orellana MM. Perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Enero - junio 2019 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Peruana Los Andes; 2021 [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2361>
8. Stępnicki P, Kondej M, Kaczor AA. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules*. el 20 de agosto de 2018;23(8):2087.
9. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting Medication

Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatr Serv.* febrero de 2000;51(2):216–22.

10. Teva. Cómo fomentar la adherencia en tratamientos de salud mental desde la farmacia [Internet]. 2022 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.tevafarmacia.es/academia/salud/como-fomentar-la-adherencia-en-tratamientos-de-salud-mental-desde-la-farmacia>
11. Abuzneid Talahma D. Adherencia terapéutica de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Factores protectores y riesgo. el 22 de junio de 2022 [citado el 18 de septiembre de 2024]; Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/159256>
12. Calle Guailupo AL. Satisfacción de la atención y adherencia del tratamiento de usuarios con esquizofrenia del Hospital Sergio Bernales, 2019. Repos Inst – UNAC [Internet]. 2019 [citado el 18 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4276>
13. Medina Rosales MS, Estanislado Puipulivia EK. Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en el consultorio externo de psiquiatría del Hospital Regional de Ica [Internet]. [Ica]: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1921>
14. Peña Freitas PA. Factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2021 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4350>
15. World Health Organization - WHO. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Switzerland: WHO; 2003.
16. Quilla Chura SM. Actitud del familiar hacia el cuidado del paciente con esquizofrenia del Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2022 [Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2022

[citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/111766>

17. Canchari Villar JV, Escalante Huarcaya EL, Huamaccto Fernandez K. Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Jesús Nazareno "Kuska Wiñarism", Ayacucho, 2023 [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2023 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/9007>
18. de la Cruz Varo V, Martínez de Paz A, Izquierdo Vendrell E, Barbero Valverde JD, Gabernet Florensa RM, Balaguer Sancho J, et al. Adherencia al tratamiento en usuarios de hospitalización domiciliaria de salud mental (HDOM). Rev Enferm Salud Ment. 2020;(16):6–16.
19. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Norma Técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios. Perú: OPS; 2017.
20. Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD. Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS. [citado el 20 de septiembre de 2024]. Registro Nacional de IPRES. Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00024497#no-back-button>
21. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Décima Revisión [Internet]. Washington, D.C: OPS; 1995. 1164 p. (Publicación Científica; vol. 1). Disponible en:
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
22. Dean A, Sullivan K, Soe MM, Mir R. The OpenEpi Collection of Epidemiologic Calculators [Internet]. 2013 [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
23. Rivera Dieguez JA. Factores Asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofarmacos en pacientes que acuden al Hospital de Dia en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipolito

Unanue de Tacna, en marzo del 2019 [Internet]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2019 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/760>

24. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. octubre de 2017;49(8):459–64.
25. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. *Value Health*. enero de 2009;12(1):118–23.
26. Botelho LOD, Sañudo A, Facina G, Wagner GA. Adesão à Terapia Hormonal Adjuvante com Tamoxifeno e Anastrozol utilizando ARMS-12 e MMAS-4. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. el 19 de mayo de 2022 [citado el 20 de septiembre de 2024];68(2). Disponible en: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1960>
27. Zachciał J, Uchmanowicz I, Krajewska M, Banasik M. Adherence to Immunosuppressive Therapies after Kidney Transplantation from a Biopsychosocial Perspective: A Cross-Sectional Study. *J Clin Med*. el 2 de marzo de 2022;11(5):1381.
28. Bonsu KO, Young S, Lee T, Nguyen H, Chitsike R. Adherence to Antithrombotic Therapy for Patients Attending a Multidisciplinary Thrombosis Service in Canada – A Cross-Sectional Survey. *Patient Prefer Adherence*. julio de 2022;Volume 16:1771–80.
29. Radojević B, Dragašević-Mišković NT, Milovanović A, Svetel M, Petrović I, Pešić M, et al. Adherence to Medication among Parkinson's Disease Patients Using the Adherence to Refills and Medications Scale. Tharwat S, editor. *Int J Clin Pract*. el 23 de febrero de 2022;2022:1–7.
30. Kim JH, Lee Y, Kim DY, Kim S, Seo SS, Kang S, et al. Adherence of PARP inhibitor for frontline maintenance therapy in primary epithelial ovarian cancer: a cross-sectional survey.

J Gynecol Oncol. 2024;35(1):e3.

