

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS  
CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE  
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA. ENERO –**

**JUNIO 2016**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**FERNANDEZ PEÑALOZA FRANCOIS STEVE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

**ASESORA:**

Dra. Pajuelo Bustamante, Rossana Carmen

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Luis Bonelli Vásquez por sus enseñanzas e inculcarme el deseo y amor hacia la psiquiatría, a la Dra. Rossana Pajuelo por guiarme en la elaboración de este trabajo y al Dr. Castro por su desinteresada colaboración para la ejecución de esta tesis.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y hermanos, por haber sido el motor y apoyo durante estos años de carrera, a mí esposa por enseñarme a creer en mí mismo y a mi hija que está en camino, quien es el principal motivo para seguir creciendo profesionalmente.

## 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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016. **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 Víctor Larco 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

## ABSTRACT

The Schizophrenia as such is a disease that limits the patient to an adequate rhythm of life, preventing him from working and even performing daily tasks. The schizophrenic patient is unique and presents with different intensity his symptoms and hallucinations, often depending on his sociocultural level or experiences. It is important therefore to take into consideration the evaluation of the level of adherence to give a better quality of life and to ease their relapses, as it is not the only problem of the family, but also of the state to safeguard the safety of its citizens. **OBJECTIVE:** To know the level of adherence to treatment in adult patients with schizophrenia treated at the external psychiatry clinic of Victor Larco Herrera Hospital. January - June 2016. **METHODOLOGY:** A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, prospective study was conducted. We analyzed 112 patients that correspond to the sample population that do not have exclusion criteria and meet the inclusion criteria of the external psychiatric clinic of Hospital Victor Larco Herrera. **RESULTS AND CONCLUSIONS:** It was evidenced that the level of adherence to treatment was 34.8% with a prevalence of 26.45% in Hospital Victor Larco Herrera and 56.3% are continuous patients with more than 5 years of treatment. 65.2% of patients had at least one relapse during the time they had been diagnosed with schizophrenia and 55.4% had been hospitalized at least once for that disease. There was no correlation between relapses and hospitalizations or a relationship between the level of adherence and hospitalizations due to a significance of  $p < 0.05$ .

**Key words: level of adherence, schizophrenia, relapses, treatment**

## 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 <sup>(1)</sup> <sup>(3)</sup>.

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 <sup>(18)</sup> 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 <sup>(20)</sup>. 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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016?

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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016 y con el propósito de contribuir a la investigación sobre el nivel de adherencia en esquizofrenia.

En el segundo capítulo vemos como antecedentes nacionales revisaremos los estudios de Angulo A. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes del Hospital Cayetano Heredia de Piura-Perú 2013-2014 en el 2014 donde expone un estudio de casos y controles donde 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. Añade además que es recomendable concientizar al paciente sobre su enfermedad, así como también a los familiares <sup>(7)</sup>.

El segundo antecedente de Páucar J. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen – ESSALUD–2010 en donde realiza un estudio de tipo descriptivo de corte transversal establece que al menos un 34% de los pacientes cumplen sus controles periódicos y que el 67% esta no adherido al tratamiento, establece también que no hay relación entre las hospitalizaciones y la no adherencia al tratamiento farmacológico<sup>(8)</sup>.

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 <sup>(9)</sup>.



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 <sup>(10)</sup>.

Como base teórica Los primeros datos del conocimiento de una “mente dividida” o las primeras ideas sobre lo que hoy se conoce como enfermedad mental, se dieron en la antigua Europa (Grecia), estas ideas llevaron a la hoguera a muchos de estos pacientes por ser consideradas “poseídas” por alguna entidad maligna, durante la edad media <sup>(17)</sup>; es recién en 1860 cuando se realiza una primera descripción de una enfermedad mental degenerativa denominada “*demenccce precoce*”, término acuñado por Benedict Morel <sup>(15)</sup>.

Es a partir de un estudio modelo sobre esquizofrenia, realizado por la OMS en 1968 y publicado en 1973, se aceptó que la frecuencia de esta enfermedad era alrededor de 1% en la población. Sin embargo, últimos estudios como el de “National 7 Comorbidity Survey”, realizado en 1992 en Estados Unidos publican una cifra mucho menor que oscila entre 0.5 y 0.7%, en individuos con edades en rango de 15 y 54 años <sup>(5)</sup>.

Actualmente la prevalencia de esquizofrenia a nivel mundial va desde 0.9 a 3.8 casos por 1000 habitantes, presentando una incidencia que varía de 0.16 y 0.28 por mil habitantes. Se determinó también que la prevalencia a nivel mundial es muy parecida, lo que evidencia la vulnerabilidad heredada de dicha psicopatología, a pesar de la variabilidad sociocultural, étnica o familiar, como indican Hernán V, y Jaime B. en “Fundamentos de Medicina: Psiquiatría” <sup>(19)</sup>.

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 <sup>(6)</sup>.

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

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 <sup>(10)</sup>.

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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.
  
- Si existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.

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 Víctor Larco Herrera en el año 2016.

La población que abarcara el estudio es todos los pacientes adultos atendidos en el Servicio de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera 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 “Víctor Larco Herrera”. 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 <sup>(8)</sup>, mientras que el estudio de Coldham

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

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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016 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.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>CARÁTULA</b>	<b>i</b>
<b>ASESOR</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>xiii</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>xv</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	<b>xvii</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	<b>xix</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PRÓPÓSITO	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	12
2.3. MARCO CONCEPTUAL	23

2.4. HIPÓTESIS	24
2.5. VARIABLES	24
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	24
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	26
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	30
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1. RESULTADOS	31
4.2. DISCUSIÓN	43
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. CONCLUSIONES	46
5.2. RECOMENDACIONES	47
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	48
<b>BIBLOGRAFÍA</b>	49
<b>ANEXOS</b>	54

<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>TABLA N° 1</b> ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	32
<b>TABLA N° 2</b> TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	34
<b>TABLA N° 3</b> CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	35
<b>TABLA N° 4</b> NÚMERO DE VECES DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	36
<b>TABLA N° 5</b> CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	37
<b>TABLA N° 6</b> RESPONSABILIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	38

<b>TABLA N° 7</b> ÍNDICE DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	39
<b>TABLA N° 8</b> ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	40
<b>TABLA N° 9</b> PROMEDIO DE RECAÍDAS Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	41
<b>TABLA N° 10</b> RELACIÓN ENTRE RECAÍDAS Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	41
<b>TABLA N° 11</b> RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ADHERENCIA Y HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	42



<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>GRÁFICO N° 1</b> PORCENTAJE DEL NIVEL DE ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	32
<b>GRÁFICO N° 2</b> PREVALENCIA DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	33
<b>GRÁFICO N° 3</b> TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	34
<b>GRÁFICO N° 4</b> CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTE ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	35
<b>GRÁFICO N° 5</b> NÚMERO DE VECES DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	36

<b>GRÁFICO N° 6</b> CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	37
<b>GRÁFICO N° 7</b> RESPONSABILIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	38
<b>GRÁFICO N° 8</b> ÍNDICE DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	39
<b>GRÁFICO N° 9</b> ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA”. ENERO – JUNIO 2016	40

<b>LISTA DE ANEXOS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>ANEXO N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	55
<b>ANEXO N° 2 INSTRUMENTO</b>	56
<b>ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS</b>	58
<b>ANEXO N° 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA</b>	61
<b>ANEXO N° 5 INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO</b>	65
<b>ANEXO N° 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	67
<b>ANEXO N° 7 CARGO DE APROBACIÓN</b>	73
<b>ANEXO N° 8 MAPA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA</b>	74

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1. 1. 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 estructura de la conciencia cognitiva de la realidad” <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>. Si no es tratado a tiempo puede incapacitar al afectado a realizar sus labores y su correcto desarrollo social <sup>(3)</sup>.

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. 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 <sup>(5)</sup>.

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 <sup>(6)</sup>.

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.

## **1. 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016?

### **1.2.2. Problema específico**

- ¿Cuál es la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016?
- ¿Cuánto es el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016?
- ¿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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016?
- ¿Existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero. – junio 2016?
- ¿Existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016?

### 1. 3. JUSTIFICACIÓN

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.

#### **1. 4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

- **Delimitación espacial:** Hospital “Víctor Larco Herrera”, ubicado en el Distrito de Magdalena del Mar, Provincia de Lima, Departamento de Lima.
- **Delimitación temporal:** Período del año 2016.
- **Delimitación social:** Pacientes adultos.
- **Delimitación Conceptual:** Esta investigación abarca sobre todo el concepto fundamental del nivel de adherencia medicamentosa de los pacientes usando como población de estudio sólo a mayores de edad para poder llevar un mejor control.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

El siguiente trabajo presentó durante su desarrollo los siguientes puntos:

- La distancia que presentaba la llegada del investigador hacia el nosocomio, ya que el hospital nacional Víctor Larco Herrera se encuentra en el distrito de Magdalena del Mar.
- Poca colaboración de los pacientes, ya que al ser pacientes psiquiátricos no son buenos informantes y algunos se presentaron rehaceos a dar información.
- Pacientes esquizofrénicos que no cumplían con el criterio de inclusión y exclusión.
- La ubicación de los especialistas para la validación de expertos por lo ocupado de su agenda.

#### **1. 6. OBJETIVOS**

##### **1. 6.1. GENERAL**

Determinar el nivel adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.

### **1. 6.2. ESPECÍFICOS**

- Determinar la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.
- Precisar el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.
- 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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.
- Determinar si existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.
- Determinar si existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.

### **1. 7. PROPÓSITO**

El propósito de esta investigación es determinar el nivel adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016 así como también la relación que tiene este con las hospitalizaciones.



Es por ello que el siguiente trabajo se realizó con la motivación de contribuir a la sociedad científica y médica en general para posibles estudios futuros, ya que los estudios sobre el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos es un de muy poco interés en nuestro país habiendo pocos trabajos publicados.

Una vez que se conoció cuantos pacientes abdicaron a continuar con su tratamiento el siguiente trabajo de investigación ayudará al personal médico psiquiátrico nacional a tomar las medidas pertinentes a fin de prevenir y llevar un mejor control de sus pacientes para que no rechacen ni sientan desconfianza a su tratamiento y puedan llevarlo satisfactoriamente.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2. 1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

#### ANTECEDENTES NACIONALES

- Angulo A. **“Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes del Hospital Cayetano Heredia de Piura-Perú 2013-2014”**<sup>(7)</sup> 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 <sup>(7)</sup>.

- Paucar J. **“Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del hospital Guillermo Almenara Irigoyen – ESSALUD - 2010”**<sup>(8)</sup> 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 <sup>(8)</sup>.

### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

- De las Cuevas C. y Sanz E. **“Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica”** <sup>(9)</sup> 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 <sup>(9)</sup>.

- García I. y Granada J. **“Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental”** <sup>(10)</sup>. (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 <sup>(10)</sup>.

- Coldham E. y Addington D. **“Medication Adherence of individual’s watt a first episode of psychosis”** <sup>(11)</sup>. 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 <sup>(11)</sup>.

- Perkins DO. “**Adherence to antipsychotic Medication**” <sup>(12)</sup> (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 <sup>(12)</sup>.

## **2. 2. BASE TEÓRICA**

### **CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA ESQUIZOFRENIA**

Según la OMS la esquizofrenia es un “trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo” <sup>(1)</sup>, se presenta cuando un individuo aparece ido de pensamiento con percepciones delirantes y demás, es decir, “los síntomas de primera categoría” de Kurt Schneider <sup>(2)</sup>. Esta se caracteriza por la coexistencia de la conciencia normal de la realidad con una mutación insólita y productiva de la estructura de la conciencia cognitiva de la realidad <sup>(11)</sup>. Afecta a un porcentaje muy reducido de la población entre 0.5-0.7% como lo indicó en 1992 la National Comorbidity Survey, esta enfermedad de no ser tratada oportunamente incapacita al paciente de manera que impide la realización normal y cotidiana de sus actividades, así como de sus relaciones sociales <sup>(3)</sup>.

### **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 <sup>(4)</sup>.

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

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 prometedor. 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 “*demencce precoce*”<sup>(6)</sup>.

E. Hecker en 1871 diferenció la “*demencce precoce*” de una nueva enfermedad la cual definió como “hebefrenia”, definiendo a esta nueva psicopatología de la primera por presentar una aparición temprana, generalmente ligada a la pubertad, aparición cambiante (melancolía, manía y confusión), esta se diferenciaba de la “*demencce precoce*” por presentar una rápida evolución sintomática que culmina en el debilitamiento cognoscitivo del paciente, presentando además una característica forma del deterioro terminal. Esta después fue clasificada como esquizofrenia desorganizada<sup>(12)</sup>.

En 1874 Kahlbaum definió la “catatonia”, exponiendo 3 principales síntomas que definían dicho padecimiento: la manía o el estado estuporoso que se relaciona a la vulnerabilidad encáustica y el estado melancólico que homologa a la última causa de una relación alongada con consecuencias no confortables. Kahlbaum dedujo que la “catatonia” era el síntoma de una enfermedad más compleja, que abarca la estructura cerebral<sup>(6)</sup>. El estudio de investigación realizado por Kahlbaum presentaba veintiséis reportes de casos, cuyo objetivo no era definir una nueva enfermedad sino definir adecuadamente los límites clínicos de la “*melancholia attonita*”, sin embargo, posteriormente se determinó que solo diez casos eran de catatonia<sup>(13)</sup>.

En 1899 Kraepelin relacionó los tres desórdenes descritos (la hebefrenia, la catatonia y la paranoide) de igual forma que Morel, las denominó “*dementia*”



*praecox*”<sup>(6)</sup>. Realizando detalles impresionantes sobre los signos clínicos y presentando una oposición hacia la postura de hipótesis que buscara definir la actitud del paciente desde un punto de vista gnoseológico<sup>(6)</sup>.

