

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Para optar por el título profesional de: Médico Cirujano

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL
COMUNITARIOS “VALLE POCOLLAY” Y “LA HEROICA” DE TACNA
EN EL AÑO 2024”**

AUTORES:

Alvaro Raúl Gonzales Ccalli
ORCID 0009-0008-6674-4658

Jimena Daniela Gutierrez Siña
ORCID 0009-0001-8680-0863

ASESOR:

Dr. Wilson Guzmán Olivera
ORCID 0000-0002-7778-4291

TACNA – PERÚ
2025

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios y a mi familia, quienes han sido el sostén constante a lo largo de todo mi proceso de formación profesional.

Gracias a mi padre Raúl, a mi madre Geovanna, a mi hermana Noelia y a mi hermano Sergio. Su amor y apoyo incondicional han sido la fuerza que me impulsó a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

Su confianza plena en mí han sido la base sobre la cual se ha construido cada uno de nuestros logros.

Alvaro Raúl Gonzales Ccalli

DEDICATORIA

A mis padres Gina y Dennis, por cada esfuerzo silencioso, por sus consejos y por enseñarme que los sueños se alcanzan con trabajo y constancia. A mis hermanas, por su cariño, paciencia y por acompañarme en cada paso de este proceso.

Este logro también es de ustedes.

Jimena Daniela Gutierrez Siña

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres, por ser el pilar fundamental durante todos estos años de formación universitaria. Gracias por su apoyo incondicional, por cada sacrificio, consejo y palabra de aliento que nos permitió seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Su esfuerzo, amor y confianza han sido la base para alcanzar este logro.

A nuestros hermanos, por su compañía constante, comprensión y apoyo a lo largo de toda nuestra carrera. Gracias por su paciencia, por escucharnos, animarnos y recordarnos siempre que no estábamos solos.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a la institución académica que me brindó la oportunidad de formarnos profesionalmente, así como a los docentes que, con dedicación y vocación, contribuyeron de manera significativa en nuestro desarrollo académico y humano.

También agradecemos a nuestros asesores y jurados, por su tiempo, observaciones y aportes críticos, los cuales permitieron fortalecer la calidad científica y metodológica de nuestra investigación.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, directa o indirectamente, colaboraron en la realización de este trabajo y fueron parte importante de mi formación profesional.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Alvaro Raúl Gonzales Cralli, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 76060271, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

"Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia en los centros de salud mental comunitarios "Valle Perlay" y "La Flemina de Tacna" en el año 2024"

Asesorada por Médico Psiquiatra Wilson Guzmán Olivera, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 76060271

Fecha: 06/02/2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Jimena Daniela Gutiérrez Súa, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70980387, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

"Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia en los centros de salud mental comunitario "Valle Pocollay" y "La Herencia" de Tacna en el año 2024"

Asesorada por Médico Psiquiatra Wilson Euzraín Olivera, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

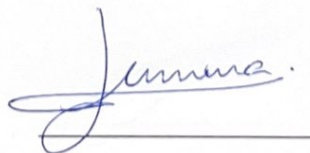
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 70980387

Fecha: 06/02/20

RESUMEN

Objetivo: Relacionar la adherencia al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.

Método: Se realizó un estudio observacional analítico transversal de 95 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión, aplicándose un muestreo no probabilístico de tipo censal. La recolección de datos se efectuó mediante el uso de encuestas tanto sociodemográfica, la escala Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8), y la Schizophrenia Quality of Life Scale Revision-4 (SQLS-R4).

Resultados: La muestra presentó una edad media de $39,93 \pm 11,42$ años. La mayoría fueron de sexo masculino (54,74%), presentó grado de instrucción secundaria (72,63%), no contaba con ocupación (74,74%) y no presentó comorbilidades (88,42%). El 45,26% de los participantes reportó un tiempo de enfermedad mayor a 10 años y el 80,00% no refirió antecedentes familiares de esquizofrenia. El 34,74% presentó una adherencia al tratamiento media, mientras que el 32,63% mostró adherencia baja y el 32,63% adherencia alta. El 50,53% de los pacientes presentó una calidad de vida buena, el 48,42% regular y solo el 1,05% mala. Se encontró una asociación estadísticamente significativa mediante el coeficiente de correlación de Spearman ($\rho = -0,541$; $p < 0,001$), evidenciando una relación monótona de intensidad moderada. Considerando la forma de puntuación de los instrumentos, los resultados indican que, a mayor adherencia al tratamiento, mejor es la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia evaluados.

Conclusiones: Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados de los centros de salud mental comunitarios Valle Pocollay y La Heroica de Tacna.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, calidad de vida, esquizofrenia, centros de salud mental.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between treatment adherence and quality of life in patients diagnosed with schizophrenia at the "Valle Pocollay" and "La Heroica" Community Mental Health Centers in Tacna in 2024.

Method: A cross-sectional analytical observational study was conducted with 95 patients who met the inclusion criteria, using a non-probability census sampling method. Data collection was carried out using sociodemographic surveys, the Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8), and the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision-4 (SQLS-R4).

Results: The sample had a mean age of 39.93 ± 11.42 years. The majority were male (54.74%), had a secondary education (72.63%), were unemployed (74.74%), and had no comorbidities (88.42%). 45.26% of participants reported having had the illness for more than 10 years, and 80.00% reported no family history of schizophrenia. 34.74% showed moderate adherence to treatment, while 32.63% showed low adherence and 32.63% high adherence. 50.53% of patients reported good quality of life, 48.42% fair, and only 1.05% poor. A statistically significant association was found using Spearman's rank correlation coefficient ($\rho = -0.541$; $p < 0.001$), indicating a moderately strong monotonic relationship. Considering the scoring methods of the instruments, the results indicate that greater adherence to treatment is associated with better quality of life in the evaluated patients with schizophrenia.

Conclusions: There is a relationship between treatment adherence and quality of life in patients diagnosed with schizophrenia evaluated at the Valle Pocollay and La Heroica community mental health centers in Tacna.

Keywords: Treatment adherence, quality of life, schizophrenia, mental health centers.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	2
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos de la investigación	2
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	2
1.4. Justificación	3
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
2.1. Antecedentes	4
2.1.1. Internacionales	4
2.1.2. Nacionales	10
2.2. Marco teórico	13
2.2.1. La esquizofrenia	13
2.2.1.1. Definición	13
2.2.1.2. Epidemiología	14
2.2.1.3. Factores de riesgo	15
2.2.1.4. Diagnóstico	15
2.2.2. Tratamiento de la esquizofrenia	16
2.2.2.1. Efectos secundarios de la medicación	17
2.2.2.2. Adherencia al tratamiento	17
2.2.3. Calidad de vida de los pacientes	19
2.2.3.1. Costos de la enfermedad	19
2.2.3.2. Apoyo familiar y social	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
3.1. Hipótesis	22
3.2. Variables	22
3.3. Operacionalización de variables	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	24
4.1. Diseño de investigación	24
4.2. Ámbito de estudio	24
4.3. Población y muestra	24

4.3.1. Población	24
4.3.2. Muestra	24
4.3.2.1. Criterios de Inclusión	24
4.3.2.2. Criterios de Exclusión	25
4.4. Técnica y ficha de recolección de datos	25
4.4.1. Técnica	25
4.4.2. Instrumentos	25
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	27
5.1. Procedimiento de recojo de datos	27
5.2. Plan de análisis	27
5.3. Consideraciones éticas	28
CAPÍTULO VI: RESULTADOS	29
CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES	42
CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA/REFERENCIAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), podemos definir a la esquizofrenia como un trastorno mental grave que mundialmente afecta aproximadamente a 24 millones de personas (1). En el transcurso de los últimos años se ha podido observar que la incidencia de esta enfermedad ha ido en aumento en los adultos, y esto conllevando a que sean víctimas de estigma y discriminación. Se estima que las personas que padecen esta psicosis han empeorado su cuadro clínico por problemas con la adherencia a su tratamiento.(2)

Se define calidad de vida, según la OMS, a la apreciación que posee un individuo de su posición en la vida en el entorno tanto social, cultural y de los valores respecto a esta; además, esto incluye objetivos, inquietudes y expectativas de la misma persona. Así mismo, va a evidenciar de manera integral el estado físico, psicológico y adecuación social.(3)

En este contexto, debemos considerar que aquellas personas con esquizofrenia se verán afectadas en estos aspectos, y aún más, a nivel de las relaciones interpersonales. La esquizofrenia es un trastorno mental que imposibilita al individuo de realizar actividades diarias que van a afectar de manera notable en su calidad de vida.(4)

Considerando que las personas que padecen esquizofrenia se caracterizan por un nivel socioeconómico y educativo bajo, es más probable que el tratamiento que reciban no tenga eficacia suficiente por una pobre adherencia a este. Esta situación se ha visto empeorada causando mayores complicaciones del trastorno mental, así como la gravedad y la mortalidad de la misma.(5) Sabiendo que junto a la psicoterapia, el tratamiento farmacológico se considera de primera línea para la esquizofrenia; una buena adherencia al tratamiento es fundamental.(6)

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La esquizofrenia afronta un desafío significativo en relación a la falta de adherencia al tratamiento, con tasas de abandono demasiado altas en las etapas iniciales de la terapia. Un suceso como este, se asocia con riesgos de recaídas, hospitalizaciones y disminución en la calidad de vida. Alrededor del 50% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento farmacológico en el primer año, multiplicándose por cinco el riesgo de recaída.(6) Aunque se han desarrollado medicamentos de larga duración para abordar este problema, la falta de adherencia en las primeras etapas terapéuticas es un área poco explorada. La participación familiar emerge como un factor relevante, mientras que las actitudes del paciente hacia la medicación desempeñan un papel crucial en la adherencia.(7) Este fenómeno impacta no solo en la salud mental del individuo, sino también en su capacidad de adaptación social e impacto en su vida, subrayando el importante desarrollo de enfoques más directos en la relación de estos fenómenos que se dan por la esquizofrenia.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024?.

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Relacionar la adherencia al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.

- Determinar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.
- Conocer la adherencia al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.

1.4. Justificación

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico que afecta múltiples aspectos de la vida de una persona, impactando significativamente en la calidad de vida de los pacientes debido a la persistencia de los síntomas, estigma social y las limitaciones funcionales asociadas. La adherencia al tratamiento es crucial para la estabilidad de las personas con esquizofrenia, ya que presentando una alta adherencia al tratamiento, se reduce la frecuencia y gravedad de las recaídas, así como una mejora en su bienestar general. Por ejemplo, investigaciones realizadas en contextos similares han señalado que los pacientes que cumplen consistentemente con su tratamiento antipsicótico experimentan menos hospitalizaciones y disfrutan de una mejor calidad de vida en comparación con aquellos con baja adherencia. (8)

Además, en el contexto peruano, los centros de salud mental comunitarios, como “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna, han tenido un rol cada vez más relevante en la atención de personas con trastornos mentales graves. Estos centros no solo ofrecen tratamiento médico, sino también apoyo psicosocial, lo que facilita un enfoque integral en la atención de los usuarios. Sin embargo, la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío en estos entornos, especialmente debido a factores como la limitada educación sobre el trastorno, las barreras de acceso y el estigma social.

Dada la importancia de ambos factores y el contexto específico de los centros comunitarios en Tacna, es relevante y necesario identificar si efectivamente existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en esta población. Estos hallazgos pueden ser útiles para diseñar intervenciones y estrategias específicas que permitan mejorar tanto el compromiso con el tratamiento como el bienestar general de los usuarios.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Chen M, et al. en su investigación “*Initial adherence by psychiatric outpatients in a general hospital and relevant personal factors*” refiere que la adherencia en los pacientes psiquiátricos es un reto, ya que esta nos ayudará a evaluar la conducta de la patología de cada paciente; además que se ha evidenciado en varios estudios que la mayoría de estos pacientes disponen de una mala adherencia. El presente estudio investigó la adherencia inicial de los pacientes ambulatorios y algunos factores personales que posean importancia. Se realizó una encuesta con el uso de “Tasa de visitas de retorno oportunas” (TRVR) en treinta días posteriores de la primera visita para señalar el cumplimiento de inicio; también se usó el “Cuestionario de personalidad de Eysenck” (EPQ) y “Lista de verificación de síntomas - 90” (SCL-90); aquellos que no acudieron a las visitas, se les realizó un rastreo vía telefónica para disponer de las razones. En los resultados se observó que los pacientes que decidieron recibir la terapia farmacológica tuvieron un TRVR de 65,1% y los que la rechazaron de 44,2%; los que tuvieron un ambiente familiar malo tuvieron un TRVR de 53,9% y los de ambiente familiar bueno fue de 64,9%. Los de TRVR general fueron de 59,4 y el 40,6% de los clientes no volvieron a visitar. Se evidencio que en relación a los factores de riesgo para la adherencia inicial estuvieron: las actitudes negativas hacia la medicación, trabajo y el ambiente familiar tenso. Este estudio concluyó que los pacientes psiquiátricos ambulatorios presentaron una mala adherencia de inicio que se ve relacionada con diferentes factores a nivel dimensional, como la ocupación, familia, personalidad, estado mental y pensamientos sobre la patología psiquiátrica y la consiguiente farmacoterapia.(9)

Kim J. et al en su artículo "Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial" nos indica que la adherencia del tratamiento antipsicótico es de suma importancia para los pacientes con esquizofrenia. Por lo tanto, el propósito que tuvieron fue analizar el vínculo entre la alteración de la percepción, tasas de incumplimiento y/o omisión del tratamiento farmacológico dado y el periodo de tiempo transcurrido de este incumplimiento a la medicación empleando los datos de "Ensayos antipsicóticos sobre la eficacia de la intervención" (CATIE); todo esto debido a que la alteración de la impresión de la patología viene a ser uno de los factores principales a la falta o baja adherencia al tratamiento y esto va a aportar a que se presente clínica negativa. Se evaluó con la "Escala de Síndrome Positivo y Negativo" (PANSS) para la percepción; con esta escala se dividieron a los pacientes en tres grupos según el deterioro de percepción que presenten; siendo sin deterioro (PANSS G12=1), deterioro mínimo (PANSS G12=2-3) y deterioro moderado a grave (PANSS G12 >4). Referido a los resultados, se observó que el deterioro moderado a grave del insight se relaciona con la falta de adherencia temprana en comparación con el deterioro mínimo ($\chi^2=4,70$, $p=0,030$) o sin deterioro ($\chi^2=11,92$, $p=0,001$). Por lo tanto, se demuestra un vínculo fuerte entre la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y el deterioro en la capacidad de introspección.(10)

Karabulut B. Usle E. en su trabajo "Schizophrenia and medication adherence: Associated factors" señala que la esquizofrenia es una patología crónica que va a necesitar de un tratamiento farmacológico antipsicótico; por lo que la adherencia es de gran relevancia para mejorar la sintomatología y por ende disminuir las recaídas. Se reporta que de un 26,5-85,1% existe una tasa de problemas asociados a la adherencia al tratamiento en aquellos pacientes con esquizofrenia.

En este trabajo se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con un total de 169 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia entre febrero y junio del año 2021 en un Centro de Salud Mental Comunitario. Según los resultados que se mostraron en el trabajo, refieren que más de la mitad de los pacientes (52%) tenían una adherencia deficiente a la medicación antipsicótica. Hubo ciertos factores que dificultaron la adherencia como la creencia de la recuperación, el estigma internalizado, actitudes hacia la medicación, el uso de medicación prescrita y la asistencia regular a las citas ($p < 0,05$). Por lo tanto, el cumplimiento adecuado o adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes esquizofrénicos puede ser multifactorial, por tal razón, se recomienda implementar un plan personalizado en cada tratamiento dado y considerar los factores que se asocian a la misma.(11)

Ishii J. et al. en su artículo "Association between functional recovery and medication adherence in schizophrenia" nos muestra que la existencia de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia es fundamental para obtener una recuperación funcional de la esquizofrenia y se evalúa con frecuencia por medio del "Inventario de actitudes hacia los fármacos - 30" (DAI-30) (*Inventario de actitudes hacia los fármacos-30*). Las subescalas que presenta el DAI-30, incluyen "conciencia de la necesidad de medicación", "conciencia de los efectos de los fármacos psiquiátricos" e "impresión de la medicación", estos parámetros se han empleado para estimar la adherencia a la medicación. Se incorporaron 78 participantes en el estudio. Se evaluó la adherencia mediante el DAI-30, además de la Evaluación a nivel Global del Funcionamiento en las 0 y 24 semanas para determinar el pronóstico funcional y las respectivas subescalas relacionadas. Según los resultados, al término del rastreo en las 24 semanas, un 36% de los participantes demostraron una recuperación sintomática de la esquizofrenia; y respecto a las subescalas, la de "impresión de medicación" fue considerablemente superior en la agrupación de la recuperación que en el de no recuperación. Esta subescala mencionada fue la más estrechamente relacionada con la recuperación de los participantes con esquizofrenia.(12)

Semahegn A. et. al, en su artículo “Incumplimiento de la medicación psicotrópica y sus factores asociados en pacientes con trastornos psiquiátricos mayores: una revisión sistemática y un meta-análisis” refiere que los trastornos psiquiátricos representan un 14% a nivel mundial, por lo que son una inquietud que va en aumento en la salud pública; el respectivo para estos trastorno continúa en un reto constante, fundamentalmente porque la mayoría de estos pacientes poseen una deficiente o nula adherencia al tratamiento por múltiples factores. Por lo cual, este artículo quiso demostrar la prevalencia y la presencia de ciertos factores que se encuentren asociados con la deficiente adherencia a la medicación antipsicótica; por lo que se realizó una recopilación de 4504 estudios en total en las bases de datos con mayor relevancia; así mismo, dos de los autores seleccionaron y extrajeron los de mayor significancia utilizando la Escala Newcastle Ottawa. En relación a los resultados, se abarcaron 46 estudios en la revisión sistemática, siendo que casi la mitad de los pacientes (49%) con trastornos psiquiátricos no cumplían con su tratamiento antipsicótico y de estos, la falta de adherencia para una patología específica como la esquizofrenia fue del 56%. En cuanto a los factores para la falta de adherencia que pueden influir son el déficit de apoyo en la esfera social, la sintomatología, presencia de comorbilidades, conductas individuales y el sistema de salud. El presente trabajo concluye que la carencia de adherencia al tratamiento antipsicótico fue elevada y estuvo influida por diversos factores que operan en diferentes niveles.(13)

Yu W., Tong J., et al., en su trabajo de investigación “Análisis de la adherencia a la medicación y sus factores influyentes en pacientes con esquizofrenia en el entorno institucional chino” señala que existen ciertos factores que se encuentran conectados con la adherencia farmacológica en los pacientes con esquizofrenia; y estos, han sido esenciales para la terapia de rehabilitación y tratamiento general de estos pacientes. El interés de este trabajo de investigación fue examinar la adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados que repercuten en los pacientes con esquizofrenia chinos.

Se utilizaron la “Escala de calificación de adherencia a la medicación” (MARS), “Escala de Síndrome Positivo y Negativo” (PANSS), “Escala de Autoeficacia General” (GSES), “Escala de calidad de vida de la esquizofrenia” (SQLS) y la “Escala de habilidades sociales para pacientes psiquiátricos hospitalizados” (SSPI); todas estas escalas con el fin de explorar el cumplimiento de la medicación y sus factores influyentes. Relacionado a los resultados, hubo una correlación con la calidad de vida, autoeficacia y las actividades diarias ($p < 0,01$), pero no hubo una correlación con la sintomatología mental ($p > 0,05$). Además, se demostró efectos importantes en la adherencia a la medicación, relacionado con los factores clínicos, psicosociales, autoeficacia y las actividades diarias ($F = 30,210 / p < 0,001$). En conclusión, lo anterior mencionado son factores personales de gran relevancia que van a contribuir en la adherencia farmacológica en el entorno institucional chino.(14)

Vega D. et al., en su estudio “ No adherencia en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Estudio prospectivo de variables asociadas y posibles subtipos” nos muestra que del 40 al 50% existe un mal tratamiento en los pacientes que tienen esquizofrenia; por lo tanto, la finalidad primordial del estudio fue examinar la constancia de la falta de adherencia en los pacientes con esquizofrenia. Se englobaron 110 participantes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, los cuales se evaluaron al momento de su ingreso al hospital y a los seis meses posteriores del alta; además de los factores farmacológicos, clínicos, sociodemográficos y psicopatológicos. Según los resultados, en un 58,2% no se encontró adherencia en los participantes y una asociación independiente a la no adherencia en los factores como: consumo de cannabis, severidad de los síntomas, bajo nivel socioeconómico y el motivo de recidiva. Además, existe un porcentaje elevado de participantes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizotípico que no muestran una adecuada o nula adherencia posterior al alta hospitalaria.(15)

Alvear M.J., Sadoval I., en su artículo de revisión “Adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: una revisión sistemática” indican que es de conocimiento previo que la falta de adherencia a la medicación psiquiátrica conlleva a consecuencias nocivas tanto para los pacientes como la para la sociedad. Principalmente para los pacientes, esta falta de adherencia los hará propensos a la aparición de sintomatología, recaídas, reingresos hospitalarios, entre otros. Además, estos pacientes poseen una tasa de mortalidad que se duplica o triplica comparada con la población en general; que quiere decir, una esperanza de vida reducida. La mayoría de estos pacientes al requerir un tratamiento a largo plazo, se verán afectados en su calidad de vida y productividad. Por todo lo antes mencionado, es primordial una buena adherencia al tratamiento. En este artículo se recopiló información de diferentes bases de datos, se identificaron 65 artículos, de los cuales, pasando el proceso de selección solo se utilizaron 15 artículos para responder las preguntas de investigación; las cuales fueron: ¿Cuál es la prevalencia de la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico?, ¿Qué factores afectan al tratamiento psicofarmacológico? y ¿Cuáles son las causas de la no adherencia al tratamiento psicofarmacológico?. La población total fue de 5873 pacientes con trastornos psiquiátricos graves, y de estos, 2882 (49.4%) eran mujeres y 2955 (50,6%) hombres. Además, los factores asociados a la falta de adherencia incluyeron la edad del paciente, principalmente los adultos mayores, el desempleo, la fase de la enfermedad, analfabetismo, hospitalizaciones prolongadas, actitud hacia el tratamiento. En relación a las causas de la no adherencia, la más importante es la falta de conocimiento y la aceptación de la enfermedad (insight). Otras causas descritas fueron la falta de apoyo social, baja empatía, olvido, efectos adversos, polimedicación, cambios en la rutina. También se clasifica a la deficiente adherencia al tratamiento según el diagnóstico, donde los que presentan un menor grado de adherencia son los pacientes con esquizofrenia y trastornos depresivos. En conclusión, la adherencia de los pacientes con psicofármacos es multifactorial y va a depender de los factores propios del paciente; en cualquier caso, se ha demostrado que las

intervenciones para la mejora de los servicios de psiquiatría, la educación al paciente y familiares y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad ayudarán a mejorar y a favorecer actitudes positivas del paciente hacia el tratamiento y por ende, la adherencia (16).

2.1.2. Nacionales

Gil Cabrera L. en su trabajo “Adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en Centro de Salud Mental Comunitarios de Lambayeque 2020” nos describen que en nuestro país hay un aproximado de 0.5% de personas que poseen una enfermedad mental grave, y esta, es de gran relevancia en los adultos jóvenes, asimismo, unos de los principales factores y de gran relevancia es la falta de adherencia terapéutica, ya que se han visto porcentajes muy altos, que oscilan entre 34-81%. Esta falta de adherencia al tratamiento terapéutico favorece a las recaídas en 5 veces más comparados con pacientes que sí poseen una buena adherencia. Por ende, en este trabajo tuvo como principal objetivo evidenciar el grado de adherencia terapéutica en los pacientes con esquizofrenia, fueron un total de 97 pacientes atendidos en tres centros comunitarios de Lambayeque; en ellos, para la recolección de datos se utilizó una encuesta de manera virtual y física elaborada por la autora y posteriormente validada por expertos, llamada “Cuestionario de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en pacientes con esquizofrenia en centros de salud mental comunitarios de lambayeque, 2020” que se constituye de 10 ítems y abarca cinco dimensiones: paciente, socioeconómica, tratamiento, enfermedad y sistema de salud. El grado de adherencia se dividió en alto (80-100%), medio (60-79%) y bajo (<59%). En los resultados, la dimensión socioeconómica mostró un 73,2% de adherencia media, en la dimensión paciente un 48,5% tuvieron adherencia baja, se evidenció un 50,5% con adherencia media en la dimensión enfermedad, en la dimensión de medicación se observó un 77,3% de adherencia media, y por último, la dimensión de sistema sanitario mostró un 47,4% de adherencia alta, por lo tanto, en el grado de

adherencia total se tuvo que 100% de los pacientes tiene un grado de adherencia medio. Se concluye que los pacientes al presentar este grado de adherencia, se van a predisponer al riesgo de recaídas; además, según las dimensiones, el que posee menor grado de adherencia es la dimensión paciente; por ende, se recomienda una ayuda multidisciplinaria tanto del personal de salud como de la comunidad para ayudar al paciente y a sus familiares a comprender de manera rigurosa la esquizofrenia y lo que conlleva. Asimismo, se pide por un mayor acceso gratuito a la medicación farmacológica ya que uno de los factores que se asocian a la disminución de la adherencia es la falta de recursos económicos. (17)

Inga E. en su investigación titulada “Calidad de vida e intervención psicosocial en pacientes con esquizofrenia de un hospital especializado de Lima - Perú 2022” nos refiere que la OMS ubica a la esquizofrenia en las 10 enfermedades más discapacitantes y por ello perjudica al mismo individuo y su entorno. En general, se requiere del apoyo de las familias, ya que mayormente estos pacientes requieren de su cuidado, esto genera alteraciones de la calidad de vida del mismo. Se plantea como objetivo principal determinar una relación entre calidad de vida e intervención psicosocial, la población se conformó de 191 pacientes y se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de una ficha de veinte preguntas a la historia clínica de cada paciente, validada por tres expertos. En los resultados, se muestra que un 46.1% con calidad de vida favorable presentan una intervención psicosocial eficiente, un 57.1% reveló una eficiente intervención psicosocial en la dimensión de capacidad, el 57.6% en la dimensión cultural mostraron una intervención psicosocial deficiente, finalmente, el 52.9% en la dimensión social revelaron una intervención psicosocial eficiente. Por lo tanto, se infiere que la calidad de vida y la intervención psicosocial tiene una asociación significativa, y de las dimensiones, se asocia con la de capacidad y social. Se recomienda realizar más investigaciones y el apoyo multidisciplinario en las diferentes áreas, para la elección de la mejor terapéutica y rehabilitación del paciente, esto junto al apoyo familiar. (18)

Collantes G. en su trabajo “Actividades de la vida diaria en personas con esquizofrenia de un centro de salud mental comunitario de Lima” nos indica que la esquizofrenia a nivel mundial afecta a millones de personas y se encuentra en las veinte primeras causas de discapacidad, con un pico de edad entre 20-30 años. En Perú, son más de 280 mil pacientes que padecen esta patología, por lo que se considera un problema relevante de salud pública, ya que si no se tiene un diagnóstico y tratamiento oportuno, se verán afectadas tanto las áreas personales como sociales, lo que con el tiempo, afectará a sus actividades diarias. Entonces, se formula como objetivo principal definir el nivel de problema en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). Es un estudio descriptivo transversal, donde la población fueron un total de 60 familiares de pacientes esquizofrénicos, donde para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el “Basic Everyday Living Skills (BELS)” que se divide en 26 actividades, agrupadas en cuatro áreas: Autocuidado, habilidades comunitarias, habilidades domésticas y relaciones sociales. En relación a los resultados, el 76,7% tenía una edad entre 18 y 35 años y el 66,7% fueron hombres, un 40% expresó un tiempo de enfermedad entre 5 y 10 años. En relación a las AVD, las áreas de autocuidado y actividad y relaciones sociales indicaron un problema moderado, mientras que las áreas de habilidades domésticas y comunitarias presentaron un problema severo. En general, el problema moderado fue el predominante con un 53.3% lo que refleja una preocupación ya que esto favorecerá a las recaídas y la disminución en la calidad de vida, por lo tanto, se recomienda realizar programas de intervención y sensibilizar a los familiares y comunidad sobre la patología y lo que acarrea en el paciente.(19)

Mayorga R. en su trabajo “Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia paranoide en un centro especializado de salud mental comunitaria de Chiclayo, 2024” nos relata que la esquizofrenia es una patología compleja que va a afectar a la persona en su comportamiento, por lo que es necesario un tratamiento farmacológico.

El presente trabajo se planteó en averiguar los niveles de adherencia al tratamiento, fue un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con un total de 60 participantes entre 18 y 65 años, para la recolección de datos se utilizó el “Cuestionario de Adherencia a la recogida y administración a la medicación” que incluye 12 preguntas, con una puntuación de 12 a 48, lo que significa que a menor puntaje, hay una mayor adherencia. Según los resultados, 67% fueron de sexo masculino y el 33% de sexo femenino, el 95% son solteros, en relación al nivel de instrucción, el 73.3% completaron la secundaria, el 50% poseían una ocupación, sin embargo, de las mujeres, el 45% eran amas de casa. El 43.3% no tuvieron una adherencia al tratamiento adecuada, de estos la mayoría eran de sexo masculino (52.5%). En relación a aspectos específicos del cuestionario, como no olvidar la toma de la medicación y planificar en recoger sus medicamentos, las mujeres demostraron una mayor adherencia en un 85% y 65% respectivamente. Se concluye y recomienda llevar a cabo programas de sensibilización y educación hacia los pacientes, principalmente al sexo masculino ya que el estudio reflejó que ellos poseen una menor adherencia al tratamiento farmacológico; asimismo, proponen la introducción de recordatorios en los teléfonos móviles para favorecer a la adherencia terapéutica.(20)

2.2. Marco teórico

2.2.1. La esquizofrenia

2.2.1.1. Definición

Según la National Institute of Mental Health (NIMH), la esquizofrenia es “una enfermedad mental grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta”.(21) De este modo, la esquizofrenia persiste como un desafío debido a sus manifestaciones psicóticas y, en varios casos, a sus dolencias sociales y ocupacionales. La frecuencia de este trastorno varía según mujeres y hombres, siendo predominante en estos últimos, y el pronóstico no siempre es optimista. (22)

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décimo primera edición (CIE-11), al igual que sus predecesoras, ha adoptado el enfoque categórico del modelo biomédico, y define a la esquizofrenia como un conjunto de trastornos en diversas áreas mentales, incluido el pensamiento, los delirios, la desorganización del pensamiento, la percepción, las alucinaciones, la experiencia personal, el control de las emociones por una fuerza externa, la atención, la memoria verbal y la cognición social, la falta de motivación, el afecto, el embotamiento expresión y comportamiento emocional, y respuestas emocionales no planificadas. La utilización de este modelo ha permitido la identificación y el tratamiento terapéutico de trastornos psicóticos a largo plazo, pero también demuestra que los síntomas de la psicosis, que se clasifican como parte de la esquizofrenia, no poseen los rasgos de una entidad categórica.(23)

2.2.1.2. Epidemiología

A pesar de su frecuencia relativamente baja en la población general, la esquizofrenia tiene una prevalencia de 4 casos por cada 1000 personas.(24) Además, se agregan los efectos negativos propios de la enfermedad como impacto en la salud, el bienestar social y la economía, siendo notables y extensos. La condición del paciente afecta muchas veces a su entorno como familiares, personas a cargo y, de forma general, a la comunidad.

Al ser la patología psicótica con mayor índice de casos e impacto crítico en los pacientes, estos presentan una mortalidad entre dos y cuatro veces mayor que la población general. Los factores involucrados van desde herencia genética hasta causas ambientales, que incrementan la probabilidad de desarrollar esquizofrenia, siendo el consumo de sustancias, especialmente el cannabis, uno de los vínculos más fuertes. Por lo general, se manifiesta en la edad adulta joven y se caracteriza por síntomas positivos y negativos.(25)

2.2.1.3. Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes recaen en la presencia de síntomas negativos del paciente. Estos son una característica crucial de la esquizofrenia y se relacionan a calidad de vida inferior, mayor incapacidad funcional y tratamiento menos efectivo por una baja respuesta a este. Pueden incluir falta de motivación, anhedonia, pobreza del discurso, alogia y apatía; así como agruparse en varios factores distintos, dando como resultado variedades de alteraciones de la conducta. La mención de estos ha sido fundamental para comprender los procesos de ámbito motivacional, cognitivo y neuronal que se encuentran detrás de los síntomas negativos, así como para implementar terapias efectivas. A pesar de que la estructura bidimensional de los síntomas negativos ha sido ampliamente utilizada en las indagaciones sobre la esquizofrenia, su confiabilidad en diversas poblaciones aún no ha sido totalmente evaluada.(24)

2.2.1.4. Diagnóstico

El diagnóstico actual de la esquizofrenia se fundamenta en los manuales de psiquiatría, diseñados específicamente para mejorar la fiabilidad del diagnóstico. Esto se debe al poner mayor énfasis en síntomas y signos más fáciles de identificar, como alucinaciones y delirios, lo que modifica nuestra comprensión de la esquizofrenia. Los sistemas de diagnóstico actuales, como el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM-5) y el CIE-11, son categóricos y destacan una combinación de síntomas, signos, duración y criterios funcionales que deben excluir la posibilidad de ser explicados por otros factores. (26)

De este modo, la CIE-11 ha adoptado un enfoque categórico para la conceptualización de la esquizofrenia, incluyendo la eliminación de los síntomas de primer rango de Schneider y ajustes en los especificadores, como la eliminación de los subtipos de esquizofrenia y modificaciones en los especificadores de síntomas y curso. A pesar de estos cambios, la definición central de la esquizofrenia en la CIE-11 sigue siendo consistente con la de la CIE-10, aunque su descripción ha sido ajustada. En resumen, los ajustes introducidos en la conceptualización de la esquizofrenia en la CIE-11 la han acercado más a la definición del DSM-5, estableciendo que los síntomas deben persistir durante al menos un mes para poder realizar el diagnóstico. Además, los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica o al efecto de sustancias o medicamentos en el sistema nervioso central, incluyendo la abstinencia.(23)

2.2.2. Tratamiento de la esquizofrenia

Dado su impacto debilitante, la esquizofrenia requiere tratamiento con antipsicóticos, siendo crucial un inicio temprano para reducir la discapacidad a largo plazo. El tratamiento debe ser personalizado, monitorizando tanto la efectividad como los efectos adversos. Es fundamental que los pacientes con un primer episodio de psicosis que reciben un diagnóstico de esquizofrenia sean tratados en programas de atención especializados coordinados.

Los antipsicóticos de segunda generación son la primera línea de tratamiento preferida debido a que causan menos síntomas extrapiramidales, aunque incrementan el riesgo de síndromes metabólicos y enfermedades cardiovasculares. Además del tratamiento farmacológico, pueden emplearse terapias complementarias como la terapia electroconvulsiva, antidepresivos y terapia cognitivo-conductual para la psicosis. El apoyo familiar y social desempeña un papel crucial en mejorar los resultados para los pacientes con esquizofrenia.(25)

2.2.2.1. Efectos secundarios de la medicación

Los antipsicóticos que se emplean en la actualidad han demostrado reducir el riesgo de recaídas y hospitalizaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes afectados. Sin embargo, estos avances no están exentos de efectos secundarios significativos que pueden afectar profundamente la vida de los pacientes. Los antipsicóticos de segunda generación, aunque preferidos por su menor incidencia de efectos extrapiramidales, presentan desafíos importantes. Un problema común es el aumento de peso, que puede llevar a problemas metabólicos como la diabetes y el aumento del colesterol. Estos efectos secundarios no solo comprometen la salud física del paciente, sino que también pueden influir negativamente en su bienestar psicológico y calidad de vida general.

Es importante destacar que, a pesar de estos desafíos, los beneficios de los antipsicóticos en la reducción de síntomas psicóticos y la prevención de recaídas son fundamentales. Sin embargo, los profesionales de la salud deben trabajar estrechamente con los pacientes para equilibrar los beneficios terapéuticos con los riesgos de efectos secundarios, asegurando un tratamiento efectivo y seguro que mejore realmente la vida de quienes padecen esta compleja enfermedad mental.(27)

2.2.2.3. Adherencia al tratamiento

Los trastornos psiquiátricos representan un desafío significativo para la farmacoterapia debido a que, junto con la psicoeducación, es fundamental como primera línea de tratamiento para estos trastornos. Se han identificado diversos factores de riesgo para la recaída de estos trastornos, incluyendo la falta de adherencia a la medicación, el abuso de sustancias y los eventos estresantes.

La falta de adherencia se destaca como el predictor más fuerte de recaída, debido a que interrumpir la farmacoterapia antipsicótica aumenta casi cinco veces el riesgo de recaída. La falta de adherencia es común, con tasas significativas de interrupción temprana del tratamiento, particularmente tras el alta hospitalaria. Esto expone a los pacientes a exacerbaciones y recaídas, aumentando las visitas hospitalarias y las admisiones. Las tasas de recaída son elevadas, alcanzando entre el 78% y el 82% para la esquizofrenia y alrededor del 60% para los trastornos bipolares. Los pacientes no adherentes tienen un riesgo 3,7 veces mayor de recaída en comparación con los pacientes adherentes. (6)

La adherencia a la medicación es un proceso complejo que implica a pacientes, proveedores y el sistema de salud. Se define como el seguimiento adecuado de la prescripción médica, dividido en fases de inicio, implementación y discontinuación. La falta de adherencia se caracteriza por tomar menos del 80% de las dosis prescritas, lo cual se correlaciona con un mayor riesgo de hospitalización. Los factores que influyen en la falta de adherencia incluyen los efectos secundarios de los medicamentos, la falta de comprensión de la enfermedad, la disfunción cognitiva, la complejidad del tratamiento y el consumo de sustancias.

Se han empleado varias intervenciones para mejorar la adherencia, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación, intervenciones familiares, entrevistas motivacionales y enfoques combinados. Aunque se han demostrado prometedoras, se requiere más investigación para determinar su eficacia específica en pacientes con esquizofrenia o trastornos bipolares.(6)

2.2.3. Calidad de vida de los pacientes

La calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia es un indicador integral que refleja su funcionamiento físico, estado psicológico y adaptación social. Evaluarla adecuadamente es crucial para cambiar el enfoque médico y entender el impacto del tratamiento en el pronóstico de estos pacientes. Los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes abarcan aspectos sociodemográficos como la edad, el sexo, el estado laboral, el nivel educativo, los ingresos y las condiciones de vida. Los factores psicosociales como el estigma, la autoestima y otros aspectos de la vida social y emocional también juegan un papel crucial. Además, las intervenciones psicológicas como el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención familiar, la corrección cognitiva y la terapia cognitivo-conductual son efectivas para abordar los factores que afectan la calidad de vida.

Las intervenciones comunitarias también son importantes, ya que pueden reducir los costos médicos, aliviar los síntomas mentales y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia. Se ha observado que actividades como el ejercicio aeróbico, el yoga y la musicoterapia tienen efectos positivos en la calidad de vida de estos pacientes, aunque se necesita más investigación para validar estos hallazgos, especialmente en países de ingresos bajos y medios.(28)

2.2.3.1. Costos de la enfermedad

El acceso a antipsicóticos es limitado en instituciones del Ministerio de Salud (MINSA) en Perú, con un porcentaje considerable de establecimientos que carecen de estos medicamentos. Esto obliga a muchos pacientes a adquirirlos en farmacias privadas a precios más altos, aumentando significativamente sus gastos personales. La falta de acceso puede llevar a interrupciones en el tratamiento y eventualmente a recaídas clínicas, lo cual incrementa los costos para el sistema de salud al requerir servicios más intensivos como emergencias y hospitalizaciones.

En el Perú también se observan grandes variaciones de precios entre farmacias públicas y privadas, con medicamentos pudiendo costar hasta diez veces más en el sector privado que en el público. Esta disparidad en los costos contribuye a la inequidad en el acceso a los tratamientos y dificulta la continuidad del tratamiento para muchos pacientes.(29)

2.2.3.2. Apoyo familiar y social

Aquellos con diagnóstico de esquizofrenia requieren un tratamiento completo e integral que abarque diversas intervenciones destinadas a recuperar sus áreas personal y familiar, y su reintegración en la comunidad después de su mejora funcional. Es frecuente que estas personas tengan redes sociales limitadas, centradas principalmente en cuidadores y familiares cercanos.

El apoyo fundamental viene a ser la familia, sobre todo en momentos de crisis, y el encarar una patología psiquiátrica pone en riesgo a la familia y su unidad. Varios estudios han demostrado que la cohesión familiar desempeña un papel crucial como apoyo en la rehabilitación de los pacientes, traduciéndose en la frecuencia de recaídas disminuida, el uso de fármacos en menor dosis, la reducción en la gravedad de los síntomas y un avance en la calidad de vida. Sin embargo, los familiares o cuidadores pueden experimentar sobrecarga y estrés significativos, lo cual puede llevar al abandono de los pacientes en hospitales públicos, especialmente en países con altos niveles de pobreza.(30)

También en algunas localidades se cuenta con espacios comunitarios para la interacción de usuarios con otros usuarios o con personas relativas a ellos. Un ejemplo de ello son los Clubes de Integración Psicosocial (CIP), siguiendo un modelo flexible que permite el reentrenamiento en habilidades sociales específicas, así como el disfrute del tiempo libre a través de actividades recreativas saludables. Además, fomentan el pertenecer a una comunidad y facilitan la reconstrucción de lazos interpersonales y de carácter afectivo como parte de la secuencia en la mejora psicosocial.(31)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. Hipótesis

- **Hipótesis Nula (H0):** No existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en usuarios con diagnóstico de esquizofrenia en los centros de salud mental comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.
- **Hipótesis Alterna (H1):** Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en usuarios con diagnóstico de esquizofrenia en los centros de salud mental comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.

3.2. Variables

- **Adherencia al tratamiento:** variable independiente que se medirá según la escala “Morisky Medication Adherence Scale-8” (MMAS-8). Este cuestionario incluye ítems relacionados con el comportamiento de ingesta de medicamentos y las actitudes hacia los medicamentos en la terapia farmacológica.
- **Calidad de vida:** variable dependiente que se medirá según la escala “Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4” (SQLS-R4). Este cuestionario consiste de ítems que evalúan los dominios de calidad de vida, los sentimientos psicosociales, la cognición y vitalidad.
- Otras variables de importancia estadística como la edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, comorbilidades y año de diagnóstico, que fueron obtenidas mediante una encuesta sociodemográfica (Anexo 05).

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA	FUENTE
Adherencia al tratamiento	Grado de cumplimiento en la toma de fármacos prescritos. MMAS-8	8 puntos: Alto 6 - 7: Medio <6 puntos: Bajo	Ordinal	Encuesta MMAS-8
Calidad de vida	Percepción de la vida en relación a expectativas, normas y preocupaciones medido por el SQLS-R4	0 - <33: Buena 33 - <66: Regular 66 - 100: Mala	Ordinal	Encuesta SQLS-R4

Edad	Años de vida corroborado por el DNI	Número de años cumplidos	Numérica	Encuesta socio-demográfica
Sexo	Cualidades biológicas que definen hombre y mujer corroborado por el DNI	Femenino Masculino	Nominal	Encuesta socio-demográfica
Grado de instrucción	Categoría/grado más elevado de estudios referido por el participante	Sin estudios Primaria Secundaria Superiores	Ordinal	Encuesta socio-demográfica
Ocupación	Si tiene o no una ocupación al momento del estudio	Si No	Nominal	Encuesta socio-demográfica
Comorbilidades	Patología presente al momento del estudio	Si No	Nominal	Encuesta socio-demográfica
Tiempo de enfermedad	Años transcurridos desde el diagnóstico inicial	< 5 años 5 – 10 años > 10 años	Ordinal	Encuesta socio-demográfica
Familiares con esquizofrenia	Antecedente de tener algún familiar con el diagnóstico de esquizofrenia	Primer grado Segundo grado No tiene	Nominal	Encuesta socio-demográfica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional analítico transversal en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024.

4.2. Ámbito de Estudio

El presente estudio se realizó en los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica”. Se tratan de dos establecimientos, que son parte de la implementación del Modelo de Atención de Salud Mental Comunitario que abarca la atención de salud mental en establecimientos del primer nivel de atención. El Centro de Salud Mental Comunitario “La Heroica” se encuentra ubicado en el Centro Poblado Augusto B. Leguía de la ciudad de Tacna y abarca una población de aproximadamente 100 mil habitantes. Por otro lado, el Centro de Salud Mental Comunitario “Valle Pocollay” se encuentra ubicado en Calle San Martín S/N con la Merced S/N, en Pocollay de la ciudad de Tacna y abarca una población de aproximadamente 19 mil habitantes. Ambos centros de salud mental comunitarios se centran en lograr un buen acceso de la población hacia los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud mental en el primer nivel de atención.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

Todos los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.2. Muestra

Muestreo no probabilístico, censal

4.3.2.1. Criterios de inclusión

- Usuarios con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario “La Heroica”.
- Usuarios con diagnóstico de esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario “Valle Pocollay”.

- Usuarios que reciben tratamiento para esquizofrenia.
- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios que acepten participar de la investigación, firmando el consentimiento informado.

4.3.2.2. Criterios de exclusión

- Usuarios con diagnósticos psiquiátricos agregados.
- Usuarios sin familiar acompañante.

4.4 Técnica y ficha de recolección de datos

4.4.1. Técnica

La actual investigación hizo uso de las encuestas como técnica de recolección de datos, donde se formularon preguntas de forma escrita, para posteriormente ser respondidas por los usuarios diagnosticados con esquizofrenia.

4.4.2. Instrumentos (ver anexos)

- Para la variable independiente adherencia al tratamiento, la escala a utilizar es la “Morisky Medication Adherence Scale-8” (MMAS-8) (Anexo 01). Este cuestionario fue desarrollado por Morisky et al.(32) y su validación fue realizada en Estados Unidos (año 2008), en una población de 1367 pacientes en los cuales se evaluó la adherencia a la medicación hipertensiva. El estudio de esta escala concluyó que era confiable ($\alpha = 0.83$) y se estimó una sensibilidad del 93%, y una especificidad del 53%. Para su validación en enfermedades psiquiátricas y la adaptación de la escala al español, De las Cuevas y Peñate(33) en su estudio realizado en España (año 2014) con una población de 967 pacientes psiquiátricos, se concluyó que la MMAS-8 es una medición fiable ($\alpha = 0.75$) y válida para evaluar la adherencia terapéutica y que puede ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos. La MMAS-8 en total incluye 8 ítems relacionados con el comportamiento de ingesta de medicamentos y las actitudes hacia los medicamentos en la terapia farmacológica, constando con 7 preguntas con alternativa de SI/ NO, y una última pregunta en escala de tipo Likert de cinco puntos.

Cada respuesta “NO” es valorada como 1 punto y cada respuesta “SI” como 0 puntos, con excepción del ítem 5 en el que la respuesta “SI” es valorada como 1 punto y la respuesta “NO” como 0 puntos. Para el ítem 8, se califica del 0 al 4 y el resultado debe ser dividido por 4. El rango de puntuación total va desde 0 a 8, siendo la puntuación 8 una alta adherencia, las puntuaciones de 7 a 6 indican una adherencia media y las puntuaciones inferiores a 6 una baja adherencia.

- Para la variable dependiente calidad de vida, la escala a utilizar será la “Schizophrenia Quality of Life Scale Revision-4” (SQLS-R4) (Anexo 02). Este cuestionario fue desarrollado por Wilkinson et al.(34) y actualmente se encuentra disponible en su versión 4 la cual fue validada por Martin y Allan(35) en su estudio realizado en Reino Unido (año 2007) con una población de 100 pacientes diagnosticados con esquizofrenia concluyendo que la escala tiene una alta fiabilidad ($\alpha = 0.91$). La adaptación de esta escala al español fue validada por Arraras et al.(36) en España (año 2019) usando una población de 168 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, dando como resultado una fiabilidad incluso mejor a estudios previos ($\alpha = 0.96$), y concluyendo de esta forma que el instrumento es confiable y válido para evaluar a pacientes estables con tratamiento ambulatorio. La escala SQLS-R4 consiste de 33 ítems, de los cuales se derivan 2 dominios de la calidad de vida: los sentimientos psicosociales (22 ítems) y la cognición y vitalidad (11 ítems) brindando una sensibilidad alta. Los ítems se puntúan en una escala de Likert de respuesta en frecuencia de 5 puntos (“nunca”, “rara vez”, “a veces”, “a menudo”, “siempre”). La puntuación total de la SQL-R4 se calcula haciendo la sumatoria de los puntos obtenidos en los 33 ítems, esta suma se divide por la máxima puntuación posible y se multiplica esta razón por 100. Las puntuaciones totales y de dominio individual se estandarizan mediante un algoritmo de puntuación en una escala de 0 (mejor estado de salud) a 100 (peor estado de salud), donde las puntuaciones más altas indican una calidad de vida comparativamente inferior.

CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1. Procedimiento de recojo de datos

Primero se solicitó la aprobación por el comité de ética de la Universidad Privada de Tacna, luego de ello, se procedió a presentar el proyecto de investigación y se gestionó el permiso a la dirección de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” a través de un formato de autorización a la Red de Salud Tacna, para el acceso de la historia clínica, de las cuales se obtuvo información sociodemográfica, familiar y las direcciones de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que cumplieron con los criterios de inclusión. Asimismo, se solicitó el acceso al SIS para la corroboración del aseguramiento activo y la dirección de domicilio.

La recolección de datos estuvo a cargo de los investigadores, estudiantes de la carrera de Medicina Humana de sexto año de la UPT. Los investigadores recolectaron los datos captando a los pacientes con esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica”, se les proporcionó primero el consentimiento informado y previo a su firma, se realizaron las encuestas respectivas mediante visitas domiciliarias en el intervalo de tiempo estimado. Las encuestas fueron llenadas por el participante acompañado de su familiar. Luego de recolectar la información necesaria, se agregó a una base de datos Excel establecida por los investigadores, posteriormente se realizó un análisis para informar sobre los resultados respectivos.

5.2. Plan de análisis

En el presente estudio los resultados obtenidos fueron descritos según el tipo de variables que se describieron anteriormente. Primero, las variables numéricas fueron detalladas en medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas en gráficos de frecuencias y porcentajes. Para las respuestas a las preguntas planteadas en el proyecto de investigación, se emplearon modelos de hipótesis según la naturaleza de la variable. Se utilizaron los software estadísticos SPSS y Excel.

En base a los datos obtenidos, pudimos determinar si existe relación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida en los usuarios diagnosticados con esquizofrenia, así como los valores estadísticos de cada una de las variables incluidas en el proyecto de investigación.

5.3. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue enviado al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna para su evaluación. Las medidas de protección para resguardar los datos fueron mediante la confidencialidad de los investigadores y además, la encuesta que se desarrolló fue de forma anónima, cuidando la identidad del participante, se recolectaron las respuestas correspondientes a las encuestas sobre adherencia al tratamiento y calidad de vida. Estos datos recolectados fueron subidos a un Excel que sólo fue accesible para los investigadores implicados en la investigación.

La validez científica y social del proyecto de investigación se basó en el conocimiento de dos factores importantes; que hay en una persona que está pasando por una patología complicada como la psiquiátrica, en este caso, la esquizofrenia, puede afectar de manera tan significativa a la persona y a su entorno. Es necesario conocer tanto la adherencia al tratamiento como la calidad de vida, para que en un futuro se pueda actuar de manera más acertada y estos pacientes puedan vivir de una manera adecuada. Asimismo, anexamos el consentimiento informado (Anexo 03) que se dio a cada participante antes de la realización de la encuesta.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

TABLA N° 01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA TRATADOS EN LOS C.S.M. LA HEROICA Y POCOLLAY

Variable			Frecuencia	Porcentaje	
Sexo	Femenino		43	45.26%	
	Masculino		52	54.74%	
	Total		95	100.00%	
Grado de instrucción	Sin estudios		1	1.05%	
	Primaria		13	13.68%	
	Secundaria		69	72.63%	
	Superior		12	12.63%	
	Total		95	100.00%	
Ocupación	No		71	74.74%	
	Sí		24	25.26%	
	Total		95	100.00%	
Comorbilidades	No		84	88.42%	
	Sí		11	11.58%	
	Total		95	100.00%	
Tiempo de enfermedad	Menor a 5 años		24	25.26%	
	Entre 5 y 10 años		27	28.42%	
	Mayor a 10 años		43	45.26%	
	No reporta		1	1.05%	
	Total		95	100.00%	
Familiares con esquizofrenia	No tiene		76	80.00%	
	Primer grado		12	12.63%	
	Segundo grado		6	6.32%	
	No reporta		1	1.05%	
	Total		95	100.00%	
Edad	Media	Mediana	Varianza	Desviación Típica	Rango
	39.93	39	130.41	11.42	18 – 71

Fuente: Encuesta sociodemográfica

En la tabla 01 se puede observar los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas. De los participantes que componen la muestra, 43 son mujeres lo cual corresponde al 45.26% del total y 52 son hombres lo cual corresponde al 54.74% del total. La diferencia en los porcentajes es bastante pequeña, la proporción de participantes es casi la misma entre los grupos.

Respecto a la variable grado de instrucción, se puede observar en la misma tabla que 69 participantes han completado estudios hasta la secundaria lo cual corresponde el 72,63% del total, haciendo a esta categoría la más común en la muestra.

En el caso de la variable ocupación, en los datos 71 participantes no tienen ocupación lo cual corresponde al 74.74% del total. Los participantes con ocupación son aproximadamente la cuarta parte del total, mientras que la gran mayoría de los participantes no tienen ocupación.

Sobre la variable comorbilidades, 11 participantes sí tienen comorbilidades lo cual corresponde al 11.58% del total.

Respecto a la variable tiempo de enfermedad, 43 participantes tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años lo cual corresponde al 45.26% del total. Sí hay datos disponibles en esta variable para el 98.95% de la muestra.

En la presente muestra el mayor número de participantes han tenido la enfermedad por más de 10 años, lo cual constituye aproximadamente la mitad de la muestra.

En el caso de la variable familiares con esquizofrenia, 76 participantes no tienen familiares con esquizofrenia lo cual corresponde al 80.00% del total.

Finalmente, la variable edad dado que se ha sido medida en escala numérica el tratamiento de sus estadísticos descriptivos es diferente de la que recibieron las anteriores variables, por lo cual en se reportan medidas de tendencia central y de dispersión. Respecto a las medidas de tendencia central, se puede observar en la tabla que la variable edad tiene una media y una mediana casi iguales, 39.93 y 39 respectivamente. Respecto a las medidas de dispersión, la desviación típica indica que las edades de los participantes se alejan en promedio 11.42 años respecto la media. El rango indica que en los datos recogidos esta variable tiene como valor mínimo una edad de 18 años y como valor máximo una edad de 71 años.

**TABLA N° 02: ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE LOS C.S.M. LA HEROICA Y
VALLE POCOLLAY**

Adherencia al tratamiento (MMAS-8)	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	32.63%
Medio	33	34.74%
Alto	31	32.63%
Total	95	100%

Fuente: Morisky Medication Adherence Scale-8” (MMAS-8)

En la tabla 02 se puede observar que, de los participantes que componen la muestra, 31 tienen un nivel bajo de adherencia al tratamiento lo cual corresponde al 32.63% del total.

Todos los niveles de adherencia al tratamiento están representados dentro de la muestra con casi la misma proporción, las diferencias en los porcentajes son bastante pequeñas dado que el número de participantes es muy similar entre los grupos.

**TABLA N° 03: CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE LOS C.S.M. LA HEROICA Y
VALLE POCOLLAY**

Calidad de vida (SQLS-R4)	Frecuencia	Porcentaje
Mala	1	1.05%
Regular	46	48.42%
Buena	48	50.53%
Total	95	100%

Fuente: Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4).

En la tabla 03 se puede observar que, de los participantes que componen la muestra, 01 tiene una mala calidad de vida lo cual corresponde al 1.05% del total.

La mayor parte de la muestra se sitúa en los niveles de calidad de vida regular y buena, alcanzando juntas casi la totalidad de la muestra. Por otra parte, la calidad de vida mala es el nivel que tiene menor representación dentro de la muestra incluyendo a solo uno de los participantes evaluados en la presente investigación.

TABLA N° 04: RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE LOS C.S.M. LA HEROICA Y VALLE POCOLLAY

		Calidad de vida			
		Mala	Regular	Buena	
Adherencia al tratamiento	Baja	0 (0.00%)	25 (26.32%)	6 (6.32%)	31 (32.63%)
	Media	1 (1.05%)	17 (17.89%)	15 (15.79%)	33 (34.74%)
	Alta	0 (0.00%)	4 (4.21%)	27 (28.42%)	31 (32.63%)
		1 (1.05%)	46 (48.42%)	48 (50.53%)	95 (100%)

Fuente: Morisky Medication Adherence Scale-8” (MMAS-8) y Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4).

En la tabla 04 se puede observar que, de los participantes que componen la muestra, 25 tienen calidad de vida regular y adherencia al tratamiento baja lo cual corresponde al 26.32% del total, y 6 tienen calidad de vida buena y adherencia al tratamiento baja lo cual corresponde al 6.32% del total. Los participantes que tienen al mismo tiempo mala calidad de vida y un nivel medio de adherencia al tratamiento son solo 1 lo cual corresponde al 1.05% del total, 17 participantes tienen calidad de vida regular y nivel medio de adherencia al tratamiento lo que corresponde al 17.89% del total y 15 participantes muestran buena calidad de vida y un nivel medio de adherencia al tratamiento lo cual corresponde al 15.79% del total. Además, 4 participantes tienen calidad de vida regular y adherencia al tratamiento alta lo que corresponde a 4.21% del total, y 27 participantes tienen calidad de vida buena y adherencia al tratamiento alta lo cual corresponde al 28.42% del total. Ningún participante tiene al mismo tiempo mala calidad de vida y adherencia al tratamiento baja, de la misma manera se hallaron participantes con mala calidad de vida y adherencia al tratamiento alta.

La casilla con mayor número de participantes es aquella en la cual se cruza la de calidad de vida buena y la adherencia al tratamiento alta. Por otro lado, hay dos casillas vacías en la tabla lo cual indica que ningún participante ha mostrado los mismos niveles en ambas variables.

CONTRASTE DE HIPÓTESIS:

SUPUESTOS:

Para medir la relación entre las variables hay dificultades que impiden elegir el coeficiente de correlación de Pearson. En primer lugar, el nivel de medida de las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento no es estrictamente de intervalo o razón, lo cual entra en conflicto con uno de los supuestos del estadístico.

En segundo lugar, para realizar un contraste de hipótesis nula sobre el coeficiente de correlación de Pearson, es necesario que los datos provengan de una distribución normal bivariada, de lo que se sigue que las distribuciones marginales deberían seguir una distribución normal univariada. Contrastando normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk se llega a la conclusión descrita en los resultados de la tabla 06.

Hipótesis estadísticas:

H0: La distribución marginal es normal.

H1: La distribución marginal no es normal.

TABLA N° 05. ESTADÍSTICOS DEL CONTRASTE DE NORMALIDAD.

Prueba de Shapiro-Wilk	
W	0.849
Valor p	1.999e-08

Fuente: Cálculos estadísticos SPSS

Los resultados de la tabla 06, muestran el contraste de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Con una confianza del 95%, el valor p es menor a 0.05 por lo cual se decide rechazar la hipótesis nula que afirma que la distribución marginal de la variable adherencia al tratamiento es normal.

CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS DE RELACIÓN ENTRE VARIABLES:

Dado que los métodos gráficos y estadísticos coinciden en la violación del supuesto de normalidad bivalente y que el nivel de medida de las variables no es el exigido, no es adecuado contrastar la hipótesis usando el coeficiente de correlación de Pearson en los datos de este estudio. La alternativa no-paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman permite poner a prueba la hipótesis de la presente investigación contrastando si existe relación monótona entre las variables, y sin asumir supuestos tan exigentes ya que requiere que las variables sean sólo al menos ordinales.

Las relaciones monótonas son aquellas en las que el aumento en una variable va acompañado del aumento en la otra variable, y la disminución en una variable va acompañada de la disminución en la otra, sin que estas variaciones sean necesariamente constantes o uniformes. Por lo tanto, el coeficiente de correlación de Spearman permite capturar relaciones que no son necesariamente lineales y que se observan con frecuencia entre variables que no alcanzan un nivel de medida estrictamente de intervalo o razón. Una *rho* de Spearman (ρ) igual a 0 indica ausencia de relación monótona, una *rho* de Spearman mayor a 0 indica una relación monótona creciente y una *rho* de Spearman menor a 0 indica una relación monótona decreciente.

Hipótesis estadísticas:

H0: No hay relación entre las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento ($\rho = 0$).

H1: Existe relación monótona entre las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento ($\rho \neq 0$).

TABLA N° 06. CONTRASTE SOBRE EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN.

Correlación de Spearman	
Rho (ρ)	-0.541
Valor p (bilateral)	1.512e-08

Fuente: Cálculos estadísticos SPSS

Los resultados de la tabla 07, muestran el contraste de hipótesis sobre el coeficiente de correlación de Spearman. Con una confianza del 95%, el valor p es menor a 0.05 por lo cual se decide rechazar la hipótesis nula y, por lo tanto, se puede concluir que existe relación monótona entre las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento.

La intensidad de la relación entre las variables puede identificarse observando el valor de ρ , que en este caso es de -0.541. El coeficiente ρ puede tomar valores cercanos a 0 cuando la relación es muy débil y muy cercanos a 1 y -1 cuando la relación es muy fuerte.

La dirección de la relación entre las variables puede identificarse observando el signo de ρ , que en este caso es negativo por lo cual la relación monótona decreciente, lo cual significa que puntuaciones altas (bajas) en adherencia al tratamiento tienden a ir acompañadas de puntuaciones bajas (altas) en calidad de vida.

Sin embargo, según lo descrito en el apartado 4.3 sobre los instrumentos, en el test MMAS-8 a mayor puntaje mayor es la adherencia, pero en el test QSQL-R4 a mayor es el puntaje peor es la calidad de vida. En consecuencia, la dirección de la relación entre estas variables debe interpretarse indicando que: a mayor adherencia al tratamiento, mejor es la calidad de vida de los pacientes evaluados.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

La presente investigación pretende poner a prueba la hipótesis sobre la existencia de la relación entre las variables calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mayores de 18 años de los centros de salud mental comunitarios Valle Pocollay y La Heroica de Tacna. Poner a prueba esta hipótesis constituye responder al objetivo general de la presente investigación. De acuerdo con los resultados expuestos en el apartado anterior, se puede concluir que hay relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento. Este hallazgo es coherente con lo que independientemente otros investigadores han encontrado en sus propios datos al estudiar estas variables.

La relación es robusta a pesar de las diferencias en población e instrumentos de medición. En este sentido, los investigadores de China que estudiaron pacientes con esquizofrenia de su propio país encontraron relaciones significativas con la adherencia al tratamiento en todas las dimensiones de calidad de vida que evaluaron (14). Reportaron correlaciones positivas entre adherencia al tratamiento y todas las dimensiones de calidad de vida. El instrumento empleado para medir la calidad de vida asigna puntajes menores cuando hay peor calidad de vida, de modo que los signos negativos de las correlaciones deben ser interpretados como indicando que a mayor adherencia al tratamiento mayor es la calidad de vida. Es importante señalar que la calidad de vida fue medida la versión para población china del instrumento usado en la presente investigación, sin embargo, para la adherencia al tratamiento se empleó un instrumento diferente (MARS, Medication Adherence Rating Scale), lo cual no ha sido un impedimento para que los resultados de ambas investigaciones coincidan.

En consonancia con el estudio anterior, la investigación de Buchman et al (37) que forma parte de la revisión sistemática de Alvear y Sandoval (16), donde pacientes con esquizofrenia de la ciudad de Budapest en Hungría fueron evaluados y sus resultados mostraron correlaciones significativas con coeficientes de entre 0.24 y 0.25 entre los diferentes aspectos de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida medida con el instrumento MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life).

Estos resultados apuntan en la misma dirección que los hallados en el presente trabajo: a mayor es la adherencia al tratamiento, mayor es la calidad de vida. Haber usado escalas diferentes para medir la calidad de vida no ha sido un impedimento para que ambas investigaciones coincidan en hallar la relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento.

Además de estos resultados que provienen de una población geográfica y culturalmente distante como China y Hungría, investigadores más cercanos también hallaron resultados coherentes con los obtenidos en la presente investigación. Es el caso del estudio llevado a cabo por Inga los participantes fueron pacientes con esquizofrenia que pertenecían a un hospital especializado de Lima. Los resultados indicaron que había relación significativa entre la continuidad del tratamiento en modalidad de intervención psicosocial y la calidad de vida, obteniendo una v de Cramér positiva de 0.258 que usualmente se interpreta como un tamaño de efecto moderado (18). A diferencia de la presente investigación, el estudio de Inga usó instrumentos de creación propia para la medición de las variables a partir de la información registrada en las historias clínicas de los pacientes. Sin embargo, una vez más, estas diferencias no han impedido que las conclusiones a las que llegó de manera independiente el investigador coincidieran con los hallazgos de este trabajo.

Sin embargo, cabe notar que las estimaciones de las correlaciones no son exactamente iguales. La correlación de Spearman hallada fue de -0.541 y todos los antecedentes mencionados reportan efectos mayores o menores a -0.5. En primer lugar, el método de análisis no ha sido siempre el mismo puesto que algunos investigadores han preferido usar r de Pearson o V de Cramér. En segundo lugar, los instrumentos de medición no siempre han sido los mismos, si bien ambos pueden en cierta medida medir lo mismo, no es razonable esperar que se obtengan puntuaciones exactamente iguales, lo cual genera diferencias en la estimación. Finalmente, el tamaño muestral tampoco es el mismo, lo cual condiciona el error típico de estimación de modo que no es razonable esperar que los valores estimados sean los mismos cuando no hay el mismo nivel de incertidumbre. Finalmente, es importante tener en cuenta que aún si los detalles del diseño mencionados anteriormente fueran iguales, aún hay diferencias que podrían ser explicadas porque no se trata de la misma población: particularidades idiomáticas, culturales, y sociohistóricas.

Sin embargo, a pesar de que hay diferencias numéricas en las relaciones halladas, la dirección de la relación sí ha sido respaldada reiteradamente por las investigaciones.

Por lo tanto, puede apreciarse que aun cuando no siempre se usan los mismos instrumentos, ni el mismo diseño, ni los mismos métodos de análisis, ni la misma población, el efecto es lo suficientemente robusto como para ser detectado por diferentes investigadores de manera independiente.

Los resultados mostrados en el apartado anterior son coherentes con lo que la literatura expuesta en el marco teórico menciona sobre el comportamiento de las variables de interés en pacientes con esquizofrenia. Así, siguiendo a Loots E. et al, es conocido que los pacientes no adherentes tienen un riesgo mucho mayor de recaída a diferencia de los pacientes adherentes. Una situación de recaída implica el empeoramiento de las funciones cognitivas, de la adaptación al entorno y las actividades cotidianas que forman parte nuclear de la calidad de vida del individuo. La gravedad puede incluso implicar aumento de riesgo de hospitalización y mortalidad (5). De modo que, las dificultades que implica este trastorno mental en la calidad de vida de los pacientes aumentan al no mantener la continuidad necesaria del tratamiento.

Es importante señalar que, a pesar de la reiterada evidencia a favor de la existencia de la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, es una tarea diferente concluir en qué dirección es la relación causal.

En principio, es posible que sea la adherencia al tratamiento la que mejora la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia puesto que al mantener controlada la sintomatología del cuadro el individuo puede desempeñar con mayor facilidad sus actividades cotidianas y la participación en los contextos que le proveen gratificación. También es posible que sea la calidad de vida la que hace más probable una buena adherencia al tratamiento, pues los individuos que mantienen una funcionalidad adecuada con su entorno están en mejores condiciones de integrar en sus hábitos nuevas conductas saludables, como cumplimiento estricto de la medicación. Una tercera posibilidad es que la relación de estas variables sea consecuencia de alguna tercera variable, por ejemplo, la ciudad de residencia puede simultáneamente afectar la calidad de vida (el tráfico, la inseguridad, etc.) y afectar la calidad de los servicios de salud a los que tiene acceso el paciente que a su vez tienen consecuencias en la adherencia al tratamiento.

Dadas el diseño no experimental de la presente investigación, no ha sido posible distinguir entre estas diferentes posibilidades así que los resultados de esta investigación deben ser interpretados con cautela. Esta limitación también está presente en las investigaciones citadas como antecedentes, por lo que no es algo específico de este trabajo. Al tratarse de seres humanos, y más aún en situación de vulnerabilidad, no es ético manipular variables que pudieran tener repercusiones en el bienestar de los participantes y de poder hacerlo, no es fácil lograr el control necesario de variables extrañas. En consecuencia, un diseño experimental es muy difícil tanto por motivos logísticos como éticos, lo cual ha limitado todas las investigaciones similares a esta tesis.

Por otra parte, el estudio se desarrolló con una muestra circunscrita a dos Centros de Salud Mental Comunitarios de la ciudad de Tacna, lo cual limita la generalización de los resultados a otros contextos geográficos, institucionales o culturales. Las particularidades socioeconómicas, culturales y del sistema de salud local podrían influir tanto en la calidad de vida como en la adherencia al tratamiento. Otra limitación importante está relacionada con la encuesta empleada para medir la adherencia al tratamiento, ya que se centra exclusivamente en el tratamiento farmacológico, sin considerar otras dimensiones relevantes del tratamiento integral de la esquizofrenia, como la adherencia a intervenciones psicosociales, psicoterapia, rehabilitación psicosocial o apoyo familiar. Esta delimitación restringe el alcance del constructo de adherencia evaluado y podría subestimar la complejidad del tratamiento en este tipo de pacientes. Adicionalmente, el tamaño muestral y las condiciones propias del trabajo con población clínica vulnerable pudieron influir en el nivel de variabilidad de las respuestas y en la magnitud de las correlaciones estimadas, lo cual también debe ser considerado al interpretar los resultados.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia relevante sobre la relación entre calidad de vida y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia en el contexto local, constituyéndose en un punto de partida para futuras investigaciones que puedan superar las restricciones metodológicas señaladas y profundizar en esta línea de investigación.

Finalmente, como se ha podido notar en el apartado de antecedentes, escasean los estudios que aborden la misma hipótesis que la presente investigación en población de Tacna. Si bien usar el conocimiento que ha sido generado estudiando otras poblaciones puede proveer de información útil, es siempre deseable disponer de datos que representen la realidad local. Así mismo, ambos instrumentos de medición han mostrado niveles adecuados de fiabilidad estimados a través de alfa de Cronbach (Anexo 04), lo cual es un buen indicador de que las escalas miden con la precisión deseada, y que posiblemente si en el futuro se realiza una adaptación completa para Tacna, las evidencias de validez serán favorables. Considerando todo lo anterior, esta tesis se puede ver como un primer paso que abre camino a futuras investigaciones que pueden ayudar a profundizar la línea de investigación y ofrecer una imagen más precisa del contexto tacneño.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

1. Los participantes de la investigación fueron en su mayoría varones, tienen estudios secundarios, la mayoría no tienen ocupación y un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. Además, hay un 11.58% con comorbilidades.
2. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados de los centros de salud mental comunitarios Valle Pocollay y La Heroica de Tacna, tienden a presentar un nivel de calidad de vida medio (48.42%) y bueno (50.53%).
3. El número de personas con adherencia al tratamiento alta, media y baja es aproximadamente el mismo (1/3). No hay un nivel predominante de adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados de los centros de salud mental comunitarios Valle Pocollay y La Heroica de Tacna.
4. Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida ($p = 1.512e-08$) en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia evaluados de los centros de salud mental comunitarios Valle Pocollay y La Heroica de Tacna. Cuanto mayor es la adherencia al tratamiento de los pacientes más alta tiende a ser su calidad de vida.

CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES

1. Se recomienda profundizar los tipos de comorbilidades que presentan los pacientes con esquizofrenia. Conocer las enfermedades que concurren con la esquizofrenia puede aportar información valiosa para las intervenciones de salud mental. Añadir este dato en las historias clínicas será responsabilidad del profesional de la salud que tenga el primer contacto con el paciente en los Centros de Salud Mental Comunitarios.
2. Dado que cerca de un tercio de los pacientes presenta una baja adherencia al tratamiento (32.63%), se recomienda dar prioridad al trabajo interdisciplinario para diseñar estrategias que permitan buscar una mejor adherencia al tratamiento como visitas domiciliarias frecuentes, involucrar en el tratamiento a todos los miembros de la familia, ser parte de apoyo al paciente y tener apertura a la atención de consulta en el momento oportuno. En esta estrategia deberán estar involucrados médicos, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales de todos los Centros de Salud Comunitarios y hospitales que atiendan a pacientes con esquizofrenia.
3. Se recomienda aumentar el número de mediciones de calidad de vida, desde antes del inicio del tratamiento y repetidamente durante el tratamiento, ya que esto puede proveer de un panorama más amplio del progreso y dificultades que experimenta cada caso individual, y de esta manera es posible lograr una intervención más eficaz. Cada atención terapéutica y/o farmacológica deberá ir acompañada de una medición de calidad de vida a cargo del psicólogo o psiquiatra según sea el caso en Hospitales y Centros de Salud Mental Comunitarios.
4. Se recomienda usar las mediciones de calidad de vida como una fuente de información sobre la adherencia al tratamiento adicional a la que autorreportan los pacientes. Dado que ambas variables están relacionadas, los valores de una informan sobre la otra y pueden ser usadas para triangular información. Estas mediciones deberán estar a cargo de los psicólogos de los Centros de Salud Comunitarios.

5. Se recomienda desarrollar investigaciones dirigidas a cuidadores y familiares de pacientes con esquizofrenia, considerando que estos cumplen un rol fundamental en el proceso de tratamiento y en la adherencia terapéutica. Explorar variables como la carga del cuidador, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social disponible permitiría comprender mejor cómo estos factores influyen en la calidad de vida del paciente y en la continuidad del tratamiento. Este tipo de estudios podría aportar información valiosa para el diseño de programas psicoeducativos y de apoyo familiar en los Centros de Salud Mental Comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esquizofrenia [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Curto M, Fazio F, Olivieri M, Navari S, Lionetto L, Baldessarini RJ. Improving adherence to pharmacological treatment for schizophrenia: a systematic assessment. *Expert Opin Pharmacother*. junio de 2021;22(9):1143-55.
3. WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
4. Machado FP, Soares MH, Francisquini PD, Luis MAV, Martins JT. Factors related to psychological impairment and quality of life in patients with schizophrenia. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20190060.
5. Hoseinipalangi Z, Golmohammadi Z, Rafiei S, Pashazadeh Kan F, Hosseinfard H, Rezaei S, et al. Global health-related quality of life in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care*. junio de 2022;12(2):123-31.
6. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 28 de septiembre de 2021;18(19):10213.
7. Caqueo-Urizar A, Alessandrini M, Zendjidian X, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Religion involvement and quality of life in caregivers of patients with schizophrenia in Latin-America. *Psychiatry Res*. 30 de diciembre de 2016;246:769-75.
8. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll CU, Achtyes ED, Gibbons RD, et al. Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 de diciembre de 2020;77(12):1217-24.
9. Chen M, Zhou L, Ye L, Lin G, Pang Y, Lu L, et al. Initial adherence by psychiatric outpatients in a general hospital and relevant personal factors. *BMC Psychiatry*. 21 de febrero de 2022;22(1):137.
10. Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*. 15 de mayo de 2020;168:107634.
11. Karabulut B, Uslu E. Schizophrenia and medication adherence: Associated factors. *Arch Psychiatr Nurs*. abril de 2024;49:47-54.
12. Ishii J, Kodaka F, Miyata H, Yamadera W, Seto H, Higuchi H, et al. Association between functional recovery and medication adherence in schizophrenia. *Neuropsychopharmacol Rep*. diciembre de 2022;42(4):510-5.
13. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 16 de enero de 2020;9(1):17.
14. Yu W, Tong J, Sun X, Chen F, Zhang J, Pei Y, et al. Analysis of Medication Adherence and Its

- Influencing Factors in Patients with Schizophrenia in the Chinese Institutional Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de abril de 2021;18(9):4746.
15. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P, Pérez G. No adherencia en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Estudio prospectivo de variables asociadas y posibles subtipos. *Psiquiatr Biológica* [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 7 de julio de 2024];31(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-no-adherencia-pacientes-con-esquizofrenia-S1134593424000265>
 16. Alvear Velásquez MJ, Sandoval Carrión IP. Adherence to psychopharmacological treatment in patients with severe and persistent mental disorders: A systematic review. *Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed*. 2024;53(2):192-205.
 17. Gil Cabrera LS. Adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia en Centros de Salud Mental Comunitarios de Lambayeque 2020. *Repos Inst - USS* [Internet]. 2023 [citado 15 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/11561>
 18. Inga Palomino EL. Calidad de vida e intervención psicosocial en pacientes con esquizofrenia de un hospital especializado de Lima-Perú 2022. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2023 [citado 15 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/116269>
 19. Collantes Letiche GA. Actividades de la vida diaria en personas con esquizofrenia de un centro de salud mental comunitario de Lima. 2023.
 20. Villanueva ML de, Ysabel R. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia paranoide en un centro especializado de salud mental comunitaria de Chiclayo, 2024. *Repos Inst - USS* [Internet]. 2024 [citado 15 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/13379>
 21. La esquizofrenia - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
 22. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *The Lancet*. 29 de enero de 2022;399(10323):473-86.
 23. Valle R. Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Rev Psiquiatr Salud Ment Engl Ed*. 1 de abril de 2020;13(2):95-104.
 24. Huarcaya-Victoria J. Deterioro funcional y neurocognitivo en pacientes con esquizofrenia deficitaria en Perú y confiabilidad de la estructura bidimensional de la sintomatología negativa. *Rev Neuro-Psiquiatr*. enero de 2024;87(1):43-53.
 25. Crawford P, Go KV. Schizophrenia. *Am Fam Physician*. octubre de 2022;106(4):388-96.
 26. Lewine R, Hart M. Chapter 20 - Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. En: Lanzenberger R, Kranz GS, Savic I, editores. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2020 [citado 7 de julio de 2024]. p. 315-33. (Sex Differences in Neurology and Psychiatry; vol. 175). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444641236000229>
 27. Rognoni C, Bertolani A, Jommi C. Second-Generation Antipsychotic Drugs for Patients with Schizophrenia: Systematic Literature Review and Meta-analysis of Metabolic and Cardiovascular Side Effects. *Clin Drug Investig*. 2021;41(4):303-19.
 28. Quality of life and its influencing factors in patients with schizophrenia - PubMed [Internet]. [citado

7 de julio de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37164931/>

29. Valle R. Variabilidad de costos de antipsicóticos según establecimientos farmacéuticos en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. enero de 2020;37(1):67-73.
30. Portocarrero KR, Arriola JMD, Mera AEM, Silva VHD, Trujillo RV, Portocarrero KR, et al. Cohesión familiar y tiempo de internamiento en pacientes con trastornos mentales de un hospital de Lambayeque, Perú. *Rev Fac Med Humana*. julio de 2021;21(3):588-94.
31. Cortez-Vásquez EV, Ramos-Calsín LY, Herrera-López VE, Cortez-Vásquez EV, Ramos-Calsín LY, Herrera-López VE. Percepción sobre los clubes de integración psicosocial para personas con esquizofrenia en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2021;38(3):412-23.
32. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 2 de mayo de 2008;10(5):348.
33. De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol*. 1 de mayo de 2015;15(2):121-9.
34. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V, et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. julio de 2000;177:42-6.
35. Martin CR, Allan R. Factor structure of the Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4). *Psychol Health Med*. marzo de 2007;12(2):126-34.
36. Arraras JI, Basterra I, Pereda N, Ibañez B, Iribarren S, Cabases JM. The Schizophrenia Quality of Life Scale Revision 4 (SQLS-R4) questionnaire. A validation study with Spanish schizophrenia spectrum outpatients. *Actas Esp Psiquiatr*. mayo de 2019;47(3):97-109.
37. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, Urbán R. Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: the impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Res*. 2020;290:113–24
38. Shrestha, N. (2021). Factor analysis as a tool for survey analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, 9(1), 4-11

ANEXOS

Anexo 01: Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8)

Escala de adherencia al tratamiento de Morisky de 8 ítems, traducida al español y adaptada para pacientes con esquizofrenia.

A continuación se muestra una lista de preguntas. Indique en qué medida está de acuerdo (SI) o en desacuerdo (NO) con ellas marcando con un aspa (X) la casilla correspondiente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor dé respuestas honestas; de lo contrario el resultado no sería válido.

<i>Respecto a su tratamiento psiquiátrico...</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>¿A veces se olvida de tomar su medicamento?</i>		
<i>En las últimas 2 semanas, ¿hubo algún día que no tomara su medicamento?</i>		
<i>¿Alguna vez ha recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?</i>		
<i>Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?</i>		
<i>Ayer, ¿tomó todos sus medicamentos?</i>		
<i>Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar su medicamento?</i>		
<i>¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?</i>		
<i>¿Con qué frecuencia tiene dificultades para acordarse de tomar todos sus medicamentos?</i>		
<i>- Nunca / raramente ()</i>		
<i>- De vez en cuando ()</i>		
<i>- A veces ()</i>		
<i>- Usualmente / casi siempre ()</i>		
<i>- Todo el tiempo / siempre ()</i>		

Anexo 02: Schizophrenia Quality of Life Scale Revision-4 (SQLS-R4)

Escala de calidad de vida Schizophrenia Quality of Life Scale revisión número 4, traducida al español y específica para pacientes con esquizofrenia.

Estamos interesados en conocer la calidad de su vida DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS, INCLUYENDO HOY. Por favor conteste a todas las siguientes afirmaciones marcando con un aspa (X) según corresponda para cada afirmación.

	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Seguido</i>	<i>Siempre</i>
<i>Me faltaba energía para hacer las cosas</i>					
<i>No podía ser interrumpido al hacer cosas</i>					
<i>Estaba preocupada por mi futuro</i>					
<i>Me sentí solo(a)</i>					
<i>Me sentí desesperado(a)</i>					
<i>Sentí pánico</i>					
<i>Pude realizar mis actividades del día a día</i>					
<i>Tomé las cosas que la gente decía de manera incorrecta</i>					
<i>Me fue difícil concentrarme</i>					
<i>Me resultó difícil relacionarme con la gente</i>					
<i>Me sentí deprimido(a)</i>					
<i>Sentí que podía hacer frente</i>					
<i>Me sentí muy confundido(a) e inseguro(a) de mí mismo(a)</i>					
<i>Dormí bien</i>					
<i>Mis sentimientos oscilaron de arriba a abajo</i>					
<i>Me sentí preocupado(a) de que no mejoraría</i>					
<i>Me preocupé por las cosas</i>					
<i>Sentí que la gente tendía a evitarme</i>					
<i>Me enojé pensando en el pasado</i>					
<i>Tuve problemas para recordar cosas</i>					
<i>Me sentí aislado(a) del mundo</i>					
<i>Me sentí incómodo(a) con la gente</i>					
<i>Tuve problemas para pensar con claridad</i>					
<i>Tuve pensamientos perturbadores</i>					

<i>Tuve pensamientos suicidas</i>					
<i>Me sentí feliz</i>					
<i>Me sentí deprimido(a)</i>					
<i>Me sentí somnoliento(a)</i>					
<i>Me sentí inquieto(a)</i>					
<i>Estaba preocupado(a) por mi vida social</i>					
<i>Me sentí cansado(a)</i>					
<i>Me sentí físicamente débil</i>					
<i>Sentí que no llevaba una vida normal</i>					

Anexo 03: Consentimiento informado de participación en la investigación

Título del estudio: “Adherencia al tratamiento psiquiátrico y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024”

Investigadores principales:

- Alvaro Raúl Gonzales Ccalli
- Jimena Daniela Gutierrez Siña

Asesor:

Dr. Wilson Guzman Olivera

Objetivo y propósito del estudio:

Estimado participante, el presente estudio tiene por objetivo evaluar la adherencia al tratamiento psiquiátrico y la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024. Este estudio se desarrolla como parte de los requisitos para la obtención del título profesional y es desarrollado bajo el asesoramiento del Dr. Wilson Guzman Olivera, docente adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

El propósito de la investigación es conocer la adherencia al tratamiento psiquiátrico que cada participante posee y además de la calidad de vida de cada uno, ya que hay antecedentes en lo que no hay una buena adherencia en estos pacientes por diversos factores, y esta mala adherencia puede conllevar una calidad de vida deficiente, por lo tanto, queremos explorar en la población de Tacna que tipo de adherencia hay en la actualidad relacionándolo con la calidad de vida; para poder realizar este estudio se hará uso de dos encuestas.

Procedimientos:

Si usted está de acuerdo con participar de este estudio, los procedimientos que requieren de su colaboración son los siguientes:

1. Encuesta MMAS-8
2. Encuesta SQLS-R4

Riesgos:

En este proyecto de investigación no habrá riesgos hacia su persona, ya que se realizará de manera anónima.

Beneficios:

El beneficio de esta investigación es principalmente social, ya que con los resultados que se obtengan se podrá tomar mejores decisiones para la atención de los pacientes.

Costo por participación y compensación económica:

Su participación en este estudio no deriva en gastos o costos relacionados. Igualmente, por su participación no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole distinta a los beneficios previamente explicados.

Confidencialidad:

Los investigadores principales y el asesor guardarán la información obtenida de su participación en este estudio. Es necesario mencionar que su participación será debidamente codificada y en ningún caso se registrará con nombre. Si los resultados de este estudio se llegaran a publicar en una revista, no se mostrará ninguna información que permita su identificación como participante del estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide participar de este estudio, podrá retirarse en cualquier momento y/o no participar de alguna parte del mismo. Para lo cual deberá informar su decisión a los investigadores principales de manera oportuna. Si tiene alguna duda adicional, podrá ponerse en contacto con los investigadores principales: Alvaro Raúl Gonzales Ccalli llamando al teléfono 933256839 o Jimena Daniela Gutierrez Siña llamando al teléfono 938105423.

Si durante el desarrollo de la investigación tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, podrá contactar al correo electrónico: gutierrezjimena963@gmail.com

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Acepto voluntariamente la participación en el estudio “Adherencia al tratamiento psiquiátrico y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de los Centros de Salud Mental Comunitarios “Valle Pocollay” y “La Heroica” de Tacna en el año 2024” dirigido por los investigadores principales Alvaro Raúl Gonzales Ccalli y Jimena Daniela Gutierrez Siña Por otro lado, entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que considere apropiado.

Firma del participante

Firma de los investigadores

Anexo 04: FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Instrumento	Alfa de Cronbach
MMAS-8	0.74
SQLS-R4	0.93

Respecto a la precisión de los instrumentos de medida, en la presente muestra el test MMAS-8 que mide la adherencia al tratamiento tiene una fiabilidad estimada a través de alfa de Cronbach de 0.74. Este valor se encuentra por encima del punto de corte usualmente recomendado ($\alpha = 0.7$) (38) y es similar al reportado en investigaciones anteriores como la de De las Cuevas y Peñate (33).

El test SQLS-R4 que mide la calidad de vida tiene una fiabilidad estimada a través de alfa de Cronbach de 0.93, lo cual se encuentra muy por encima del punto de corte usualmente recomendado ($\alpha = 0.7$) (38). Esta excelente fiabilidad hallada para este test coincide con la que encontraron en sus propias investigaciones Arraras et al.(36).

Anexo 05: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS PERSONALES

Completar los espacios en blanco y marcar con un aspa (X) según corresponda:

Edad:

_____ años

Sexo:

Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción:

Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación:

Sí () No ()

Comorbilidades:

Sí () No ()

Tiempo de enfermedad:

< 5 años () 5 - 10 años () > 10 años ()

Año(s) de diagnóstico:

_____ años

Familiares con esquizofrenia:

Primer grado () Segundo grado () No tiene ()