31. Vlachos B, Simarro FL, Mata-Cases M, Miravet S, Escribano-Serrano J, Asensio D, et al. Adherence to antidiabetic treatment among patients managed in primary care centres in Spain: the INTENSE study. *Prim Care Diabetes*. diciembre de 2022;16(6):760–7.
32. Alammari G, Alhazzani H, AlRajhi N, Sales I, Jamal A, Almigbal TH, et al. Validation of an Arabic Version of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS). *Healthcare*. el 24 de octubre de 2021;9(11):1430.
33. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Código Nacional de la Integridad Científica [Internet]. Perú; 2019 [citado el 19 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/concytec/informes-publicaciones/1326710-codigo-nacional-de-la-integridad-cientifica>
34. Vrijens B, De Geest S, Hughes D, Kardas P, Hughes DA, Demonceau J, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. el 1 de mayo de 2012;73(5):691–705.
35. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. el 1 de octubre de 2002;159(10):1653–64.
36. Tsighe AW, Endalifer BL, Habteweld HA, Wondmkun YT, Ayele SG, Kefale B. Treatment satisfaction and medication adherence and predictors among patients with heart failure in Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. *Front Pharmacol*. el 29 de julio de 2024;15:1399177.
37. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. diciembre de 2019;20(1):132.
38. Khoiry QA, Alfian SD, Van Boven JFM, Abdulah R. Self-reported medication adherence instruments and their applicability in low-middle income countries: a scoping review. *Front*

Public Health. el 13 de julio de 2023;11:1104510.

39. Dalli LL, Kilkenny MF, Arnet I, Sanfilippo FM, Cummings DM, Kapral MK, et al. Towards better reporting of the proportion of days covered method in cardiovascular medication adherence: A scoping review and new tool TEN-SPIDERS. *Br J Clin Pharmacol.* octubre de 2022;88(10):4427–42.
40. Sperber C, Samarasinghe SR, Lomax GP. An upper and lower bound of the Medication Possession Ratio. *Patient Prefer Adherence.* agosto de 2017;Volume 11:1469–78.
41. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence: *Med Care.* enero de 1986;24(1):67–74.
42. Val Jiménez A, A VJ, Amorós Ballester G, G AB, Martínez Visa P, P MV, et al. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten Primaria.* el 1 de octubre de 1992;10(5):767–70.
43. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns.* junio de 1999;37(2):113–24.
44. Thompson K, Katherine Thompson, Thompson K, Jayashri Kulkarni, Kulkarni J, Alex Sergejew, et al. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res.* el 5 de mayo de 2000;42(3):241–7.
45. Risser J, Jacobson TA, Kripalani S. Development and Psychometric Evaluation of the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in Low-Literacy Patients With Chronic Disease. *J Nurs Meas.* diciembre de 2007;15(3):203–19.

ANEXOS

Anexo 1. Dictamen de aprobación del CIEI

COMITÉ INSTITUCIONAL DE
ÉTICA EN INVESTIGACIÓN - CIEI

USS | UNIVERSIDAD
SEÑOR DE SIPÁN

DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL CIEI

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Chiclayo, 06 de marzo del 2024

El Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, habiendo deliberado siguiendo los procedimientos vigentes, fundamentados en los Ficha de evaluación de proyecto: Niveles de Adherencia Terapéutica en Pacientes con Esquizofrenia Paranoide en un Centro Especializado de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2024, con código 0571-CIEI, tomó la siguiente decisión: **APROBADO** con vigencia por 1 año.

Presidente CIEI David Yeret Rodriguez Salazar	DNI 40556856	
Miembro titular interno Juana de la Cruz Ramírez Dávila	DNI 16719020	
Miembro alterno Betty Liliana Herrera Timaná	DNI 16631833	
Miembro alterno Roger Fernando Chanduví Calderón	DNI 16486158	
Miembro alterno Arcila Díaz Juan Carlos	DNI 47715777	

Anexo 2. Carta de autorización por Geresá.



GOBIERNO REGIÓN LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CHICLAYO
OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO
UNIDAD DE CAPACITACION

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS
BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Expediente N°3235250712-0

CARTA DE AUTORIZACIÓN N°0032

REALIZAR PROYECTO DE TESIS

Srta. Rosa Isabel Mayorga Laynes
Estudiantes de Escuela de Enfermería
Universidad Señor de Sipán.

Es grato dirigirme a usted y expresarle mi cordial saludo y atendiendo a lo requerido mediante expediente de la referencia, comunicarle que la Oficina de Capacitación de esta Gerencia Regional de Salud Lambayeque **AUTORIZA** realizar su proyecto de investigación titulado "NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHICLAYO 2024.", expedida según Carta N°0001-2024-CI-EPE-USS de fecha 24 de Enero del 2024, en mérito al Convenio Marco Interinstitucional firmado entre su Universidad y nuestra Gerencia Regional de Salud.

A realizarse en el Centro Especializado de Salud Mental Comunitario de Chiclayo" a partir del:

Del: 20 de Marzo del 2024
Al : 20 de Julio del 2024

Solicitando al jefe del establecimiento de salud brindar las facilidades para la realización del proyecto de investigación, respetando la privacidad espacios y tiempos. El resultado de dicha investigación deberá ser alcanzado en un ejemplar a la Oficina de Capacitación al email: capacitación.geresá@gmail.com

Chiclayo 20 de Marzo del 2024

RLVV/nypn
cc: Archivo

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Dra. Rosa Luz Villafranca Velasquez
JEFA DEL ÁREA DE CAPACITACIÓN RECURSOS HUMANOS

Anexo 3. Operacionalización de variable

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Adherencia al Tratamiento de Pacientes Esquizofrénicos Atendidos en un Centro de Salud Mental de Chiclayo 2023	La Organización mundial de la salud (OMS) refiere que la adherencia al tratamiento es el cumplimiento del medicamento de la persona la cual es prescrita por el médico tratante, junto con el seguimiento de una dieta adecuada y mejorando los estilos de vida (24).	La variable fue medida mediante el cuestionario de adherencia a la recogida y administración de medicamentos (ARMS-E) y cuestionario elaborado por la autora	Adherencia al tratamiento	Administración de medicación	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Cuestionario	Nunca	Categórica	Ordinal
				Recogida de medicación	3, 4, 11, 12		Algunas veces		
							Casi siempre		
			Relacionado al paciente	Incumplimiento del tratamiento	10		Ayer		
							La semana pasada		
							Hace 1 mes		
				Tiempo llevando el tratamiento	11		Hace meses		
							Menor de 1 año		
							De 1 año a 3 años		
			Relacionado a la familia	Apoyo familiar	12,13		Siempre	Categórica	Ordinal
				Participación en labores de la casa			A veces		
							Nunca		
				Casi nunca					
			Relacionado al servicio de salud	Trato que brinda el personal de salud	14		Siempre	Categórica	Ordinal
							A veces		
							Nunca		
Casi nunca									

Anexo 4. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **Nivel de Adherencia Terapéutica en Pacientes con Esquizofrenia Paranoide en un Centro Especializado de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2024**

Manifiesto tener conocimiento de los objetivos de esta investigación, por ello participaré del cuestionario para su análisis respectivo, asumiendo que la información dada será solamente del conocimiento de la autora, quien garantiza el secreto y respeto a mi privacidad. Teniendo la libertad de retirar mi participación en cualquier momento de la investigación y dejar de participar del estudio.

Firma del participante

Anexo 5. Instrumento de validación de datos



INVESTIGACIÓN: Nivel de Adherencia Terapéutica en Pacientes con Esquizofrenia Paranoide en un Centro Especializado de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2024

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Conviviente
- d) Viudo
- e) Divorciado

Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) No estudia

Ocupación:

Antecedentes familiares:

¿Qué actividad desarrollaba cuando le diagnosticaron la enfermedad?

B. RELACIONADO AL PACIENTE

1. ¿Desde cuándo toma la medicación?

- a) Menor a 1 año
- b) De 1 a 3 años
- c) De 4 años a más

2. ¿A qué edad le diagnosticaron la enfermedad?

- a) 10 a 17 años
- b) 18 a 25 años
- c) 26 a 35 años
- d) 36 años a más

C. RELACIONADO A LA FAMILIA (Likert)

3. ¿Recibe el apoyo de su familia? ¿participan en el cumplimiento del tratamiento?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) Casi nunca

4. ¿Participa en las labores del hogar?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) Casi nunca

D. RELACIONADO AL SERVICIO DE SALUD

5. ¿Se encuentra satisfecho con la atención que recibe por parte del médico?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) Casi nunca

6. ¿Se encuentra satisfecho con la atención que recibe por parte de la enfermera?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca
- d) Casi nunca

Anexo 6. Cuestionario (ARMS-E)



CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA RECOGIDA Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN (ARMS-E)

INVESTIGACIÓN: Nivel de Adherencia Terapéutica en Pacientes con Esquizofrenia Paranoide en un Centro Especializado de Salud Mental Comunitaria de Chiclayo, 2024

1. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?
 - a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
2. ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?
 - a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
3. ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?
 - a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
4. ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?
 - a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
5. ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?
 - a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
6. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?
 - a) Nunca

- b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
7. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
8. ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
9. ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
10. ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
11. ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre
12. ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
 - d) Siempre

Anexos