En 1911 Bleuler define que la alteración primordial era un desplazamiento del yo y un trastorno de la psique racional. Presentando una postura opuesta a la de Kraepelin sobre la edad de brote y la evolución de los signos y síntomas al mencionar que esta fase pueda frenarse en cualquier momento y menguar de forma significativa de forma esporádica. Organizó los síntomas de la esquizofrenia en primarios (autismo, alteración de las asociaciones del pensamiento, ambivalencia y aplanamiento afectivo) y secundarios (alucinaciones e ideas delirantes). Planteó que los síntomas primarios se relacionaban con causas orgánicas, mientras que los síntomas secundarios eran atribuidos a las alteraciones psicológicas.<sup>(14)</sup> Fue Bleuler quien creó la palabra esquizofrenia tratando de agrupar los síntomas descritos por autores anteriores quienes lo definían como “demencia”. La inclusión de este término fue influenciado por las posturas psicodinámica y la asociacionista<sup>(14)</sup>.

Langfeldt realizó una clasificación entre la población esquizofrénica y los agrupó según los síntomas psicóticos que presentaban en dos grupos: los esquizofrénicos con diagnóstico comprobado y los que sufrían una psicosis esquizoide<sup>(5)</sup>.

Kurt Schneider, a finales de inicios de los años 60’s busca diferenciar la esquizofrenia de otras psicopatologías, estipulando los síntomas principales y secundarios de Bleuler en un conjunto de recopilaciones psicóticas, que definió como “de primer orden o rango”. A pesar que K. Schneider se limitó netamente a lo clínico respecto a “los síntomas de primer orden”, evidenció que éstos tenían en común rasgos anómalos, y que tenían como consecuencia la decadencia de los límites del yo; de tal forma, agregó a los “trastornos del yo” el deterioro Kraepeliniano y la desorganización Bleuriana,

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

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.) <sup>(12)</sup>.

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 <sup>(12)</sup>.

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 <sup>(15)</sup>.

## 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 <sup>(16)</sup>, 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 punto que se marca el

inicio de un sinnúmero 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**

Según la OMS la esquizofrenia es “un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo” (1).

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, 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 varía 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).

En estudios de seguimiento prolongado de algunos casos se ha encontrado que un 11% de los pacientes deben permanecer hospitalizados en forma

continúa, un 33% presentan síntomas residuales importantes, pero son capaces de vivir en su comunidad y un 56% llevan una vida normal, aunque ocasionalmente tienen que tomar medicamentos antipsicóticos <sup>(19)</sup>.

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 <sup>(20)</sup>.

## 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 <sup>(21)</sup>.

**Factores ambientales:** Dado que la herencia no puede explicar por sí 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 <sup>(21)</sup>.

Los efectos ambientales por sí solos representan una proporción no considerable. La mayoría de los factores de riesgo ambientales actúan durante el periodo temprano de desarrollo cerebral (por ejemplo,

durante el embarazo y el periodo neonatal). El factor de riesgo más grande es la historia familiar de esquizofrenia (los estudios de adopción demostraron que el mecanismo de transmisión es genético). Es concebible que los factores de riesgo ambientales interaccionen con factores genéticos, pero la evidencia no es definitiva.

Así, los modelos etiológicos actuales de la esquizofrenia proponen efectos adictivos y/o interactivos entre múltiples genes y factores ambientales. Como veremos la mayoría de eventos que se han asociado al riesgo a padecer esquizofrenia ocurren durante el periodo prenatal y perinatal de la vida, mucho antes de la aparición de los síntomas requeridos para el diagnóstico de la esquizofrenia. Por eso este espacio entre factores ambientales de posible relevancia etiológica y la aparición de síntomas psicóticos es el que ha fundamentado la aparición la hipótesis del neurodesarrollo <sup>(21)</sup>.

**Factores Psicosociales:** Aunque los genes y sus implicaciones biológicas, junto a la interacción con el ambiente juegan un papel crucial en la esquizofrenia, se debe tomar en cuenta que el ser humano es un ser eminentemente social <sup>(22)</sup>, y no se le puede concebir como una entidad aislada. Es por ello importante resaltar que la sociedad y la estructura psíquica del individuo, son factores también importantes en el desarrollo de la esquizofrenia, ésta relación, genotipo-ambiente representa una base sólida respecto a posibles causas.

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 <sup>(23)</sup> 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 tóxica de convivencia donde la familia predica la incomunicación entre sus integrantes <sup>(22)</sup>, 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 <sup>(23)</sup>.

**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 <sup>(27)</sup>.

Investigaciones más actuales han publicado que la población con esquizofrenia tienen tendencia a presentar índices más altos de mutaciones genéticas anómalas, con este dato implica que probablemente estas diferencias genéticas impliquen genes diferentes e interrumpen el desarrollo normal del cerebro <sup>(27)</sup>.

**Consortio de genética sobre la esquizofrenia:** El Consorcio sobre la genética de la Esquizofrenia ha realizado estudios para la comprensión a la compleja base genética de esta enfermedad. Con ello ha buscado caracterizar los 12 endofenotipos

característicos de la Esquizofrenia con medidas neurofisiológicas y neurocognoscitivas <sup>(27)</sup>.

Este estudio consistió en utilizar varias familias con un individuo esquizofrénico y al menos un hijo no esquizofrénico, y ambos padres. Durante el estudio se evaluaron a los esquizofrénicos, los genotipos en dos fases y también los endofenotipos.

El resultado del estudio fue la identificación de 12 endofenotipos en donde se lograron localizar distintos segmentos alterados, los cuales fueron:

- Con una probabilidad logarítmica (LOD) de 4 el endofenotipo 3p14 que altera la realización de tareas antisádicas <sup>(28)</sup>.
- Con un (LOD) de 3.5 el endofenotipo 1p36 para el reconocimiento de las emociones <sup>(28)</sup>.
- Con un (LOD) menor de 2.2 los endofenotipos 2p25 y 16q23 para el procesamiento espacial, los endofenotipos 2q24 y 2q32 para la destreza sensomotora, el endofenotipo 5p15 para el propulsor de inhibición, el endofenotipo 8q24 para el aprendizaje, el endofenotipo 10q26 para el rendimiento, los endofenotipos 10q26 y 12p12 para la memoria y el endofenotipo 14q23 para el reconocimiento de letras y números <sup>(28)</sup>.

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 <sup>(21)</sup>.

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 <sup>(21)</sup> <sup>(28)</sup>.

**Otros genes implicados en la esquizofrenia** Estudios recientes, realizados por Shi y colaboradores <sup>(29)</sup>, 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” <sup>(29)</sup> 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 <sup>(30)</sup>.

## **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 <sup>(31)</sup>.



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 <sup>(11)</sup>.

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 <sup>(32)</sup>.

Kissling (1992) menciona que la tasa de recaída disminuye de 70 a 20% con medicación <sup>(33)</sup>, 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 <sup>(34)</sup>.

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) <sup>(9)</sup>.

En pacientes irregulares o parcialmente cumplidores al tratamiento (entre el 42% y el 71% del tratamiento prescrito) según la valoración del personal de enfermería, 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. En los pacientes con una buena adherencia (realizan más del 82% del tratamiento prescrito) la información sobre la

medicación prescrita fue la estrategia considerada más adecuada, considerándose como <sup>(10)</sup>:

- paciente cumplidor a aquel que realiza más del 80% del tratamiento prescrito.
- Paciente parcialmente cumplidor: que realiza del 20 – 80% del tratamiento prescrito.
- Paciente no cumplidor: que realiza menos del 20% del tratamiento prescrito.

### 2.3. 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.

## **2. 4. HIPÓTESIS**

- 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

## **2. 6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- Tiempo de tratamiento:  
Definición operacional: Esta variable fue cuantificada en años y fue dividido en el siguiente rango:
  - Menor de 1 año
  - Dos años
  - Tres años
  - Cuatro años
  - Cinco años a más

- Prevalencia:
  - Número de casos nuevos y antiguos sobre el total de atenciones.
  - Se medirá mediante la fórmula de prevalencia:

$$\frac{\text{Número casos nuevos + Número casos antiguos}}{\text{Población total en ese mismo momento}} \times 100$$

- Adherencia: Se evaluó cuatro variables basadas en el test de Morrisky Green modificadas por el autor a una escala de 0 al 9, siendo del 0 a 4 como una respuesta negativa y del 5 al 9 como respuesta afirmativa. Usando como base las preguntas 2, 3, 4 y 5, se considerará como paciente adherido si contesta NO, SI, NO, NO a las preguntas indicadas respectivamente, y se considerará como no adherido si contesta de forma contraria a cualquiera de estas preguntas.
- Recaída:
  - Se evaluará de manera cuantitativa
- Hospitalización:
  - Se evaluará de manera cuantitativa

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3. 1. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3. 1. 1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

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

#### **3. 1. 2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo.

### **ÁREA DE ESTUDIO**

- **Delimitación espacial:** Hospital Víctor Larco Herrera, ubicado en el Distrito de Magdalena del Mar, Provincia de Lima, Departamento de Lima. (mapa anexo N° 7)
- **Delimitación temporal:** Período del año 2016.
- **Delimitación social:** Pacientes adultos.
- **Delimitación Conceptual:** Esta investigación abarcó sobre todo el concepto fundamental del nivel de adherencia medicamentosa de los pacientes usando como población de estudio sólo a mayores de edad para poder llevar un mejor control.

### **3. 2. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

**POBLACIÓN:** Todos los pacientes adultos atendidos en el Servicio de consultorio externo de psiquiatría del hospital nacional “Víctor Larco Herrera” con diagnóstico de esquizofrenia. El universo contará con 4366 pacientes.

**MUESTRA:** Se tomó por un muestreo probabilístico aleatorio simple, aplicando la siguiente fórmula para una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población (4366)
- $Z_{\alpha} = 1.96$  al cuadrado (la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (5% = 0.05)
- q = 1 – p (1 – 0.05 = 0.95)
- d = precisión (5%)

**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 2016.
- 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.

### **3. 3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

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, (Anexo N° 2)

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 “Víctor Larco Herrera”. 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.

### **3. 4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la realización del presente estudio, cumpliendo con el protocolo establecido por el hospital y con la finalidad de obtener datos fiables se cumplió con el siguiente procedimiento:

- Se solicitó permiso al director del Hospital y a la Oficina de Docencia e Investigación para la ejecución de la misma.
- Se informó al Jefe de Servicio de consultorios externos de Psiquiatría para el correcto desarrollo de la investigación.
- Se usó una ficha de recolección de datos donde se encuestó a los pacientes que se encuentran en sala de espera de consultorios externos del servicio de psiquiatría identificando y seleccionando a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y no poseían ningún criterio de exclusión bajo la supervisión de un médico asistente con especialidad en psiquiatría.
- En colaboración con el departamento de estadística se recolectaron datos de importancia para el investigador como el número total de pacientes con esquizofrenia y el número total de atenciones en consultorio externo de psiquiatría. Las variables obtenidas fueron recolectadas en una ficha de recolección de datos.

### **3. 5. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Los datos que se obtuvieron en las fichas de recolección de datos va a ser registrada en una hoja de Microsoft Excel 2013 y posteriormente se exportará la información al programa SPSS v. 24.



La información obtenida se tabuló iniciando la descripción de las variables de estudio, la distribución de frecuencias muestrales, cuadros de doble entrada y gráficos de frecuencia.

La prueba estadística se realizó con un nivel de confianza del 95% y un valor  $P < 0.05$  resaltando diferencias entre los distintos grupos de estudio.

### **3. 6. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente trabajo no presentó ninguna falta ética en la investigación y cumple con los lineamientos éticos establecidos, participando solo aquellos pacientes que firmaron el consentimiento informado.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4. 1. RESULTADOS**

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 Víctor Larco Herrera 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 El 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**

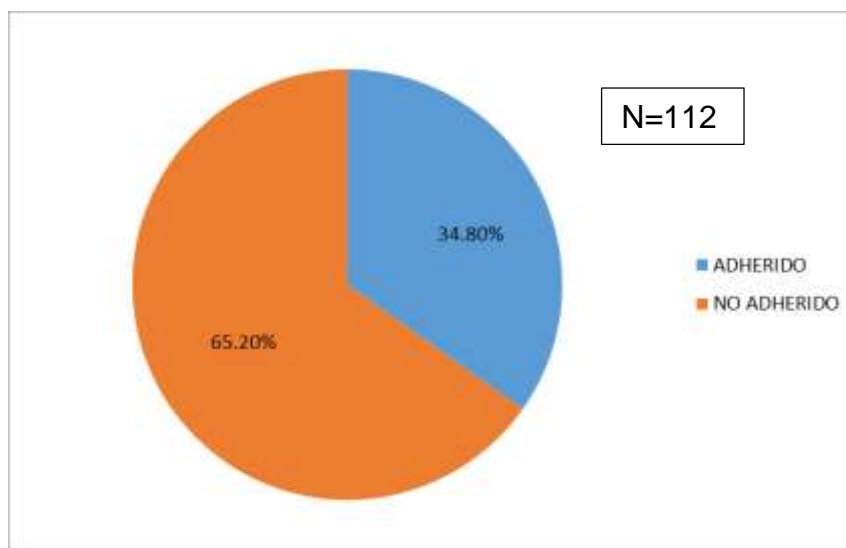
ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 1**

PORCENTAJE DEL NIVEL DE ADHERENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

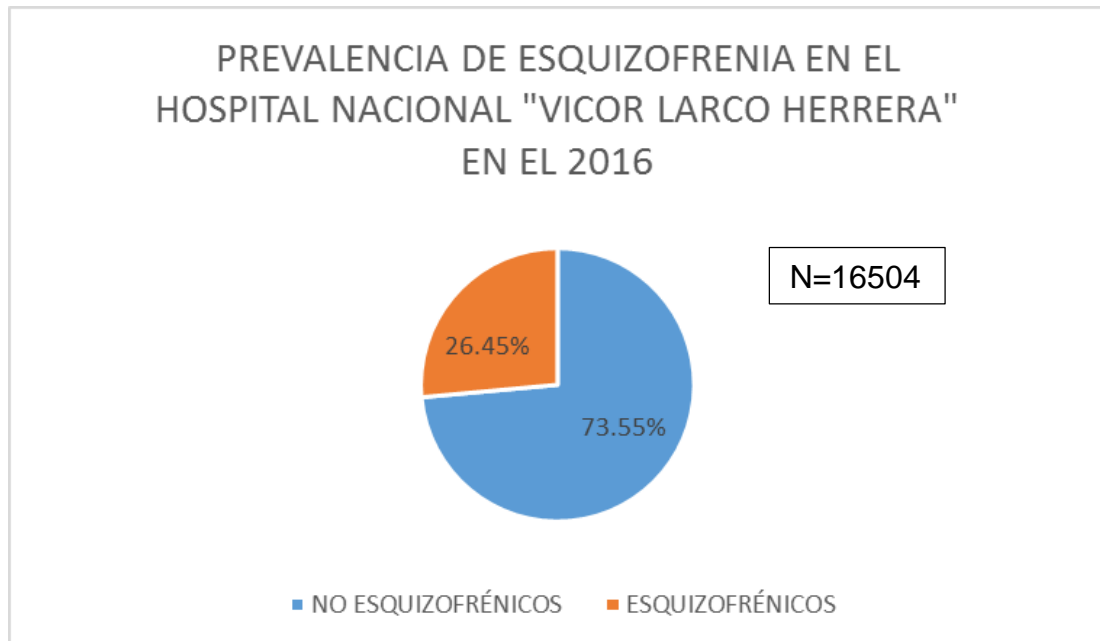


**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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 VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.



**Fuente:** Departamento de estadística Hospital Víctor Larco Herrera

**Interpretación:** Se analizaron 16504 pacientes que corresponden a todos los pacientes atendidos durante el periodo enero - julio 2016 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 formula:

$$\frac{\text{\# Casos nuevos + \# casos antiguos}}{\text{Población total en el momento dado}} \times 100$$
$$\frac{4366}{16504} \times 100 = 26.45$$

**TABLA N° 2**

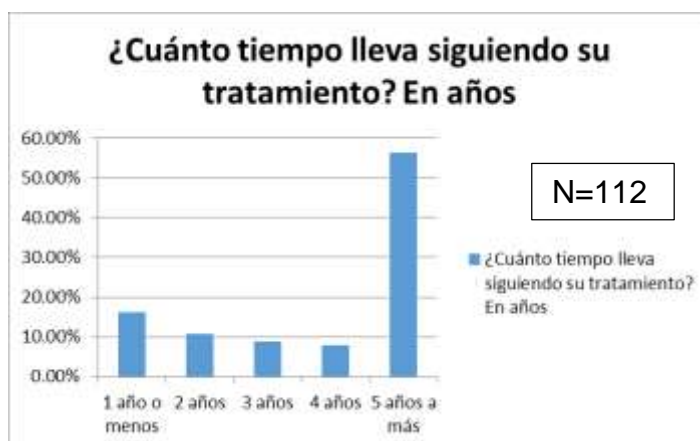
TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON  
ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR  
LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

¿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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 3**

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON  
ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR  
LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.



**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**Interpretación:** En la TABLA 2 y en el GRÁFICO 3 se evidencio 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**

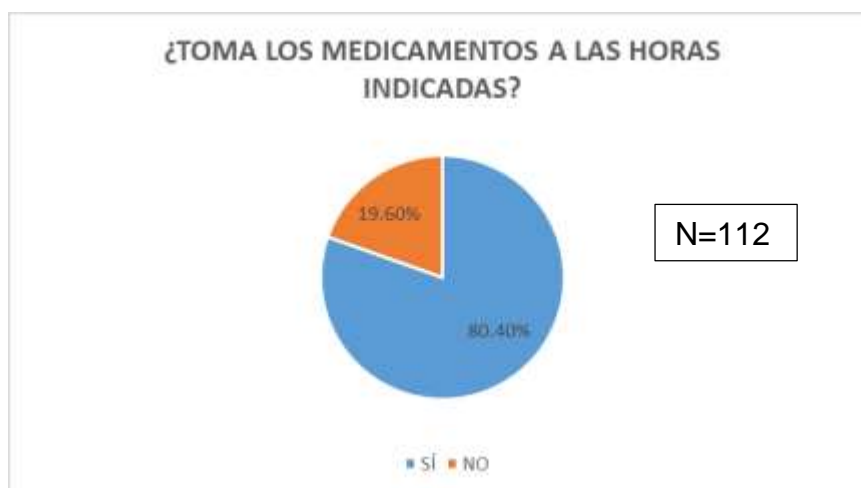
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 4**

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016



**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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 VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

¿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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 5**

NÚMERO DE VECES DE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.



**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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**

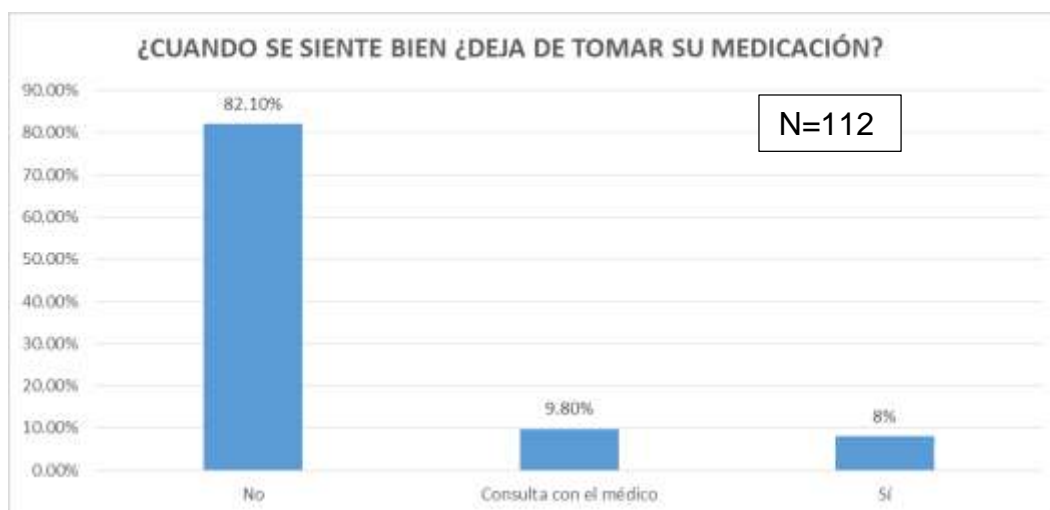
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 6**

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.



**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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 VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 7**

RESPONSABILIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.



**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**

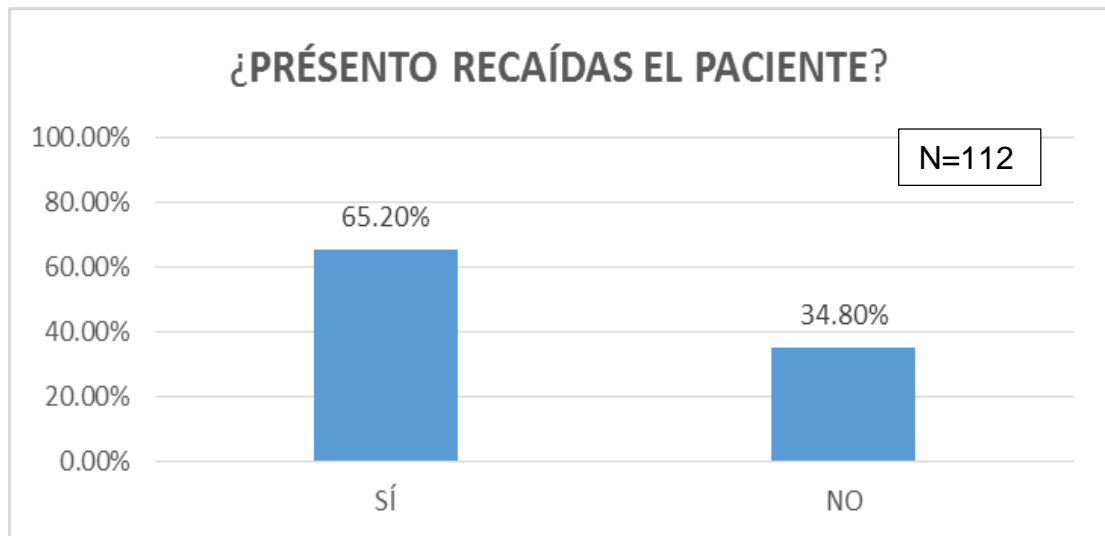
ÍNDICE DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA  
EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.  
ENERO – JUNIO 2016.

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 8**

ÍNDICE DE RECAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA  
EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.  
ENERO – JUNIO 2016.



**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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**

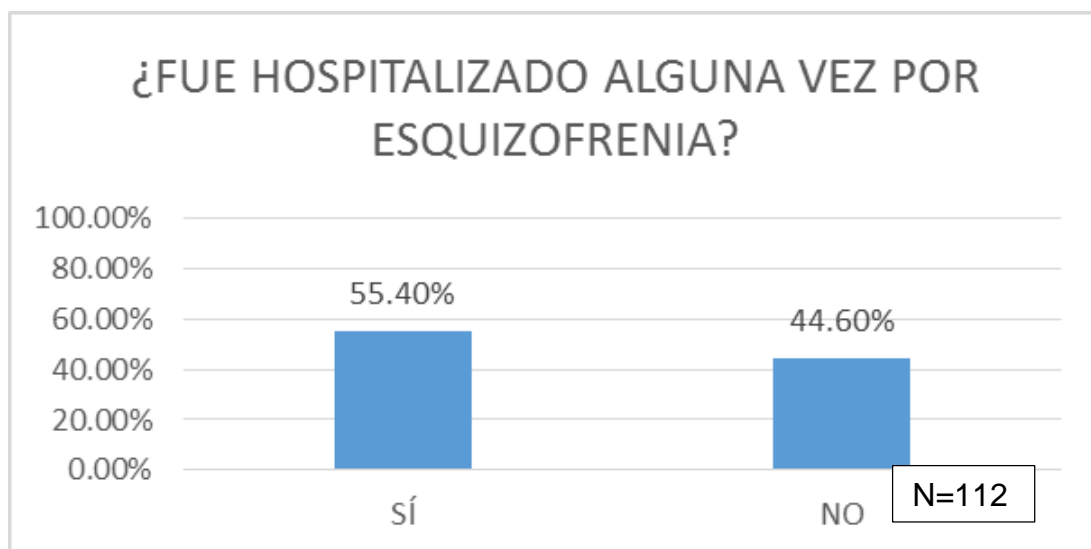
ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**GRÁFICO N° 9**

ÍNDICE DE HOSPITALIZACIONES EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.



**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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 VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

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

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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 VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

		¿ 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 VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.

		¿Fue hospitalizado alguna vez por esquizofrenia?			Chi cuadrado	P<0,05
		SÍ	NO	Total		
Adherencia	Adherido	Count	25	14	1.852	<b>P=0.174</b>
		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	

**Fuente:** Instrumento diseñado por el autor, Francois Fernández Peñaloza

**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.

## 4. 2. DISCUSIÓN:

A diferencia de otros pacientes, el paciente esquizofrénico debe cumplir lo más exacto posible su tratamiento para evitar recaídas, ya que no solo sería un problema para la familia que su cuadro empeore, sino que también representa un gasto para el estado. Para el siguiente trabajo se realizó un cuestionario basado en el Test de Morrisky Green <sup>(9)</sup> modificado por el autor, a una escala del 0 al 9 <sup>(10)</sup> Usando como base las preguntas 2, 3, 4 y 5 se considerará como paciente adherido si contesta NO, SI, NO, NO a las preguntas indicadas respectivamente, y se considerará como no adherido si contesta de forma contraria a cualquiera de estas preguntas.

Se obtuvo 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 inversa al estudio realizado por Paucar J. en 2011 donde expone que, un 67% está adherido al tratamiento <sup>(8)</sup>, mientras que el estudio de Coldham E. y Addington D. realizado en Canadá muestra cifras similares casi similares con un 41% de correcta adherencia <sup>(11)</sup>.

Este dato es importante ya que al haber un índice mayor de pacientes no adheridos al tratamiento conlleva mayores gastos al Hospital Nacional Víctor Larco Herrera más aun cuando la prevalencia de pacientes esquizofrénicos en dicho nosocomio es de 26.45%, es decir, poco más de la cuarta parte de su población son pacientes esquizofrénicos y continuadores con más de 5 años de tratamiento (el 56.3% del total de pacientes encuestado refiere que lleva siguiendo su tratamiento en el tiempo referido. (Ver GRÁFICO 3).

Uno de los principales factores de la no adherencia a un fármaco en específico es el incumplimiento del horario establecido por el médico tratante, lo que conlleva al aumento de la dosis farmacológica en la siguiente cita. Los resultados de la TABLA 3 revelan que el 80.4% de pacientes toma su

medicamento en los horarios establecidos, lo cual llevaría a pensar que el paciente presenta una buena adherencia, pero al momento de la evaluación muchos de ellos refieren que no tienen un horario establecido por el médico más que la indicación de que debe ser ingerido antes de sus alimentos, lo cual facilita el cumplimiento de su dosis prescrita.

Muy aparte se le pregunto al paciente si olvidó tomar su medicamento alguna vez durante la semana a lo que en su mayoría (58.9%) refirió que no, mientras que el resto afirmó si haber olvidado tomar su medicamento al menos una vez durante la semana, esto se puede entender también como dos posibles escenarios: uno por el sesgo de cortesía ya que muchos de los encuestados se encontraban acompañados por un familiar o responsable, mientras que en un segundo escenario se considera como valido la respuesta ya que en muchos casos es el familiar o responsable es quien ve por el cumplimiento del tratamiento del paciente ya que entiende que es una persona dependiente.

En el TABLA 5 se revela que la mayoría de pacientes son conscientes de su enfermedad y saben la importancia de cumplir adecuadamente su tratamiento, es así que cuando se le pregunta si dejaría de tomar su medicación si siente que está mejorando, sólo el 8% responde que sí, lo cual es una cifra alentadora ya que un 82% sabe que no debe dejar su medicación a pesar de que se sienta mejor, y un 9.8% refiere que ante cualquier cambio consultaría con su médico para que, en el mejor de los casos le reduzca la dosis farmacológica.

A diferencia de lo que postula Perkins DO en 1999 de que los efectos adversos juegan un rol determinante en la decisión del paciente a interrumpir el tratamiento <sup>(31)</sup>, vemos que contrasta con los resultados obtenidos ya que solo el 9.8% refiere que si dejaría de tomar su medicación si siente algún efecto adverso, mientras que un 68,8% refiere que a pesar de las molestias no dejaría de tomar su medicación.

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.

Estos resultados conllevan a pensar que no porque un paciente haya tenido una recaída tiene que ser hospitalizado ya que hay muchos factores que influyen en esto, tal es el caso del desinterés del familiar o la imposibilidad de trasladarlo hacia el hospital, otro factor que podría reflejar es que no todas las recaídas son de la misma intensidad y no ameritan una hospitalización. 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.



## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5. 1. CONCLUSIONES

- El nivel de adherencia al tratamiento fue de 34.8% mientras que para Paucar J. el nivel de adherencia es 67% <sup>(8)</sup>, para Coldham E. y Addington D. exponen que el 41% presenta una buena adherencia <sup>(11)</sup>.
- La prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia en el Hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016 fue de 26.45%, mientras que la prevalencia mundial oscila entre los 0.9 a 3.8 casos por 1000 habitantes <sup>(19)</sup>.
- 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

## 5. 2. 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 realizaran 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.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kaplan H. y Sadock B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta: Psiquiatría clínica. 11º edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2015.

Ortiz-Tallo M. Psicopatología clínica adaptado al DSM-V. 1º edición. Madrid. Editorial Pirámide. 2016.

Cañamares J. Esquizofrenia: Psicología clínica. 1º edición. Madrid. Editorial Síntesis S. A. 2001

## 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 2016]; 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 2016]. 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 2016] 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 2016] 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 2016]. Disponible en:

<http://actaspsiquiatria.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 2016] 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. 1° Ed. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores; 1998

**14.** Henry Ey. Paul Bernard. Tratado de psiquiatría. 8° ed. Barcelona. Editorial Masson. [Acceso 10 noviembre 2016]. 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 2016]. 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 2016]. Disponible en:  
[http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions\\_from\\_ELN\\_Members/esquizofrenia.pdf](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 2016]. 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 2016]. Disponible en:  
[http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas\\_salud/salud\\_mental/guias\\_tecnicas/esquizofrenia.pdf](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 2016]. Disponible en  
<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/psiquiatria2004.pdf>
- 20.** Reporte del ministerio de salud año 2010. [Acceso 26 noviembre 2016]. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/?op=5>

- 21.** Pablo V. Gejman, Alan R. Sanders La etiología de la esquizofrenia [Acceso 26 noviembre 2016]. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802012000300007](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, 2016
- 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 2016]. Disponible en:  
[http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa7/conferencias/7\\_ci\\_d.htm](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 2016]. Disponible en:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442004000300007&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0034-77442004000300007&script=sci_arttext&tlng=e)
- 27.** Esquizofrenia. National Institute of mental Health [Acceso 3 diciembre 2016]. Disponible en  
[https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/schizophrenia-spanish\\_142536.pdf](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 2016]. 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 2016]. 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 2016]. 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 2016]. 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**

### ANEXO N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTE</b>
<b>INDEPENDIENTE</b>						
Nivel de adherencia	Cumplimiento o incumplimiento del paciente al tratamiento	Adherido  No adherido	Cuantitativa	Normal	Encuesta	Instrumento
<b>DEPENDIENTE</b>						
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



## ANEXO N° 2 INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

### 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 Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO**  
 NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" EN EL AÑO 2016.

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO							
2	¿Cuánto tiempo lleva siguiendo su tratamiento?							
3	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?							
4	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?							
5	¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar su medicación?							
6	Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla?							
7	¿Presentó recaídas? ¿Cuántas?							
	¿Fue hospitalizado por esquizofrenia alguna vez?							
	¿Cuántas?							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:     Aplicable     No aplicable ( )     No aplicable después de corregir ( )

Lima, 16 de NOV. del 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: Bowelle Vasquez Herrero Enrique    DNI: 09389695

Especialidad del evaluador: Psiquiatría

Asesorado de Salud Mental  
Hospital Víctor Larco Herrera

  
 FIRMA



## ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" EN EL AÑO 2016.

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	✓		✓		✓		
2	¿Cuánto tiempo lleva siguiendo su tratamiento?	✓		✓		✓		
3	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	✓		✓		✓		
4	¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	✓		✓		✓		
5	¿Cuándo se encuentra bien deja de tomar su medicación?	✓		✓		✓		
6	Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla?	✓		✓		✓		
7	¿Presentó recaídas? ¿Cuántas?	✓		✓		✓		
	¿Fue hospitalizado por esquizofrenia alguna vez?	✓		✓		✓		
	¿Cuántas?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:     Aplicable     No aplicable ( )

Lima, 15 de 11 del 2016

Apellidos y nombres del juez evaluador: VILLA TORO, JUAN    DNI: 08520219

Especialidad del evaluador: PSIQUIATRA

Ministerio De Salud  
 Hospital "Victor Larco Herrera"  
 Consulta Externa de Adultos  
 .....  
 Juan Pablo Villa Toro  
 M.Psiquiatra  
 C.M.P. 17851    N.º J. 4203    FIRMA

#### ANEXO N° 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Indicadores	Metodología
<p><b>Planteamiento del problema:</b> 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><b>Objetivo general:</b> Determinar el nivel adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.</p> <p><b>Objetivo específico</b> Determinar la prevalencia de pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> 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><b>Tipo de investigación</b> 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>Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.</p> <p>Precisar el tiempo de tratamiento de los pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital</p> <p>Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.</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><b>Población</b></p> <p>Todos los pacientes adultos atendidos en el Servicio de consultorio externo de psiquiatría del hospital nacional “Víctor Larco Herrera” con diagnóstico de esquizofrenia. El universo contará con 4366 pacientes.</p>
---	--	--	--	--	--

<p>por presentar alucinaciones auditivas e ideas delirantes (generalmente de persecución).</p> <p><b>Formulación del problema</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera.</p>	<p>psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.</p> <p>Determinar si existe relación entre las recaídas y hospitalizaciones en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.</p> <p>Determinar si existe relación entre las hospitalizaciones y el nivel de adherencia en</p>				
---	--	--	--	--	--

Enero – junio 2016?	pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.				
---------------------	--	--	--	--	--

**ANEXO N° 5: 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:

- 0 – 4 Nunca
- 5 – 6 Si, pero consultaría con su medico
- 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:

- 0 – 4 Nunca
- 5 – 6 Si, pero consultaría con su medico
- 7 – 8 Si lo hizo, pero menos de 5 veces
- 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



## ANEXO N° 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO



### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA “NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. ENERO – JUNIO 2016.PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Hospital “Víctor Larco Herrera” y que se les invita a participar en la investigación de “Nivel de Adherencia en pacientes adultos con esquizofrenia”

- **Investigador Principal:** Francois Fernandez Peñaloza
- **Organización:** Universidad Privada San Juan Bautista
- **Patrocinador:** Universidad Privada San Juan Bautista
- **Propuesta:** El siguiente estudio será realizado con fines de poder brindar un mejor servicio al paciente, así como también ayudarlo a cumplir con su tratamiento para que presente un mejor avance

#### I. INTRODUCCIÓN:

Yo, Francois Steve Fernandez Peñaloza, estudiante de 6° año de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista me encuentro realizando un trabajo de investigación sobre: “Nivel de Adherencia al tratamiento en pacientes adultos con esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Enero – junio 2016.”, ya que es una de las principales causas de recaídas en los pacientes con dicho diagnóstico, lo que conlleva a que sus síntomas se agraven y se tenga que recurrir a una dosis mayor. Siéntase en la libertad de decidir si desea que su familiar participe en dicho estudio o no, también está en la libertad de solicitar mayor información sobre el tema, tanto al médico especialista como también al investigador.

**PROPÓSITO:**

La esquizofrenia es un mal silencioso y pocas veces tratado en nuestro país, muchos pacientes que sufren de esta enfermedad no son tratados adecuadamente o dejan su tratamiento debido a diversas causas como tiempo o dinero.

Muchos pacientes ya diagnosticados y tratados en los diferentes hospitales del Perú no continúan adecuadamente su tratamiento, debido a olvido o por sentir que ya no necesitan tomar sus pastillas al sentirse mejor, es ahí donde se presentan las recaídas y el retroceso del avance ya conseguido.

**TIPO DE INTERVENCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

Esta investigación se realizará mediante la resolución de un simple cuestionario por parte del paciente o por parte del familiar acompañante (siempre y cuando el paciente se encuentre imposibilitado de contestar

**SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:**

Estamos invitando a todos los pacientes adultos diagnosticados con esquizofrenia del hospital Víctor Larco Herrera para así poder tener resultados más fiables

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Su participación a la realización de esta investigación es totalmente voluntaria, puede elegir participar como también no hacerlo, la calidad del servicio en los diferentes consultorios externos del servicio de psiquiatría no cambiará según su decisión, siéntase en la libertad también de cambiar de opinión incluso después de haber aceptado.

**PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLO:**

El estudio de la investigación se realizará de dos formas:

PRIMERO nos gustaría interrogar oralmente al paciente si recuerda haber dejado de tomar sus medicamentos durante el mes que le tocaba volver a consulta (si lleva consigo su blíster se procederá a contar si están completas las tomas o hay más pastillas de las que debería. SEGUNDO se entregará gustosamente al paciente o familiar (siempre y cuando el paciente se encuentre imposibilitado de resolverlo) un test para que sea resuelto con el compromiso de responder con la verdad.

**DURACIÓN:**

La investigación durará menos de 10 minutos aproximadamente por encuesta y se realizará durante lo que dure su tratamiento, no tendrá que venir ningún día adicional a los citados por su médico tratante.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:**

El siguiente estudio no presenta ninguna complicación secundaria hacia el paciente o hacia el familiar, la calidad de atención será igual para el paciente antes o después de resolver el cuestionario.

**RIESGOS:**

No presenta ningún riesgo ni para el paciente ni para el familiar ya que es sólo una encuesta.

**MOLESTIAS:**

No presenta ninguna molestia ni para el paciente ni para el familiar.

**BENEFICIOS:**

El siguiente estudio resultará beneficioso para el paciente ya que le permitirá tomar conciencia de su enfermedad y de la importancia que radica para su estabilidad el cumplir adecuadamente con su tratamiento.

**INCENTIVOS:**

Se le entregara a cada paciente por su cordial colaboración un jugo y una galleta.

**CONFIDENCIALIDAD:**

El siguiente estudio es totalmente confidencial, no se compartirá con terceros ni tampoco con otros participantes a dicho estudio los resultados brindados por el paciente o familiar, nadie salvo los investigadores tendrá acceso a sus respuestas ya que estarán fuera del alcance, cualquier información referente a usted será a base de un número y no por un nombre, de igual manera, solo los investigadores tendrán acceso a dicho número y nadie más.



**COMPARTIMIENTO DE LOS RESULTADOS:**

El conocimiento que obtengamos al realizar este estudio será compartido con usted en la brevedad posible, no habrá datos personales o nombres propios que sean informados a la comunidad. Después de mostrado los resultados estos serán publicados a la comunidad científica para que puedan aprender de nuestra investigación.

**DERECHO A NEGARSE O RETIRARSE:**

Usted no tiene por qué formar parte de esta investigación si no desea hacerlo, de la misma manera siéntase en la libertad de retirarse o cambiar de opinión en el transcurso de esta investigación, esto no afectara en la calidad de atención que viene recibiendo hasta la fecha. Su elección será respetada sea cual sea.

**A QUIEN CONTACTAR:**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas con libertad al momento que usted crea conveniente, sea antes o después de resolver el cuestionario. Si tiene alguna duda después de salir del hospital siéntase en la libertad de contactarse con:

Francois Fernandez Peñaloza – 992 764 380 (teléfono celular Claro)

Jr. Víctor A. Belaunde 259

San Martín de Porres

**II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

He sido invitado a participar de esta investigación sobre el nivel de adherencia al medicamento en pacientes psiquiátricos, es decir si cumplo o no con su dosis diaria.

Entiendo que tendré que resolver un cuestionario y responder una o dos preguntas del investigador después de cada consulta.

He sido informado que dicho estudio no presenta ningún riesgo para mi salud.

Se me ha proporcionado el nombre y número del investigador para poder contactarlo ante cualquier duda sobre dicha investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

**Nombre del Participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_

**Día/mes/año:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SI ES ANALFABETO:**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

**Nombre del testigo y Huella dactilar del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del testigo:** \_\_\_\_\_

**Día/mes/año:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

**Nombre del Investigador:** Francois Steve Fernandez Peñaloza

**Firma del Investigador:** \_\_\_\_\_

**Día/mes/año:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado FFP

## ANEXO N° 7 CARGO DE APROBACIÓN



### MEMORANDO N° 174-2016-OADI-HVLH/IGSS

A : Med. Juana Villa Morocho  
**Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria**

Asunto : Facilidades para desarrollo de Proyecto de Investigación

Fecha : Magdalena del Mar, 15 de noviembre del 2016

Es grato saludarla, y a través de la presente informarle que el Sr. **Francois Steve Fernández Peñaloza**, alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, ha sido autorizado por la Dirección General, para el desarrollo de su Proyecto de Investigación: "Nivel de Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Esquizofrenia tipo Paranoide adultos atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital "Victor Larco Herrera" durante el año 2016"; por lo que mucho agradeceré se sirva otorgar las facilidades correspondientes.

Sin otro particular, le reitero mi cordial saludo.

Atentamente,

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dr. Enrique Bojarquez Giraldo  
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia  
e Investigación  
C.M.P. 6747 - R.N.E. 10240

Hospital "Victor Larco Herrera"  
Central de Documentación  
21 NOV 2016  
RECIBIDO

EBG/mbg.  
c.c.Archivo



[www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe)

Av. El Ejército N° 600  
Magdalena del Mar, Lima 1  
Perú  
Telef. (511) 2619450

## ANEXO N° 8 MAPA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA

