



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Adherencia al Tratamiento Psiquiátrico en Pacientes Adultos con Esquizofrenia
Paranoide del Servicio de Psiquiatría Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión,
2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR(ES)

Valdeiglesias Abarca, María Paloma

(ORCID: 0000-0001-6986-1166)

ASESOR(ES)

Alva Diaz, Carlos Alexander

(ORCID: 0000-0003-3584-7298)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Valdeiglesias Abarca, María Paloma

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 70061735

Datos de asesor

Alva Diaz, Carlos Alexander

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 42611921

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ÍNDICE

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Objetivos	2
1.3.1. Objetivo general.....	2
1.3.2. Objetivos específicos.....	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Delimitación.....	5
1.6. Viabilidad.....	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Bases teóricas.....	8
2.2.1. Edad.....	13
2.2.2. Sexo	14
2.2.3. Estado civil	15
2.2.4. Nivel de instrucción.....	17
2.2.5. Nivel económico	18
2.2.6. Tiempo de enfermedad.....	18
2.3. Definiciones conceptuales.....	20
2.4. Hipótesis	21
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	22
3.1. Tipo de estudio.....	22
3.2. Diseño de investigación	22
3.3. Población y muestra.....	22
3.3.1. Población:.....	22

3.3.2. Tamaño de la muestra	22
3.4. Operacionalización de variables	24
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos	25
3.7. Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	27
4.1. Recursos y presupuesto.....	27
4.2. Cronograma.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La Esquizofrenia es un trastorno que conlleva a cambios diversos procesos como la percepción, el afecto, el pensamiento y la conducta, que usualmente inicia antes de los 25 años y que puede persistir toda la vida, afectando a personas de todas las clases sociales; se trata de un conjunto de trastornos de diversas etiologías, incluyendo a pacientes con clínica, respuesta al tratamiento y curso de la enfermedad, distintos. Sin embargo, este efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que la esquizofrenia puede afectar a más de 24 millones de pacientes a nivel mundial, se asocia frecuentemente con ansiedad intensa y un profundo deterioro de los ámbitos personales, familiares, sociales, educativos, ocupacionales y demás esferas de la vida, además, se asocia con un incremento de la probabilidad de morir prematuramente, de 2 a 3 veces, respecto al resto de la población, generalmente por causas físicas como las patologías cardíacas y metabólicas, o algunas otras de causa infecciosa.²

En un informe sobre Carga de enfermedad en el Perú, que estimó los años de vida saludables perdidos (AVISA) en el año 2012, consignó que el grupo de patologías que representan el número uno de AVISA en la población de Perú entre 15 a 44 años, fueron las entidades neuropsiquiátricas; dentro de ellas, la esquizofrenia ocupa el puesto.³

El concepto de tratamiento de las enfermedades mentales ha variado a lo largo de la historia hasta llegar a mediados del siglo pasado con el advenimiento de los psicofármacos, pero hay que destacar que para llegar a una independencia funcional de las personas con diagnóstico de esquizofrenia o algún otro trastorno mental, no solo basta con escoger un buen fármaco, sino también usarlo de una manera responsable y adecuada.

El incumplimiento de esta medicación es la razón primaria de las recidivas que contribuyen al “síndrome de puerta giratoria” de pacientes con esquizofrenia.⁴

Es de suma importancia observar que un problema tan relevante para la eficacia del tratamiento de esquizofrenia no haya recibido una adecuada atención y se siga contribuyendo con esta indiferencia al empeoramiento de los síntomas y al deterioro que sufre el paciente en su entorno y calidad de vida.

La pobre adherencia a los psicofármacos de pacientes con patologías mentales es un problema muy alarmante que se extiende a nivel mundial. Esta no adherencia, afecta significativamente la efectividad del manejo, afecta la recuperación y rehabilitación y significa un gasto importante para nuestro sistema sanitario; el costo de las enfermedades mentales en países desarrollados se encuentra entre el 3% y 4% de su Producto Nacional Bruto.⁵

La literatura existente al respecto demuestra una gran variación en la prevalencia de mala adherencia al tratamiento con psicofármacos, encontrándose entre el 10 y 77%, con una media de 35 - 60%.⁵

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento psiquiátrico en pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Establecer cuál es el nivel de adherencia al tratamiento psiquiátrico en pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores demográficos y socioculturales de pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide.
2. Identificar la temporalidad de enfermedad de los pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide.
3. Establecer la prevalencia de los pacientes adultos Esquizofrenia Paranoide.
4. Relacionar los factores demográficos y socioculturales, el tiempo de enfermedad y el nivel de prevalencia de los pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide.
5. Relacionar las variables de edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y nivel económico de pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide con la adherencia al tratamiento.

1.4. Justificación del estudio

Es sorprendente observar como un problema tan importante como la mala adherencia al tratamiento psiquiátrico, no tuvo atención e investigación hasta hace pocos años; la cronicidad de enfermedades mentales, estando a la cabeza la esquizofrenia, así como la pobre conciencia de enfermedad y el gran estigma que la acompaña, empeoran la dificultad con la adecuada adherencia psicofarmacológica. Es importante considerar, que la mala adherencia terapéutica, tiene importantes influencias, como un mal pronóstico, incremento de internamientos, mayor tasa de recaídas y en algunos casos, de recurrencias, incrementa el riesgo de suicidio y empeora la calidad de vida. ⁵

Así mismo, el papel de la familia juega un rol muy importante en la adecuada adherencia al tratamiento psiquiátrico, siendo un recurso principal para el cuidado y mantenimiento en comunidad de los pacientes con patologías mentales crónicas.

El no cumplimiento del tratamiento, es un problema clínico influenciado por múltiples factores, que debe ser evaluado de manera individual, se debe tratar de establecer un adecuado *rapport* con el usuarios de la atención y su familia,

realizando psicoeducación en cada atención, ofreciendo información completa, adecuada y basada en evidencia sobre el diagnóstico, la etiología, factores determinantes y precipitantes, el pronóstico y posibles comorbilidades y sobre las opciones de tratamiento existentes, poniendo énfasis en los beneficios y los inconvenientes en el caso de abandonar la medicación o de tomarla de manera irregular, así mismo se debe evaluar que en ocasiones, la adherencia terapéutica no sea eficaz o incluso perjudicial.⁵

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, no existe algún sistema para realizar un adecuado seguimiento del paciente, se sigue observando un gran descuido para la adherencia al tratamiento, en ocasiones determinado por el aspecto económico del paciente y su familia, pero en otras ocasiones por el descuido y la falta de conocimiento del curso de la enfermedad, esto influye en un mayor deterioro y disminución del grado de funcionalidad del paciente, la cual tampoco es posible evaluar adecuadamente por la inexistencia de un sistema protocolizado, por esto, no se sabe el estado del paciente ni la influencia de sus factores de riesgo asociados, los cuales varían según la cultura y el sistema sanitario del poblador del Callao.

Es de suma importancia a la hora de evaluar la adherencia terapéutica, indagar sobre las expectativas y las previas experiencias de los usuarios en tratamiento, estas ideas y expectativas, deben concordar con las del médico en la medida de lo posible, y de no ocurrir, se debe recurrir a una negociación adecuada, siempre basada en el beneficio del paciente, antes de tomar la decisión de modificar el tratamiento, cabe resaltar que de no explorarse los conocimientos, preferencias y esperanzas de los usuarios será complicado entender al paciente, y re orientar el tratamiento y favorecer el incumplimiento.⁵

Evaluar la adecuada adherencia es también importante antes de pensar en una modificación del tratamiento, considerándolo como fallido, ya que podríamos incurrir en un errado concepto de resistencia al tratamiento, el cual, si bien está reportado en un tercio de los pacientes con esquizofrenia, se define como con una falta de respuesta después de dos ensayos terapéuticos con un tiempo de 4 a 6 semanas con apego farmacológico adecuado y dosis efectivas aprobadas

por instituciones internacionales. ⁶ La resistencia confiere un peor pronóstico para el paciente, una mayor afectación en su funcionalidad y mayores costos en salud.⁷

1.5. Delimitación

Se estudiará a los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que acudieron por consultorio externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el año 2021.

1.6. Viabilidad

Se solicitará autorización al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, para contar con el apoyo de los especialistas y los recursos económicos para desarrollar la investigación, y para acceder al archivo de historias clínicas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Paucar J. (2011), encuentra que la esquizofrenia tiene un relevante impacto en el paciente y es considerada una dificultad de gran magnitud en su vida. Las personas con esquizofrenia, tienen un propio y único grupo de síntomas y experiencias, las que se verán influidas por sus circunstancias particulares. Se considera que la inadecuada adherencia farmacológica, causa un incremento de recaídas, de internamientos, y con esto, un incremento en la carga socio económica en sus propios recursos y también para los servicios de salud. ⁸

Gil W. (2017) sostiene que el 64% de usuarios tiene un apego al tratamiento de más de un año, y tienden a mantenerse constantes lo cual mejora la eficacia del fármaco, disminuye los efectos adversos y mejora así la calidad de vida. El conocimiento de la patología, dentro del modelo de salud mental dirigido a la comunidad es importante para lograr una adecuada aceptación y comprensión. El seguimiento para la adherencia y el adecuado mantenimiento de los usuarios se realiza con visitas domiciliarias y el seguimiento telefónico, siendo estas una de las tareas principales en la atención comunitaria; los familiares de pacientes con esquizofrenia reconocen que un 80% recibe estas visitas de una a más veces por semana. El seguimiento por teléfono, que es más nuevo en las estrategias de salud mental, fue reconocido por los familiares en un 87%, manifestando que tuvieron comunicación con el personal de salud al menos una vez por semana. ⁹

Flores K. (2016) sostiene que la disposición del gasto público sanitario, además de la situación en la economía de una importante proporción de pobladores y los elevados costos del tratamiento psiquiátrico, pueden constituir una limitación al acceso del cuidado de la salud mental. A esto se adiciona que el MINSA no incluyó las patologías psiquiátricas dentro de la cobertura del Seguro Integral de Salud. De las 10 instituciones del MINSA que realizan atención en salud mental, tres de ellos están en Lima, dos en Loreto - Iquitos, y los otros, se encuentran en Arequipa, Ica, Junín - Jauja, Tacna y La Libertad - Trujillo. La

dificultad de los pacientes para poder acceder a atención y al uso de fármacos, se agrava al ser un tratamiento crónico y a su elevado costo, y además, los servicios de atención en salud mental peruanos, atienden basándose en un modelo intramural centrado en el ambiente hospitalario.¹⁰

Ocio S. et al., (2017) defiende que poder evaluar la adherencia terapéutica en el paciente con esquizofrenia es de vital importancia para poder planificar los tratamientos y lograr los cambios esperados. Por este motivo, es necesario que, en los acuerdos sobre la adherencia, se refleje una manera de evaluar la disposición del usuario de la atención al cumplimiento de su tratamiento, cómo hacer el seguimiento y la manera de aplicarlo en el trabajo diario. Este es uno de los elementos que origina más discrepancia, ya que no se cuenta con instrumentos de evaluación con alta validez y fiabilidad, y que, al mismo tiempo, sean de fácil aplicación. Los diversos estudios sobre el tema, nos refleja la falta de un patrón común que sea válido para cuantificar la adherencia, siendo recomendable combinar varios de estos estudios para obtener una visión que se llegue a aproximar a la realidad, considerando las limitaciones que puedan presentar cada una de ellos.¹¹

Brotat M. (2018), identifica que la naturaleza de la adherencia terapéutica, está ocupando un lugar más significativo cada vez en todas las áreas de la salud y las especialidades médicas, y son más frecuentes las investigaciones, y cursos que se centran en la adherencia al tratamiento. En el año 2017, se realizó un congreso centrado en el tema de la actualización del estudio de la adherencia terapéutica en Psiquiatría. En particular, el abordaje de la adherencia al tratamiento giró en torno al curso clínico de las patologías (fases iniciales, larga duración), además, se enfocó en los tratamientos farmacológicos específicos y en un enfoque integral, donde se planteó el uso de inyectables de larga duración dentro de otros tipos de tratamientos.¹²

Velázquez R. et al. (2000), sostiene que en atenciones de salud mental se considera que los usuarios dejen de acudir sólo cuando el psiquiatra se los indique por alta, y se espera que se encuentren a mediano y largo plazo en tratamiento ya que, a veces, las enfermedades mentales tienen un curso

crónico. Pero como vemos en el día a día, esto no ocurre, y aparentemente ni la psicoeducación y un adecuado insight del padecimiento son condiciones suficientes para mantener al usuario adherente. Durante los dos primeros años del tratamiento, 58.92% de los usuarios lo abandonan. En un seguimiento a 7 años, este abandono se acumula dejando una prevalencia del 10.51% de mantenimiento en tratamiento en el séptimo año. Es así como parece claro que estas patologías, requieren medidas que incrementen la permanencia de los usuarios en su tratamiento.¹³

Muñoz e. (2004), identifica que Los Servicios de cuidado de la Salud Mental de varios distritos de Madrid, ofrecen tratamiento ambulatorio a pacientes psiquiátricos, 20% a 60% de los cuales dejan el tratamiento. Siendo los varones quienes abandonan con mayor frecuencia. Los pacientes entre 18 y 32 años que acuden de forma ambulatoria dejan su tratamiento con mayor frecuencia que adultos mayores de 32 años. Encontró también que los usuarios ambulatorios que son solteros, separados, divorciados o viudos tienen más riesgo de abandonar su tratamiento respecto a los casados, así mismo, los que tienen menor apego farmacológico, no poseen estudios. Además, las personas diagnosticadas con esquizofrenia son los que tienen menor apego en comparación con el resto de los diagnósticos.¹⁴

2.2. Bases teóricas

La esquizofrenia, es una de las patologías más discapacitantes y económicamente catastróficas, además, acarrea un marcado estigma en la sociedad, observándose esto, desde hace mucho tiempo. Es clasificado por la OMS como una de las 10 principales patologías que incrementan la carga de morbilidad en el mundo.

Durante muchos años, cuando se habla de esquizofrenia, se refiere como si fuera una sola enfermedad, sin embargo, en la actualidad, es probable que comprenda un grupo de enfermedades con etiologías heterogéneas, que incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuesta al terapéutica y cursos de las enfermedades tienen una amplia heterogeneidad ¹⁵. lo cual ha

hecho que se considere actualmente el término de “espectro de la esquizofrenia”, para referirse al conjunto de patologías englobadas.

La bibliografía que se dispone, describe a la esquizofrenia como una entidad psiquiátrica que cursa con psicosis crónica o de curso recurrente y se asocia generalmente con deficiencias en distintas áreas del desempeño del paciente, observándose principalmente en la funcionalidad social y laboral. ¹⁶

Las particularidades de la esquizofrenia generalmente incluyen manifestaciones positivas, como alucinaciones y delusiones y lenguaje desorganizado; manifestaciones negativas, como un afecto aplanado o pobreza del lenguaje; y limitaciones en la cognición, incluidos procesos como la atención, memoria y las denominadas funciones ejecutivas. Como se mencionó en el párrafo previo, para consignar el diagnóstico de esquizofrenia se debe contar con la presencia de los mencionados síntomas, además de disfunción en varios aspectos de la vida, durante un mínimo de seis meses y en ausencia de otra entidad que pueda explicar mejor la clínica. ¹⁶

Para hablar de esquizofrenia, se cuenta con dos clasificaciones principales; los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, edición 5, (DSM 5) y la Clasificación Internacional de enfermedades, edición 10, (CIE 10), actualmente ya CIE 11.

Así se tiene que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, (DSM 5), define a la esquizofrenia de la siguiente manera. ¹⁷

- A. Dos o más de los siguiente síntomas característicos durante una parte significativa del tiempo y por un período de un mes (o menos si se trata con éxito):
1. Delusiones.
 2. Alucinaciones
 3. Desorganización del discurso
 4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico

5. Síntomas negativos

- B. Durante una importante temporalidad desde que comienza la alteración, una o más áreas de funcionamiento, laboral, relaciones interpersonales, cuidado personal, están debajo del nivel que se alcanzó previo al inicio. Si inicia en la niñez o adolescencia: incapacidad para lograr el nivel esperado en áreas interpersonales, académicas u ocupacionales.
- C. La clínica persiste al menos por seis meses, y debe tener por lo menos un mes de síntomas (o menos, con tratamiento) que cumplan el Criterio A, y puede tener períodos de pródromos o residuales durante los cuales, los síntomas pueden estar representados solo por manifestaciones negativas o por dos o más del Criterio A pero de forma atenuada.
- D. Los trastornos esquizoafectivo y del humor con manifestaciones psicóticas se descartan debido a que: (1) no se producen episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos con la misma temporalidad que las manifestaciones de fase activa o (2) si los episodios del humor ocurren durante las manifestaciones de fase activa, su duración total fue corta en relación con la duración de las fases activa y residual.
- E. La alteración no está causada por los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o medicamento) o a una condición médica general.
- F. Si el paciente tiene antecedentes de autismo u otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico concomitante de esquizofrenia se hace solo si también hay delusiones o alucinaciones de manera predominante durante al menos 1 mes (o menos si se trata con éxito).¹⁷

Y, por otro lado, la Clasificación Internacional de enfermedades, décima edición, (CIE 10), la define de esta forma:

- A. Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento.

- B. Delusiones de control, influencia o pasividad, que son referidas al movimiento corporal, o pensamientos, acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- C. Alucinaciones auditivas, dialogantes sobre el paciente u otros tipos de voces alucinatorias que pueden proceder de otras partes corporales.
- D. Ideas delirantes persistentes no adecuadas a la cultura o que son imposibles, comúnmente de identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos.
- E. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, junto con ideas delirantes usualmente fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan diariamente, semanal o mensualmente o de forma permanente.
- F. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, con un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o con neologismos.
- G. Manifestaciones catatónicas.
- H. Manifestaciones negativas como apatía, lenguaje empobrecido, bloqueo o incongruencia emocional. Descartar que no esté ocasionado por depresión o por fármacos neurolépticos.
- I. Un cambio marcado e importante de la calidad de algunos aspectos del comportamiento, como pérdida de interés, falta de objetivos, estar absorto y aislamiento social. ¹⁸

Existe una gran variedad de factores que intervienen en el curso de esta enfermedad y que son de importancia en este estudio para establecer la adherencia al tratamiento y por lo tanto el pronóstico y calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Se trata de una enfermedad con un curso variable, en 1978, Eugene Bleuler describió hasta ocho tipos de cursos, que difieren en varios aspectos, como son el inicio brusco versus insidioso, la presentación clínica, continua versus intermitente y los resultados como respuesta al tratamiento, siendo estos pobres versus no pobres.¹⁹

En un estudio realizado en el 2003 titulado “Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered”, se evaluaron las historias clínicas y las notas de investigación de Bleuler sobre la muestra original, y todos los pacientes fueron re diagnosticados con la ayuda del DSM-IV, DSM-III-R, ICD-10, los Research Diagnostic Criteria (RDC), los criterios de Schneider y un versión operacionalizada de los criterios de Eugen Bleuler; se encontró que la mayoría de personas con diagnóstico de esquizofrenia tuvieron un inicio agudo, síntomas fluctuantes y luego no tuvieron manifestaciones o solo algunos leves, así mismo, se encontró que aproximadamente solo 20 % tuvo un inicio insidioso, manifestaciones continuas y mal resultado ²⁰; otro grupo importante de pacientes, tienen un curso bastante bueno y un pronóstico favorable. Esto fue evidenciado en un estudio de seguimiento internacional de 15 a 25 años, realizado en el año 2001, donde se encontró que una proporción significativa de los casos incidentes de esquizofrenia tratados logran resultados favorables a largo plazo, así mismo, se evidenció que las condiciones socioculturales parecen modificar el curso a largo plazo y los programas de intervención temprana centrados en los tratamientos tanto sociales como farmacológicos pueden obtener beneficios a más largo plazo. ²¹

El curso de la enfermedad se ve influenciado por numerosos factores, que incluyen los factores personales, la intervención temprana y la utilización de un enfoque de atención multidisciplinario, variedad de manifestaciones, factores estresantes, factores socioeconómicos y efectividad y adherencia a los medicamentos. ¹⁶

En el año 2017, se realizó un congreso centrado en el tema de la actualización del estudio de la adherencia terapéutica en Psiquiatría, que se basó específicamente en la adherencia al tratamiento farmacológico. ¹¹

A continuación, se pasará a revisar los principales factores personales que influyen el curso de los síntomas de esquizofrenia y la adherencia terapéutica y por consiguiente en el pronóstico de la enfermedad.

2.2.1. Edad.

Uno de los aspectos sobresalientes del curso de la esquizofrenia, tiene que ver con su naturaleza de deterioro a largo plazo, lo cual influye en la manera de enfocar el manejo de la esquizofrenia, centrándolo no solo en los síntomas, sino también en su trayectoria.²² Aunque el curso de la esquizofrenia puede ser heterogéneo, la recuperación funcional tiende a ser menos común en etapas tempranas de la enfermedad¹⁶. Es importante hacer una detección temprana de los síntomas, para mejorar el pronóstico de los pacientes, en este aspecto es útil el concepto de “primer episodio psicótico”, cuya incidencia incrementa conforme avanza la adolescencia y en algunos casos evoluciona a esquizofrenia, encontrándose que 5% de los usuarios con esquizofrenia debutaron con un primer cuadro psicótico antes de los 14 años y hasta un 20% antes de los 18 años.²³ Incluso, en la literatura se conoce como “esquizofrenia de inicio precoz”, a la que inicia antes de los 18 años²⁴ y Esquizofrenia de inicio en la niñez o de inicio muy temprano, a la que comienza antes de los 13 años.²⁵ Este factor, juega un papel de suma importancia debido a que, si se realizaran intervenciones en etapas tempranas en población con alto riesgo, se podría lograr una disminución del paso a psicosis en 1 a 2 años y mejorar la funcionalidad a largo plazo, lo cual se traduce en una calidad de vida menoscabada.²⁶

La esquizofrenia de inicio en la infancia suele representar una forma más grave del trastorno, con alteraciones del desarrollo prepsicóticos más destacados, anomalías cerebrales estructurales y factores de riesgo genéticos, y continúa con la forma adulta del trastorno, aunque cuanto más temprano es el inicio, más grave es la enfermedad.²⁵ El consumo simultáneo de sustancias en personas con enfermedad psicótica se

asocia con una menor adherencia a la medicación, una peor respuesta al tratamiento y un empeoramiento del curso de la enfermedad en adulto.²⁷

Enfocar los estudios e intervenciones en las edad temprana de inicio de la esquizofrenia, es muy importante debido a que se considera un período crítico de la patología, es durante esta etapa que ocurren los principales cambios a nivel social, psicológico y biológico, y dentro de estos últimos, se resalta a los cambios en la cognición ²⁸, debido a que el rédito cognitivo predice la recuperación de la funcionalidad de un primer episodio psicótico, un probable futuro desarrollo de la esquizofrenia, un mayor número recaídas y de internamiento y una mala adherencia al tratamiento con el uso de varias pruebas de antipsicóticos, lo cual también influye en un mayor riesgo de deterioro cognitivo adicional al deterioro propio de la enfermedad.

En un estudio de cohortes que analizó la recaída en casos de usuarios con primer episodio de psicosis, mostró que la falta de adherencia terapéutica es el mayor factor predictivo de recaída tras un primer episodio de psicosis, en un período de seguimiento de tres años, se encontró que la prevención de la recaída durante los primeros años de la enfermedad tiene un impacto crítico en los resultados a lo largo del desarrollo de la esquizofrenia. Una mejor comprensión y mejora de los factores que influyen en la recaída debería disminuir el riesgo de recaída y, por consiguiente, mejorar el pronóstico de la enfermedad.²⁹

2.2.2. Sexo

La esquizofrenia se ha asociado con una baja calidad de vida en los usuarios y el impacto puede variar según el género. El diagnóstico de esquizofrenia es ligeramente mayor en hombres que en mujeres con una relación de 1,4 a 1 respectivamente, siendo el diagnóstico de las mujeres usualmente más tardío que el de la población masculina.³⁰

La edad de inicio del trastorno para varones es entre los 18 y los 25 años y entre los 25 y los 35 para las mujeres, así mismo, se reporta un segundo pico de presentación en el sexo femenino alrededor de la menopausia.³¹ La evidencia sugiere que las diferencias de sexo en la esquizofrenia reflejan diferencias tanto en los procesos de desarrollo neurológico como en los efectos sociales sobre el riesgo y el curso de la enfermedad. Se conoce que la presentación del cuadro a mayor edad y la presencia de síntomas afectivos, que están más asociados a la esquizofrenia en mujeres, predicen una mejor evolución y pronóstico a largo plazo y, por otro lado, el inicio más temprano del cuadro y la presencia de síntomas negativos y desorganizados predicen un peor resultado a corto y mediano plazo, estas características están más asociadas al sexo masculino.³⁰ Es probable que los factores biológicos y ambientales contribuyan a las diferencias sexuales bien reconocidas en la respuesta de mujeres y hombres al tratamiento incluyendo regiones del cerebro implicadas en las vías metabólicas de los psicofármacos³², por cual, estos hallazgos podrían tener un efecto importante en los resultados del tratamiento diferenciado por sexo en la esquizofrenia.

También se reporta evidencia de que el abuso de drogas tiene un profundo efecto negativo en la enfermedad, se trata de una actividad que es más común en los hombres en general y en los hombres con esquizofrenia en particular, que afecta las tasas de recaídas, adherencia al tratamiento y las hospitalizaciones, y estando asociados con peores resultados en diversas áreas de funcionamiento³³, así mismo, predispone a un riesgo incrementado de presentar comorbilidades médicas.

2.2.3. Estado civil

Se conoce que existen algunas características que determinan un pronóstico bueno o malo en la esquizofrenia, y adicionalmente a los ya mencionados en los párrafos, previos como el sexo masculino y el inicio temprano, se describen también que las personas solteras, divorciadas o viudas o que en términos generales no cuentan con una red de apoyo

familiar adecuada, tienen un peor pronóstico que los pacientes casados.³⁴

Como ya se conoce, las interacciones sociales empeoran en los pacientes con esquizofrenia. En este sentido, es relevante destacar que la presencia y conexión con la familia durante el tratamiento de las personas con el trastorno muestran una estrecha relación con la calidad de vida y apego al tratamiento.³⁵ En un estudio realizado en Brasil que evaluó la no adherencia al tratamiento entre 112 pacientes con esquizofrenia que asisten a centros de atención psicosocial, se encontró que el diagnóstico fue más frecuente en varones y la tasa de incumplimiento se reportó en el 15.2% y de este grupo de pacientes no adherentes, el mayor porcentaje lo representaron los varones con un 52.9%, sin embargo si se toman en cuenta a la población general del estudio, el mayor porcentaje de no adherencia se encontraría en las mujeres con un 47.1%. Se encontró también, que la mayoría de los usuarios evaluados eran solteros, divorciados o viudos, y no tenían hijos³⁵, estos hallazgos corroboran lo ya mencionado en la literatura respecto al soporte familiar como factor protector para la adherencia terapéutica.

En otro estudio realizado en Finlandia que evaluó la influencia del “estar casado” como factor protector de calidad de vida en las personas con esquizofrenia, se encontró que pacientes varones solteros con esquizofrenia tenían menos relaciones sociales, eran más dependientes y seguían viviendo en su lugar de nacimiento, en cuanto a las mujeres solteras migraban de manera más consistente a las áreas urbanas, lo que se considera que puede ser favorable para su calidad de vida. Los pacientes casados con esquizofrenia, posiblemente ayudados en parte por su cónyuge, pudieron seguir mejor los cambios en la sociedad. El género femenino también parece tener una asociación independiente con la satisfacción con la vida y los aspectos interpersonales de la calidad de vida³⁶. Jablensky A. et al. (1997) demostraron en el estudio de la OMS de usuarios con un primer episodio de psicosis, que el estado

civil era un predictor independiente del resultado general durante el seguimiento de 2 años.³⁷ Y se conoce además que, dentro de la teoría de la competencia social, el estado civil, además de otros factores es un factor de competencia importante que predice un resultado favorable o desfavorable en los trastornos psiquiátricos.³⁸

2.2.4. Nivel de instrucción

Dentro de los factores que influyen en pronóstico de la esquizofrenia, el que reporta resultados interesantes es el nivel educativo, los datos encontraron que las personas con apenas el cuarto año de escolaridad o menos son quienes presentan peor calidad de vida, frente a aquellos que completaron los 12 años de escolaridad que son los que presentan una mejor calidad de vida, y se destaca que los pacientes con estudios universitarios tienen una menor calidad de vida que los que tienen seis, nueve o doce años de escolaridad, encontrándose este grupo a apenas por encima de los que tienen 4 años de escolaridad o menos³⁹, lo cual podría explicarse por la frustración que experimentan estos pacientes por no poder alcanzar posibilidades más compatibles con sus niveles educativos. Otra posible justificación es el menor juicio de morbilidad en las personas con diagnósticos esquizofrenia con menor educación, debido a la mayor gravedad de estos casos, usualmente con un inicio precoz de los síntomas, lo cual incrementa sus respectivos puntajes de satisfacción.⁴⁰ Además, la literatura reporta que, los pacientes solteros tuvieron un mayor nivel educativo que los casados, sin embargo, los casados tuvieron un mejor estado psicofuncional global en comparación de los solteros, también se encontró que los años de escolaridad fueron menores en las mujeres casadas, sin embargo, su nivel de funcionamiento global fue mayor en comparación con las solteras³⁶, estos hallazgos apoyan los resultados de los estudios previamente mencionados. Sin embargo, en estudios que miden la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia, se encontró que la mala adherencia predominó en grupo de pacientes con bajo nivel educativo,

encontrándose que un 41,1% de los pacientes tenían hasta 9 años de educación formal.³⁵

2.2.5. Nivel económico

Como se sabe, el nivel educativo y el grado de funcionalidad psicosocial, están muy relacionado con el nivel económico, por lo cual sería de esperarse que las personas con diagnóstico de esquizofrenia tengan un nivel económico bajo o que este dependa de terceras personas, disminuyendo su independencia y satisfacción económica, en este sentido destaca la frustración por las dificultades para hacer frente a las finanzas personales, las preocupaciones sobre el futuro y los sentimientos de dependencia, que influyen en el desarrollo de comorbilidades como es principalmente la depresión, la cual a su vez demostró ser predictor exclusivo (negativamente) de la satisfacción con los contactos sociales y económicos.⁴⁰ En un importante estudio a nivel de Latinoamérica que estudió la influencia del nivel socioeconómico en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se encontró que la gravedad del deterioro asociado a la esquizofrenia, estuvo relacionada con variables demográficas, socioeconómicas y clínicas, lo cual podría representar mayor vulnerabilidad de las personas con psicosis.⁴¹ Otro factor importante a considerar es que las repercusiones económicas de las enfermedades mentales suelen manifestarse también en la disminución del ingreso familiar y en la habilidad no solo del paciente, sino de sus cuidadores para el trabajo, sumado a esto, la atención y la terapéutica generan mayores costos con el subsecuente desarrollo de pobreza.⁴²

2.2.6. Tiempo de enfermedad

En el estudio sobre la Carga de Enfermedad en el Perú realizado en el 2014, se encontró que (4) las entidades neuropsiquiátricas se localizaron en el primer lugar, y dieron lugar 1 010 594 de AVISA, siendo el 88% por discapacidad, en esta misma bibliografía, la esquizofrenia representó

cerca de 100000 años perdidos por discapacidad (AVAD) durante el 2012.⁴³

En el Perú, la mayor parte de los usuarios con patología mental no van a centros de especialización, y al existir aún un gran estigma sobre los hospitales psiquiátricos y servicios de salud mental, principalmente áreas de psiquiatría, se disminuye la posibilidad de que estos pacientes busquen ayuda profesional, retrasando el diagnóstico, el tratamiento oportuno y empeorando su funcionalidad.

Según Lenior M. y Dingemans P., la recuperación clínica y funcional completa se da solo en un porcentaje mínimo de usuarios durante los primeros años de la evolución de la patología.⁴⁴

En un estudio realizado en uno de los hospitales psiquiátricos representativos de la ciudad de Lima, se buscó determinar el grado de funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia, de acuerdo a los años de enfermedad, para esto se hizo uso de La Escala Breve de Evaluación del Funcionamiento (FAST), el cual es un instrumento creado para evaluar el decremento de la funcionalidad en enfermedades mentales graves.⁴⁵ Se dividió al grupo de estudio en cuatro: los que tenían menos de 1 año de enfermedad, de 1 a 5 años, de 6 a 10 años de enfermedad y más de 10 años, se encontró una relación directa entre la temporalidad de la enfermedad y la puntuación de la funcionalidad de acuerdo a la escala FAST, lo que significa que mientras más dura la enfermedad se encontrará un puntaje FAST más elevado y una menor funcionalidad del paciente, se encontró una importante diferencia entre el nivel de funcionalidad en pacientes con un tiempo de enfermedad de un 1 o menos respecto a los otros grupos.⁴⁶, y como hemos venido mencionando, existe una relación también directamente proporcional entre el grado de funcionalidad de los usuarios en las diversas áreas de su vida y su adherencia al tratamiento con psicofármacos.

Este estudio, muestra datos enriquecedores a este estudio, ya que se trata de una población que podría representar la situación del país,

debido a que se realizó en un hospital de referencia nacional y de atención general con una gran carga de usuarios que provienen de todo el Perú.

2.3. Definiciones conceptuales

Adherencia al tratamiento: La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) lo conceptualiza como el cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar los medicamentos acorde a la dosis del programa terapéutico y la persistencia, es decir, tomar los fármacos a lo largo del tiempo.⁴⁷

Tratamiento psiquiátrico: es el empleo de medicamentos con acción en el comportamiento y las funciones mentales normales y anormales, se denominan psicofármacos.⁴⁸ 51

Esquizofrenia: es una patología psiquiátrica que implica la presencia de síntomas psicóticos crónicos o recurrentes. Se asocia generalmente con déficits en la funcionalidad social y laboral; suelen incluir manifestaciones positivas, como alucinaciones y delusiones; lenguaje desorganizado; manifestaciones negativas, como un afecto aplanado o pobreza del habla; y deficiencias en procesos cognitivos.¹⁵

Esquizofrenia paranoide: se trata de un subtipo de la esquizofrenia, caracterizada por la presencia de delirios de persecución o grandeza.¹⁵

Tiempo de enfermedad: es el tiempo que pasa desde que se da el diagnóstico o el inicio de una enfermedad hasta un determinado punto de corte.⁴⁸

Sueldo básico vital: En el Perú el sueldo mínimo se denomina “Remuneración Mínima Vital” (RMV), la cual está sujeta al régimen laboral de la actividad privada y Mediante el Decreto Supremo N° 003-2022-TR, actualmente equivale a S/ 1,025. Dicho salario es fijado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.⁴⁹

Diagnóstico: consiste en identificar una patología para deducir su pronóstico y manejo terapéutica.⁵⁰

Síntomas: son las manifestaciones subjetivas que experimenta el paciente y que el médico evaluador no siempre percibe o en ocasiones le es complicado corroborar, y a cuyo entendimiento se llega sobre todo a través de la entrevista.⁵⁰

2.4. Hipótesis

Siendo la investigación de carácter descriptivo y según Roberto Hernández Sampieri en su libro Metodología de la Investigación, no se precisa la formulación de hipótesis.⁵¹

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación se tratará de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional y de estadística descriptiva.

3.2. Diseño de investigación

Se tratará de un estudio:

- Descriptivo, debido a que solo se pretende describir el comportamiento de la variable.
- Retrospectivo, debido a que se trabajará con datos del año anterior (2021).
- Transversal, debido a que se realizará una medición de la variable de estudio en un solo punto de corte.
- Observacional, ya que no presentará intervención alguna o no se manipulará variables.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población:

La población de estudio estará constituida por el total de los usuarios con Esquizofrenia Paranoide que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

3.3.2. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estará designado por la población que cumpla con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos entre 18 y 64 años de edad.
- Pacientes adultos con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.
- Pacientes adultos con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, que acuden al consultorio externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2021.

- Pacientes adultos con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, receptores de tratamiento psiquiátrico.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide con edades menores a 18 años y mayores a 65 años.

3.3.3. Selección de la muestra

Se realizará una selección de tipo no probabilístico, debido a que la selección se realiza por conveniencia, el número es pequeño y se seleccionará todo el universo.

3.4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
EDAD	Número de años del paciente al momento de su atención.	Número de años consignados en la historia clínica	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	0= 18 – 30 1= 31 – 65
SEXO	Condición orgánica que distingue a varones de mujeres	Genero registrado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
ESTADO CIVIL	Estado civil al momento de la atención	Estado civil señalado en Historia clínica	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0= Soltero 1= Casado o conviviente 3= Viudo o divorciado
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel de instrucción al momento de la atención	Nivel de instrucción consignado en Historia clínica	ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	0= Analfabeto 1= Primaria 2= Secundaria 3= Superior
NIVEL ECONÓMICO	Nivel económico al momento de la atención	Nivel económico registrado en Historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cuantitativa	0= Menor o igual a sueldo básico vital 1= Mayor a sueldo básico vital
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad	Tiempo de presencia de síntomas	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	0= menos de 1 año 1= 1 a 5 años 2= más de 5 años

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar la información de los registros médicos, utilizamos una ficha de recolección de información de fuente secundaria, Historias Clínicas (ver anexo 2).

3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos

Se tiene la variable edad, para la cual se utilizará un sistema de medición de razón, discreta; con las siguientes categorías y valores: de 18 a 30 años y de 31 a 65 años. Para ingresar dicha información a la base de datos, se otorgará un código a cada categoría de la variable edad: 0= 18 – 30, 1= 31 – 65.

En la variable sexo, se utilizará el sistema de medición nominal, dicotómica; con las siguientes categorías: masculino y femenino. Para ingresar esa información a la base de datos, le otorgamos un código a cada una de esas categorías de la variable sexo: 0= femenino, 1= masculino.

En la variable estado civil, se utilizará el sistema de medición nominal, politémica; con las siguientes categorías: soltero, casado o conviviente y viudo o divorciado. Para ingresar esa información a la base de datos, le otorgamos un código a cada una de esas categorías de la variable estado civil: 0 = soltero, 1 = casado o conviviente y 2 = viudo o divorciado.

En la variable grado de instrucción, se utilizará el sistema de medición ordinal politémica; con las siguientes categorías: analfabeto, primaria, secundaria y superior. Para ingresar esa información a la base de datos, le otorgamos un código a cada una de esas categorías de la variable estado civil: 0 = analfabeto, 1 = primaria, 2 = secundaria y 3 = superior.

En la variable nivel económico, se utilizará el sistema de medición nominal, dicotómica; con las siguientes categorías: remuneración menor o igual al sueldo básico vital y mayor al sueldo básico vital. Para ingresar esa información a la base de datos, le otorgamos un código a cada una de esas categorías de la

variable nivel económico: 0 = menor o igual al sueldo básico vital, 1 = mayor al sueldo básico vital.

En la variable tiempo de enfermedad, se utilizará el sistema de medición ordinal, politómica; con las siguientes categorías: menos de 1 año, de 1 a 5 años y más de 5 años. Para ingresar esa información a la base de datos, le otorgamos un código a cada una de esas categorías de la variable estado civil: 0 = menos de 1 año, 1 = de 1 a 5 años, 2 = más de 5 años.

Se utilizará para el procesamiento de datos el programa estadístico SPSS.

El plan de análisis utilizará tablas de frecuencia para las variables a estudiar; el análisis se realizará mediante los conceptos y categorías que se identifiquen como resultado de la recolección de datos.

3.7. Aspectos éticos

Se solicitará un permiso institucional al Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, para la realización del estudio (Ver anexos 3 y 4).

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Recursos y presupuesto

MATERIALES	Oct. 2021	Nov. 2021	Dic. 2021	Ene. 2022	Feb. 2022	Mar. 2022	Abr. 2022	May. 2022	Jun. 2022	TOTAL
Útiles de escritorio										
02 USB	25.00				25.00					50.00
Lapiceros	4.00		4.00		4.00		4.00		4.00	20.00
Papel bond A-4	12.00		12.00		12.00		12.00		12.00	60.00
Material Bibliográfico										
Fotocopias	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	90.00
Impresiones	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	90.00
Anillados			10.00		10.00		10.00		10.00	40.00
Otros										
Movilidad	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	900.00
Teléfono	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	720.00
Recursos Humanos										
Imprevistos	150.00	150.00	150.00	150.00	150.00	150.00	150.00	150.00	150.00	1,350.00
TOTAL	391.00	350.00	376.00	350.00	400.00	350.00	376.00	350.00	376.00	3,320.00

4.2. Cronograma

ACTIVIDADES DURANTE LA INVESTIGACIÓN	MESES								
	Oct. 2021	Nov. 2021	Dic. 2021	Ene. 2022	Feb. 2022	Mar. 2022	Abr. 2022	May. 2022	Jun. 2022
Revisión bibliográfica	X	X	X	X					
Formulación del proyecto				X	X	X	X	X	
Presentación del proyecto									X
Aprobación del proyecto									X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boland R, Verduin ML, Ruiz MD P. *Synopsis of Psychiatry*.; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia.
3. Huarcaya-Victoria J. Factores asociados al funcionamiento global en pacientes con esquizofrenia de un hospital general del Perú. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)*. 2021;50(4):252-259. doi:10.1016/J.RCPENG.2020.03.001
4. Pinilla Alarcón M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: Consideraciones desde el cuidado de enfermería | Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. *Pontif Univ Javeriana Secc Cali*. 2007;9 Num. 1:37-49.
5. De las Cuevas C, Sanz EJ. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Rev Iberoam Psicol y Salud*. 2016;7(1):25-30. doi:10.1016/J.RIPS.2015.10.001
6. Palacio Ortiz JD, Soto JG, Quintero Cadavid CP, LopezJaramillo C. Manejo farmacológico de la psicosis temprana. *Rev Latinoam Psiquistria*. 2021;20:29-36.
7. Griffiths K, Millgate E, Egerton A, MacCabe JH. Demographic and clinical variables associated with response to clozapine in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021;51(3):376-386. doi:10.1017/S0033291721000246
8. Paucar Ayllón JM. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - ESSALUD – 2010. Published online 2011.
9. Gil Mejia WS. Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad, Cerro Colorado Arequipa – 2017. Published online 2017.
10. Flores Miñano KD. El derecho a la salud mental y la protección de los

- derechos fundamentales de las personas con problemas mentales. Published online 2016.
11. Ocio León S, Huergo Lora C, Gómez Simón M, et al. Evaluación de la adherencia en la esquizofrenia. Published online 2017.
 12. Brotat Ester M. Adherencia al tratamiento en psiquiatría: estudio preliminar de los modelos empleados. Published online 2018.
 13. Velázquez A, José J, Sosa S, Del M, Lara C. El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Rev Psicol.* 2000;18(2):315-340. doi:10.18800/PSICO.200002.005
 14. Muñoz Marrón E. Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales : el papel de la indiferencia aprendida - E-Prints Complutense. Published online 2004.
 15. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, Preceded by (work): Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. :1181.
 16. Fischer BA, Buchanan RW. Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis - UpToDate. Up To Date.
 17. DSM-5®. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales [Recurs Electrònic]: DSM-5 / [Traducción y Revisión Científica: Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental]*. 5°. (Editorial Médica Panamericana, ed.). Medica Panamericana,; 2014.
 18. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados Con La Salud*. 10°. (Organización Panamericana de la Salud, ed.); 2015.
 19. Hare E. The Schizophrenic Disorders: Long-Term Patient and Family Studies. By Manfred Bleuler, translated from the German by Siegfried M. Clemens. New Haven and London: Yale University Press. 1978. Pp 529. *Br J Psychiatry.* 1979;135(5):474-476. doi:10.1192/S0007125000043877
 20. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. *Am J Psychiatry.* 2003;160(12):2202-2208. doi:10.1176/APPI.AJP.160.12.2202

21. Harrison G, Hopper K, Craig T, et al. Recuperación de una enfermedad psicótica: un estudio de seguimiento internacional de 15 y 25 años. *Br J Psychiatry*. 2001;178(JUNE):506-517. doi:10.1192/BJP.178.6.506
22. Rivera Arroyo G. Intervención Temprana en Psicosis, una perspectiva clínica. - Academia.edu. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*.
23. Sikich L. Early Onset Psychotic Disorders. In Sadock, B. Sadock, V. Ruiz, P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*. Published online 2009:699-706.
24. Rapoport JL, Gogtay N. Childhood onset schizophrenia: support for a progressive neurodevelopmental disorder. *Int J Dev Neurosci*. 2011;29(3):251. doi:10.1016/J.IJDEVNEU.2010.10.003
25. Skehan B, Dvir Y. Schizophrenia in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis - UpToDate. UpToDate.
26. Van Der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al. Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res*. 2013;149(1-3):56-62. doi:10.1016/J.SCHRES.2013.07.004
27. McEvoy J, Allen T. Abuso de sustancias (incluida la nicotina) en pacientes esquizofrénicos. *Curr Opin Psychiatry*. Published online 2003:16-199.
28. Crossley N, Bressan R, Corral R, et al. Cambios biológicos en la psicosis temprana Intervención antes del desarrollo del primer episodio de psicosis Manejo farmacológico de la psicosis temprana. *Rev Latinoam Psiquiatr*. 2021;20(1):8-16. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.001
29. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. 2012;46(8):1099-1105. doi:10.1016/J.JPSYCHIRES.2012.05.001
30. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):417-428. doi:10.3109/09540261.2010.515205
31. Fischer BA, Buchanan RW. Schizophrenia in adults: Epidemiology and

pathogenesis. UpToDate.

32. Goldstein JM, Seidman LJ, Horton NJ, et al. Normal sexual dimorphism of the adult human brain assessed by in vivo magnetic resonance imaging. *Cereb Cortex*. 2001;11(6):490-497. doi:10.1093/CERCOR/11.6.490
33. Jablensky A, McGrath J, Herrman H, et al. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(2):221-236. doi:10.1080/J.1440-1614.2000.00728.X
34. Gonçalves SE, Kantorski LP, Heck RM. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do programa de saúde da família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. *Família, Saúde e Desenvol*. 2003;5(2). doi:10.5380/FSD.V5I2.8089
35. Poletto Viveiros C, Rodrigues Tatar C, Vianna Dantas dos Santos D, Stefanello S, Nisihara R. Trends in Psychiatry and Psychotherapy Evaluation of nonadherence to treatment among patients with schizophrenia attending psychosocial care centers in the south region of Brazil. *APRS | CC-BY Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(3). doi:10.1590/2237-6089
36. Salokangas RKR, Honkonen T, Stengård E, Koivisto AM. To be or not to be married--that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(8):381-390. doi:10.1007/S001270170028
37. Jablensky A, Cole SW. Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding?: Results from a cross-cultural investigation. *Br J Psychiatry*. 1997;170(3):234-240. doi:10.1192/BJP.170.3.234
38. Zigler E, Phillips L. Social competence and outcome in psychiatric disorder. *J Abnorm Soc Psychol*. 1961;63(2):264-271. doi:10.1037/H0046232
39. Dede Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2017;51. doi:10.1590/S1980-220X2016031903244
40. Araújo de Souza L, Silva Freire Coutinho E. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Brazilian J Psychiatry*.

2006;28(1):50-58. doi:10.1590/S1516-44462006000100011

41. Czepielewski LS, Alliende LM, Castañeda CP, et al. Effects of socioeconomic status in cognition of people with schizophrenia: results from a Latin American collaboration network with 1175 subjects. *Psychol Med*. Published online 2021;1-12. doi:10.1017/S0033291721002403
42. Ministerio de Salud. Los problemas y trastornos mentales tienen impacto económico y de inclusión social - Gobierno del Perú. 11 de junio.
43. Valdez Huarcaya, William; Miranda Monzón JA. Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012 | Lima; Perú. ; 1 ed; Jun. 2014. 84 p. ilus. | MINSAPERU | LILACS | MINSAPERU. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología.
44. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Schene AH, Linszen DH. Predictors of the Early 5-Year Course of Schizophrenia: A Path Analysis. *Schizophr Bull*. 2005;31(3):781-791. doi:10.1093/SCHBUL/SBI010
45. Ribeiro Rosa A, Sánchez Moreno J, Martínez Aran A, et al. *Prueba Breve de Evaluación Del Funcionamiento (FAST)*. (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, ed.); 2008.
46. Osorio Martínez ML. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *An la Fac Med*. 2017;78(1):17-22. doi:10.15381/ANALES.V78I1.13016
47. Organización Mundial de la Salud. La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. *III Foro Diálogos Pfizer-Pacientes*. Published online 2018.
48. Mosby. *MOSBY'S DICTRIONARY of Medicine, Nursing & Health Professions*. 10th ed.; 2017.
49. Redacción Gestión. Sueldo mínimo en Perú desde hoy: la remuneración básica vital pasa de 930 soles a 1025 soles mensuales. Gestión.
50. Surós Batlló A, Surós Batlló J. *Semiología Medica y Tecnica Exploratoria*. 8va. Edici. (Elsevier Masson, ed.); 2001.

51. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología De la Investigación*. (McGRAW-HILL, ed.); 2017.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRÍZ DE CONSISTENCIA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Cualitativo, descriptivo, retrospectivo, observacional, **POBLACIÓN y MUESTRA:** Pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acuden al consultorio externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento psiquiátrico en pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2021?	<p><u>GENERAL</u></p> <p>Establecer cuál es el nivel de adherencia al tratamiento psiquiátrico en pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el 2021.</p> <p><u>ESPECIFICOS</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Identificar los factores demográficos y socioculturales de los pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide.2. Identificar el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide.3. Establecer la prevalencia de los pacientes adultos Esquizofrenia Paranoide.4. Relacionar los factores demográficos y socioculturales, el tiempo de enfermedad y el nivel de prevalencia de los pacientes adultos con Esquizofrenia Paranoide.	<ul style="list-style-type: none">- Edad- Sexo- Estado civil- Nivel de instrucción- Nivel económico- Tiempo de enfermedad

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HCL: _____

1. **Edad:** _____
2. **Sexo:**
Femenino ()
Masculino ()
3. **Estado civil:**
Soltero ();
Casado o conviviente ()
Viudo o divorciado ()
4. **Nivel de instrucción:**
Analfabeto ()
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
5. **Nivel económico:**
Menor o igual al sueldo básico vital ()
Mayor al sueldo básico vital ()
6. **Ocupación:**

7. **Tiempo de enfermedad:**

8. **Edad de diagnóstico:**

9. **¿El paciente acude acompañado a las consultas?**
Sí ()
No ()
10. **Si la respuesta anterior es afirmativa, especificar:**

11. **Número de medicamentos que el paciente toma al día:**

12. **Número de tratamientos previos:** _____

13. **¿Tuvo abandonos de tratamiento?**

Sí ()

No ()

14. **Si la respuesta 11 es afirmativa, especifique el número de abandonos de tratamiento:** _____

15. **Si la respuesta 11 es afirmativa, especifique causas del abandono:** _____

16. **Reacciones adversas a psicofármacos:**

Sí ()

No ()

17. **¿Tuvo hospitalizaciones?**

Sí ()

No ()

18. **Si la respuesta anterior es afirmativa, especifique el número:** _____

19. **¿El paciente asiste de forma regular a las consultas?**

Sí ()

No ()

ANEXO 3: SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL

Lima, 11 de enero del 2022

Dra. Cinthia Roxanna Castillo Falcón

Jefe del Servicio de Psiquiatría

HNDAC

Presente. –

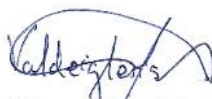
**REF: Solicita permiso para recolectar
información de registros médicos.**

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla en nombre propio y de la Universidad Ricardo Palma y solicitarle su autorización para que pueda recolectar datos e información de los registros médicos a fin de viabilizar el estudio titulado: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021", el mismo que servirá como proyecto de investigación para optar el título de especialista en psiquiatría.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi más alta consideración y estima personal.

Atentamente



María Paloma Valdeiglesias Abarca

M.R. Psiquiatría

CMP: 079629

ANEXO 4: CARTA DE AUTORIZACIÓN



SERVICIO DE PSIQUIATRÍA



Callao, 14 de enero del 2022

Dra.
MARÍA PALOMA VALDEIGLESIAS ABARCA
Presente.-

De mi consideración:

En respuesta a su carta de fecha 11 de enero del presente año, **AUTORIZO** a Ud. A fin de que pueda realizar la recolección de información de registros médicos a fin de viabilizar el estudio titulado: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2021", para optar el título de especialista en psiquiatría. Para lo cual, me comprometo a brindarles las facilidades respectivas.

Sin otro particular y esperando logre sus objetivos trazados, quedo de Ud.

Atentamente.


Dra. Cynthia Roxanna Castillo Falcón
Médico Jefe Servicio de Psiquiatría
C.M.P. 65543 - R.N.E. 3363 leg.
Hospital Nacional Daniel A. Carrión

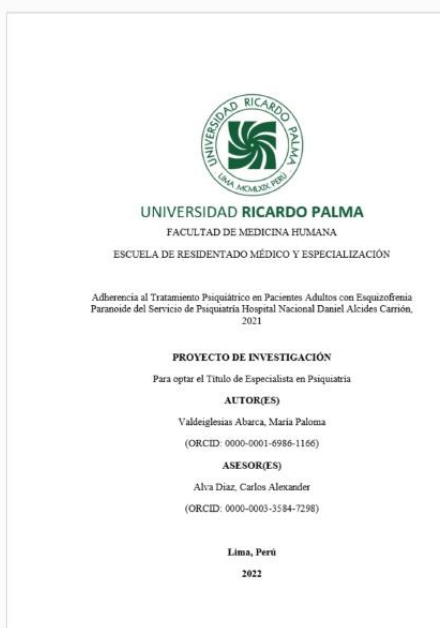


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: María Paloma Valdeiglesias Abarca
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Adherencia al Tratamiento Psiquiátrico en Pacientes Adultos...
Nombre del archivo: PROYECTO._VALDEIGLESIAS_ABARCA_MAR_A_PALOMA.docx
Tamaño del archivo: 600.37K
Total páginas: 40
Total de palabras: 8,891
Total de caracteres: 49,634
Fecha de entrega: 04-ene.-2023 08:33a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1988511143



Adherencia al Tratamiento Psiquiátrico en Pacientes Adultos con Esquizofrenia Paranoide del Servicio de Psiquiatría Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.bbc.co.uk Fuente de Internet	21%
2	Submitted to Walden University Trabajo del estudiante	2%
3	Camila Poletto Viveiros, Camila Rodrigues Tatar, Deivisson Vianna Dantas dos Santos, Sabrina Stefanello, Renato Nisihara. "Evaluation of nonadherence to treatment among patients with schizophrenia attending psychosocial care centers in the south region of Brazil", Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2020 Publicación	<1%
4	www.iiste.org Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado