

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



**“FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
DE TACNA, EN MARZO DEL 2019”**

**TESIS**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
**MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:**  
Bach. Jared Alexis Rivera Dieguez

**ASESOR:**  
Med. Jorge Alberto del Carpio Medina

TACNA – PERU  
2019

## **Dedicatoria**

Con todo mi ser,  
A mis padres y mis hermanos.

## **Agradecimientos**

### ***A Dios.***

*Por haberme dado vida y salud para haber llegado hasta este punto de mi vida. Porque sé que siempre guió mi camino.*

### ***A mi madre Rogelia Dieguez***

*Porque estuvo presente en todos los momentos, incluso los difíciles. Supo aconsejarme, contagiarme de su fuerza y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

### ***A mi padre Jesús Rivera***

*Porque a su manera me brindaba su apoyo.*

### ***A mis hermanos Giordano y Joel.***

*Por su paciencia, comprensión y amor. Ellos supieron confortarme con sus palabras de aliento. Siempre estuvieron para mí.*

### ***A Claudia.***

*Una persona versátil, quien desde que la conocí se preocupó por que pueda lograr mis metas e ideales.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento con Psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna (HHUT), en marzo del 2019.

**Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, corte transversal. La población estuvo conformada por pacientes que acuden por tratamiento farmacológico al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

**Resultados:** Se evidencia que el 60% tuvo un bajo nivel de adherencia hacia el tratamiento con psicofármacos; de ellos el 56.67% era del género masculino, el 53.33% era adulto joven, el 53.33% de los pacientes vive en el cercado de Tacna; luego el 76.67% era soltero. Los pacientes con estudios secundarios o superiores presentaban bajo nivel de adherencia (52,94% y 81.82% respectivamente). El nivel de adherencia es bajo (87.5%) en el grupo que no trabaja. Los pacientes que no cuentan con ingresos económicos presentan bajo nivel de adherencia (40%). Se muestra una baja adherencia en pacientes con menos de 06 meses de tratamiento. El nivel de adherencia bajo predominó en el grupo que toma más de 03 psicofármacos (64.29%). Del total, el 60% presentaron efectos adversos al tratamiento con psicofármacos, de los cuales el 83.33% presento una baja adherencia. Predomina una baja adherencia en el grupo que no conoce su medicación (66.67%). Y el 30% refirió no estar satisfecho con la atención, de este grupo destacan por su baja adherencia en un 66.67%.

**Conclusiones:** Se concluye que del total el 60% presentó un bajo nivel de adherencia. Y además que ser adulto joven, encontrarse soltero, estar cursando estudios superiores, no contar con un empleo y/o ingreso salarial e incluso tener menos de 06 meses de tratamiento, tener prescrito más de 03 fármacos y presentar efectos adversos; influyen en la correcta adherencia al tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Adherencia al tratamiento - psicofármacos - pacientes – factores asociados - hospital de día en salud mental.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the factors associated with non-adherence to treatment with psychotropic drugs in patients who attend the Mental Health and Addiction Day Hospital of Hipolito Unánue Hospital in Tacna (HHUT), in March 2019.

**Material and Method:** A descriptive study was carried out, cross section. The population consisted of patients who came for pharmacological treatment at the Mental Health and Addiction Day Hospital of Hipolito Unanue Hospital in Tacna, who met the inclusion criteria.

**Results:** It is evident that 60% had a low level of adherence to the treatment with psychotropic drugs; Of them, 56.67% were males, 53.33% were young adults, 53.33% of patients live in the Tacna enclosure; then 76.67% was single. Patients with secondary or higher education had a low level of adherence (52.94% and 81.82% respectively). The level of adherence is low (87.5%) in the group that does not work. Patients who do not have economic income have a low level of adherence (40%). It shows a low adherence in patients with less than 06 months of treatment. The low level of adherence predominated in the group that takes more than 03 psychotropic drugs (64.29%). Of the total, 60% presented adverse effects to the treatment with psychotropic drugs, of which 83.33% presented a low adherence. Low adherence predominates in the group that does not know their medication (66.67%). And 30% reported not being satisfied with the attention, of this group they stand out for their low adherence in 66.67%.

**Conclusions:** It is concluded that of the total 60% presented a low level of adherence. And in addition to being a young adult, being single, studying higher education, not having a job and / or salary income and even having less than 06 months of treatment, having prescribed more than 03 drugs and presenting adverse effects; they influence the correct adherence to treatment.

**KEY WORDS:** Adherence to treatment - psychotropic drugs - patients - associated factors - day hospital in mental health.

# INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	01
<b>CAPÍTULO I – El Problema de Investigación</b>	02
1.1. Fundamentación del Problema	02
1.2. Formulación del Problema	03
1.3. Objetivos	04
1.4. Justificación	05
<b>CAPÍTULO II – Revisión Bibliográfica</b>	06
2.1. Antecedentes	06
2.2. Marco Teórico	16
<b>CAPÍTULO III – Hipótesis, Variables y Definiciones Operacionales</b>	55
3.1. Hipótesis	55
3.2. Variables	55
3.3. Operacionalización de Variables	56
<b>CAPÍTULO IV – Metodología de la Investigación</b>	59
4.1. Diseño	59
4.2. Ámbito de Estudio	59
4.3. Población	59
4.4. Criterios de Inclusión	60
4.5. Criterios de Exclusión	60
4.6. Consideraciones Éticas	60
4.7. Instrumento de Recolección de Datos	61
4.8. Método para la Recolección de Datos	61
4.9. Método para Evaluar Resultados de Encuesta	62
<b>CAPÍTULO V – Resultados</b>	63
<b>CAPÍTULO VI – Discusiones</b>	78
<b>CAPÍTULO VII – Conclusiones</b>	83
<b>CAPÍTULO VIII – Recomendaciones</b>	84
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	85
<b>ANEXOS</b>	94

## INTRODUCCION

El enfoque de manejo hacia el paciente con patología de salud mental ha ido cambiando con el pasar del tiempo, se han ido desarrollando nuevas estrategias y abordajes. Hoy en día se sabe que, en lo que respecta a la asistencia psiquiátrica no sólo se tratará de controlar o brindar el alivio de un síntoma, sino también se considera otros factores, como asegurar que el paciente pueda desarrollar la autonomía que les permita su reinserción familiar, laboral, educacional y social. Si bien, como se mencionó, ha pasado mucho tiempo para que se brinden procesos de reforma en la atención del paciente psiquiátrico, se ha ido dando el nacimiento de los hospitales de día dirigidos para la atención psiquiátrica, con el objetivo terapéutico de abordar a la persona de manera integral buscando promover la conciencia de la enfermedad, estimular su independencia y fortalecer la interacción con su entorno a su vez que evitando internaciones innecesarias; generalmente ocasionados por complicaciones y recaídas debido a diversos factores, siendo uno de los más importantes: una baja adherencia al tratamiento brindado.

Los profesionales en salud se enfrentan a diario con este tipo de situación al momento de abordar pacientes que presentan patología de salud mental. Entonces se debe considerar que, la falta de cumplimiento del tratamiento se asocia a un aumento en la persistencia de los síntomas, por ende, la falta de adherencia al tratamiento va de la mano con una reducción de la eficacia, incrementando la probabilidad de recurrencias. Los pacientes con mala adherencia a la medicación presentan más enfermedades médicas concomitantes y más sintomatología somática y generan mayor uso de los servicios de salud. Sin embargo, existen otros factores que intervienen en el cumplimiento terapéutico correcto, como los relacionados con el paciente, con la enfermedad, con la medicación y con el médico; los cuales se pretende caracterizar en este trabajo.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos de salud mental conforman un grupo de enfermedades de gran prevalencia a nivel mundial con aproximadamente una carga global de 12%. (1) La OMS nos menciona que *“la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando”* e irá produciendo efectos considerables en la salud en general de las personas junto con graves consecuencias. (2) Ello explicaría porque hoy en día vemos de forma frecuente a muchos pacientes acudiendo por atención en casi todos los centros de salud, hospitales, clínicas particulares y demás entidades, pues cabe resaltar que estas patologías ocupan gran parte del tiempo asistencial en lo que respecta a hospitalización y atención por emergencia cuando no se logra un adecuado y completo manejo de la entidad psiquiátrica. (3) Aun así hoy en día los sistemas de salud todavía no logran dar una respuesta solvente para la gran carga de pacientes con trastornos mentales. Nos remarca la OMS que: *“en los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.”* (2)

En el ámbito de la salud es sabido que, mantener un tratamiento discontinuado, siempre representará una barrera en la evolución del paciente, lo cual es común en las patologías psiquiátricas. Así, la falta de adherencia al tratamiento, el cual tiene que ser integral, en los pacientes con alteración de salud mental es una principal causa de recaídas y próximos casos de hospitalizaciones en los servicios de psiquiatría; y concomitantemente se reflejará un deterioro funcional en los pacientes (4)

Mencionado lo anterior, la adherencia al tratamiento, incluyendo el uso de psicofármacos, es muy importante para lograr el éxito, puesto que: *“la falta de tratamiento con psicofármacos está implicada en recaídas, aumento de la presencia de síntomas, problemas para el paciente y su entorno, no permitiendo realizar muchas veces actividades de la vida diaria.”*(5) Entonces, lograr la adherencia del paciente al tratamiento (incluido del uso de psicofármacos) le permitirá al paciente sentirse aliviado de sus síntomas, habrá disminución de sus efectos concomitantes, tendrá una mejor calidad de vida, uso del tiempo libre y mejor relaciones interpersonales. (1) Por ello este estudio busca determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al hospital de día en salud mental y adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por ello el problema formulado es:

¿Cuáles son los Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento con Psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en marzo del 2019?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar los Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento con Psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en marzo del 2019.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar la No Adherencia al Tratamiento con Psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en marzo del 2019.
- Caracterizar al paciente que acude a Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Identificar los factores Biológicos, Socio culturales, Económicos, factores del Régimen terapéutico y relacionados al Equipo asistencial asociados a la no adherencia al Tratamiento con Psicofármacos en pacientes que acuden al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en marzo del 2019.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

Las patologías psiquiátricas representan hoy en día un problema de salud el cual se encuentra latente debido a que no se le brinda la importancia que se merece. Se conoce que existen diversos tratamientos dependiendo del grupo psiquiátrico y que existe actualmente una gran variedad de psicofármacos empleados en la práctica clínica diaria para el tratamiento de este tipo de pacientes.

En estudios orientados en el tratamiento farmacológico de pacientes psiquiátricos mencionan y demuestran que la adherencia al tratamiento es un elemento determinante en la mejoría de este tipo de pacientes y factor decisivo para el éxito del tratamiento.

La realización de este trabajo se inspiró en que observe una adherencia baja en los pacientes a pesar del esfuerzo del personal de salud por ello se encontró que factores asociados contribuyen a que haya un desapego hacia el tratamiento que se brinda. Los resultados de este trabajo nos permitirán implementar estrategias de impacto en la mejora de esta situación, ya que componen un impedimento importante en el control de la historia natural de estas patologías y de esta manera un problema vigente en salud pública; es conveniente la identificación de aquellas condiciones potencialmente propicias relacionadas con la no adherencia al tratamiento. Así el personal de salud a cargo podrá identificar a aquellos pacientes potencialmente en riesgo de abandono para minimizar la posibilidad de no adherencia al tratamiento y de este modo mejorar la calidad de vida para el paciente y su familia. No se identificaron estudios similares en el ámbito local, con la realización de este trabajo se incentiva una mayor vigilancia y una evaluación constante de la terapia de los pacientes psiquiátricos.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

**Vincha Molina, J.** evaluó los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico de la esquizofrenia paranoide en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017. Ejecutó un estudio de corte transversal tipo descriptivo en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide los cuales recibían tratamiento farmacológico en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT). El grupo de estudio constaba de 108 pacientes, de los cuales 90 de ellos (83.2%) cumplían con las dosis diarias de medicamentos prescritos para dicha patología considerándose adheridos, del total el 58.9% era del sexo masculino con edades entre 15 a 30 años (48.9%), se considera que el estado civil más adherido fue el soltero (74.4%), a su vez los que tenían secundaria completa (70%) y con nivel socioeconómico medio a alto (84.4%) son los más adheridos. Como acápite aparte también mencionar que el 88.9% dice ser consciente de su enfermedad y pese a la presencia de algunos efectos adversos farmacológicos (mareos y temblores) no ha permitido que el paciente deje el tratamiento. Concluye que un mayor nivel educativo del paciente, la composición del hogar por familiares, el número de citas, un bajo nivel socioeconómico, el hecho de tener conciencia de la enfermedad y el hecho que el paciente sea acompañado a sus citas son factores que influyen en la correcta adherencia al tratamiento y todo ello conlleva a una mejora en la salud general del paciente dentro de su patología mental. (5)

**De Andrés Muñoz, S.** realizó un trabajo de estudio con el propósito de identificar factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes en el servicio de psiquiatría y unidad de conductas adictivas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona 2017, para ello ejecutó un estudio analítico, observacional, longitudinal y con recogida retrospectiva de información, trabajando con todos los pacientes de la unidad. Trabajó como variable dependiente la adherencia al tratamiento, así como a las variables independientes las clasificó en sociodemográficas (sexo y edad), psicosociales (situación familiar, social, laboral, económica), relacionadas al consumo de alguna sustancia y relacionadas con el tratamiento farmacológico. Del total de pacientes siendo 216 incluidos, el 69.4% demostró tener adherencia. El 61.1% era varón, la edad media fue de 43.9 años. El 35.2% convivía con padres o hermanos, un 31.5% vivía con parejas y/o hijos además que el 29.6% afirmó vivir solo. En el ámbito laboral el 28.7% era pensionado, el 21.8% estaba laboralmente activo, el 2.3% era estudiante. Demostró que el alcohol fue la sustancia más frecuente como sustancia principal con un 59.7% y con un 13.9% como sustancia secundaria; le sigue la cocaína con un 34.3% como sustancia consumida y el cannabis con 14.4%. Concluyen entonces que existe una alta frecuencia de adherencia al tratamiento respecto a la tasa de abandonos del tratamiento a diferencia de lo sugerido en otros estudios. No hubo mayor diferencia al momento de comparar las características sociodemográficas y psicosociales. Denotan que existe una alta tasa de pacientes varones y que la mayoría de pacientes que abandonaron el tratamiento fueron pacientes con menor edad. Observan también que la situación familiar o de convivencia es un potente predictor de adherencia al tratamiento, posiblemente relacionado a la presión familiar que logra ser una motivación para el paciente y así poder continuar con el tratamiento respectivo. (6)

**Angulo Celestino, A.** determinó los factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia en el hospital regional Cayetano Heredia de Piura en 2014. Para ello elaboró un estudio tipo analítico, observacional, retrospectivo y de casos controles laborando con una población total de 90 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en consultorio externo de psiquiatría. Se observó que, al realizarse un análisis estadístico sobre las variables estudiadas como: factores asociados a la adherencia (uso de fármacos estupefacientes como antidepresivos, uso de ansiolíticos; aspectos sociales como nivel socioeconómico y grado de instrucción) los resultados obtenidos fueron los siguientes: uso de estupefacientes representado en un 47% para la no adherencia al tratamiento (OR: 4.04;  $p < 0.01$ ), uso de antidepresivos por el 67% del grupo no adherido (OR: 2.74;  $p < 0.05$ ), uso de ansiolíticos con el 49% (OR: 2.95;  $p < 0.05$ , nivel socioeconómico bajo por el 40% (OR: 2,7;  $p < 0.05$ ), menor grado de instrucción representado por 71% (OR: 3.07;  $p < 0.01$ ); todos los porcentajes basados del grupo de no adherencia respecto al de adherencia. Finalmente muestra como conclusión que el nivel socio económico bajo además del menor grado de instrucción son factores asociados a no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con trastorno psicótico (esquizofrenia) del hospital Cayetano Heredia de Piura. (7)

**Carniglia Tobar, C.** Analizó que la adherencia al tratamiento en personas con episodio de esquizofrenia es un factor determinante en el pronóstico de ellas ya que ayuda a mantener un bajo riesgo de recaídas y favorece su inclusión social. Por ello quiso caracterizar y cuantificar la adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia en establecimientos del sistema público de Santiago de Chile en el 2015. Consideró una muestra total de 120 casos de los cuales se excluyeron 19 casos por no contar con la totalidad de la información llegando a solo 101 personas con diagnóstico de esquizofrenia las cuales estaban ingresadas en el programa

de tratamiento en 15 establecimientos públicos los cuales fueron escogidos al azar de un total de 35 centros de atención ambulatoria de especialidad, en quienes, bajo el uso de un instrumento de recolección de información se consideró el grado de adherencia además se incluyeron en el instrumento las variables demográficas así como otras variables propias del estudio. De acuerdo a los resultados obtenidos se presenta que la adherencia al tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia en los centros públicos de Chile es de 58.4%, se muestra que el 70.3% de los casos corresponde a personas menores de 30 años, con un promedio de edad de 26.4 años, mediana de 23 años y moda de 15 años. Un 67.3% son del sexo masculino, del total el 92,1% son solteros/as y el 88.1% son personas aseguradas a algún sistema sanitario, el 57,4% presenta educación media y el 18.8% presenta o desarrolló estudios superiores de al menos nivel técnico o profesional. Menciona por último que el 97% de las personas evaluadas viven con algún familiar, padre, hijos, etc. Concluyen que, si bien no se pudo confirmar la hipótesis planteada donde señalaban que las personas con primer episodio de esquizofrenia presentan mayor adhesión al tratamiento, al menos poco más de la mitad (58,4%) presenta una alta adherencia, lo cual va asociado a mejores resultados en la evaluación del paciente a lo largo del tiempo. (4)

**Corrales Santizo, A.** nos menciona que el trastorno del ánimo (trastorno depresivo) es una alteración patológica del estado del ánimo con gran repercusión en el estado de salud y dado que la adherencia es el grado en que un paciente presenta un comportamiento dado hacia el tratamiento antidepresivo nos resalta que es importante conocer los elementos que permiten un buen apego al tratamiento respectivo, por ende realizó un estudio donde buscó determinar los factores que influyen en tener una buena adherencia hacia el tratamiento antidepresivo en pacientes del centro psiquiátrico Humanamente de Guatemala 2015, para ello compuso un trabajo de tipo descriptivo y transversal manejando 91 pacientes y/o sus

expedientes, dichos paciente tienen que tener al menos 18 años y menos de 65 años, y que no presenten alguna adicción comorbida. Se les aplicó una encuesta (instrumento). Los resultados que se mostraron son que el 86.8% de la población tenía alta adherencia al tratamiento. Específicamente usando el Test de Morisky se obtuvo un 94.5% de apego al tratamiento. De la población el 64.8% es de sexo femenino y la prevalencia de padecer trastorno antidepresivo para cada género es de 3% para los varones y 4 a 9% para las mujeres. Se demostró que el grupo de edad de 19 a 45 años es el 59.3% de la población total de pacientes, siendo la edad media de este estudio es de 42 años de edad. Evidencia que existe 7.2 veces más probabilidad de presentar menos adherencia al tratamiento los pacientes que tengan una menor edad. Los investigadores concluyen que el primer indicio de buen apego al tratamiento depende de la relación médico paciente, el tipo de medicamento a usar y la percepción de la eficacia del tratamiento, también mencionan que la edad (de 46 a 65 años) es un factor que influye de manera positiva en el apego al tratamiento; y que existe buen porcentaje de paciente que presentan adherencia al tratamiento antidepresivo. (8)

**Serrano, María J. et al.** Denotan que, en los trastornos depresivos, la falta de adherencia se asocia a un mal pronóstico, un aumento de recurrencias y persistencia de síntomas clínicos. Motivados por ello decidieron evaluar la adherencia terapéutica en pacientes depresivos en el nivel de atención primaria, para ello decidieron realizar un estudio observacional y longitudinal en pacientes con trastorno depresivo atendidos en 3 centros de salud de atención primaria de Mallorca en el año 2014. Se efectuaron 8 evaluaciones a lo largo de 6 meses a un total de 29 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Depresión Mayor. Se quiso determinar el grado de adherencia al tratamiento, analizar los datos sociodemográficos y perfiles clínicos que intervienen en la adherencia y observar la evolución de la sintomatología depresiva. Para ello se utilizaron diversos

cuestionarios dentro de ellos la de Morisky para adherencia al tratamiento. Los resultados que obtuvieron fue que el género femenino era el más predominante con 82,8%, de las cuales el 55,2% eran casadas y el 44,8% eran bachilleres o con estudios superiores, las cuales convivían en familia era el 69%. Se presentó una edad media de 47.5 años de todos los participantes. Principalmente el 72.4% de los pacientes presento buena adherencia terapéutica y un 27.6% eran pacientes no adherentes. No se presentaron diferencias significativas en las características socio demográficas de la muestra. Finalmente concluyen que la adherencia que se presentó en el estudio fue elevada e iba asociado a una mejoría del curso de la enfermedad depresiva. (9)

**Párraga Martínez, I. et al.** Mencionan que la elección optima de una medicación adecuada, a dosis y duración adecuada no es suficiente para lograr un buen resultado clínico, plantean que la falta de adherencia al tratamiento podría ser resultado de fatales eventos adversos o ausencia de respuesta terapéutica, esto, podría ocasionar repercusiones negativas en la evolución de la enfermedad causando un aumento de morbimortalidad. El equipo de investigación decidió por ello realizar un seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician consumo farmacológico en 3 áreas sanitarias de la ciudad de Castilla – La Mancha en el año 2014, por ende, realizaron un estudio observacional, longitudinal, multicéntrico y prospectivo con duración de 6 meses en donde participaron 15 consultas de atención primaria y 2 de salud mental. Trabajaron con un total de 185 pacientes mayores de 18 años los cuales iniciaron tratamiento antidepresivo. Tras 6 meses del inicio del tratamiento, el 46,9% (IC 95%: 36,5-57,3) mostró un apego inadecuado mediante el método de recuento de comprimidos, y el 28,6% (IC 95%: 19,1-38,0) con el cuestionario de Morisky-Green. A los 15 días la falta de adherencia fue del 48,5% (IC 95%: 40,6-56,4) y del 33,5% (IC 95%: 26,1-41,0), respectivamente. El 38,4% (IC 95%: 31,1-45,7) manifestó algún efecto secundario durante el

seguimiento. Mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox las variables relacionadas con incumplimiento fueron menor edad, nivel de instrucción inferior a enseñanza secundaria, prestación farmacéutica como pensionista, no recibir tratamiento psicoterápico, consumir menor número de fármacos no antidepresivos y frecuentación  $\leq 3$  visitas al médico de familia los 3 meses previos al inicio del estudio. Por ende, concluyen que el incumplimiento del tratamiento antidepresivo es elevado en atención primaria desde las primeras semanas tras iniciarlo. Constituyen factores condicionantes del mismo los relacionados con características sociodemográficas y con otras características de los pacientes como tipo de financiación de prestación farmacéutica y frecuentación a las consultas. (10)

**Ayelegne Gebehu, D. et al.** Habiendo notado que existe escases de estudios que evalúen la no adherencia al tratamiento y sus factores asociados en los pacientes con trastorno mental se motivaron a realizar un estudio de tipo transversal en el Hospital Felege Hiwot Referral, Bahir Dar, noroeste de Etiopía, África en el año 2017 en el cual plantearon determinar la magnitud de la falta de adherencia a la medicación y los factores asociados presentes en los pacientes con trastorno mental (esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo). Trabajaron con 409 pacientes calculados usando una fórmula de proporción y utilizaron la técnica de muestreo aleatorio sistemático para seleccionar a los participantes del estudio. Aplicaron el test de Morisky 8 ítems para medir la tasa de no adherencia. En sus resultados obtenidos se denota que alrededor de la mitad (50,7%) de los pacientes involucrados en el estudio eran hombres. La edad media fue de 33 años ( $\pm 12.16$ ). La mayoría (40.3%) se encontraba teniendo entre 25 a 34 años y además (81.4%) estaban solteros. De ahí partieron mencionando que la prevalencia general de la falta de adherencia a la medicación fue del 55,2% (95%, IC; 49,9%, 60,2%). Las probabilidades de desarrollar una falta de adherencia de la

medicación en el grupo de edad de (25–34) fueron 3.04 (AOR = 3.04 (IC del 95%: 1.27, 7.29) veces mayores en comparación con los participantes mayores de 45 años. La posibilidad de que los pacientes que tenían prescrito tomar más de 1 vez al día la medicina no tuvieran adherencia a la medicación fue 4.6 veces mayor (AOR = 4.60 (IC 95% 2.25, 9.43) en comparación con los que tomaron solo una vez al día. Finalmente llegaron por concluir que la falta de adherencia en pacientes con patología mental era alta y consideran que se debe prestar enfoque en el ámbito clínico. (11)

**Parto Cely, E. et al.** Nos mencionan que la prevalencia de no adherencia en el tratamiento de mantenimiento en el trastorno afectivo bipolar está en los rangos de 20% y un 60%, interviniendo diversos factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, y la relación con el personal tratante, asociándose a una mayor morbilidad, mortalidad y riesgo de reingresos hospitalarios. Por esa razón propusieron determinar la prevalencia y factores asociados a la no adherencia en tratamiento de mantenimiento de pacientes adultos con trastorno afectivo bipolar realizando un estudio de corte transversal donde incluyó 124 pacientes que asistieron por consultorio en los meses de noviembre y diciembre del 2014 de la Clínica en salud mental del Oriente de Yopal Casanare donde se aplicó un cuestionario conteniendo variables de factores asociados demográficos, relacionados al paciente, relacionados con la enfermedad, en relación con el tratamiento. Obtuvieron que la prevalencia de no adherencia fue del 29.8%, siendo en mayor proporción para las mujeres (64.9%) que para los hombres (35.1%) aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa ( $p=0.17$ ). Los factores asociados estadísticamente significativos fueron haber tenido un antecedente de no adherencia al tratamiento (38%,  $P=0.0001$ ), percepción negativa hacia el terapeuta (87%), no tener familiar que le recuerde tomar su medicina (73%). Terminan concluyendo que la prevalencia encontrada se mantiene

en el rango encontrado en otros estudios realizados donde también evalúan factores asociados. (12)

**Ibrahim, A.W. et al.** remarcan que para el tratamiento de las entidades psiquiátricas la farmacoterapia es la piedra angular y es por ello que la falta de adherencia a los medicamentos constituye un obstáculo importante para el resultado óptimo en su manejo. Decidieron efectuar un estudio transversal en el departamento de pacientes ambulatorios del Hospital federal neuropsiquiátrico Maiduguri, Estado de Borno, Nigeria, África en el año 2015 donde buscaron evaluar la prevalencia de los factores de no adherencia relacionados únicamente con la medicación con estos trastornos en un entorno de escasos recursos. El tamaño de muestra mínimo se calculó utilizando una prevalencia (del 34,2%) informada por Danladi por no adherencia entre pacientes con esquizofrenia, con un intervalo de confianza del 95% con un valor crítico correspondiente (Z) de 1.96 y grado de precisión de 0.05. Esto produjo un tamaño de muestra mínimo de 345 pacientes, pero para aumentar el poder del estudio, se entrevistaron a 380 pacientes al final. Los pacientes consistían en 190 de cada uno con el diagnóstico de esquizofrenia y trastornos bipolares respectivamente. Los sujetos fueron seleccionados al azar utilizando la tabla de números aleatorios durante sus respectivas visitas clínicas. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario anónimo y la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky de 8 ítems (MMAS-8). Acerca de los resultados que nos brindan menciona que la prevalencia general de no adherencia fue del 54,2% a su vez que las tasas para cada entidad fueron del 62,5% y del 45,8% para esquizofrenia y trastorno bipolar, respectivamente. Los factores asociados con mayor significancia para presentar no adherencia fueron: múltiple dosis (más de 3 veces al día) con 46% del total (OR=7.843, IC de 95%=4.537-13.557,  $P \leq 0.001$ ), presencia de efectos secundarios en el 63% (OR=6.823, IC del 95% = 3.900-11.937,  $p \leq 0.001$ ), costo de los medicamentos (gasta más de 1 dólar) con el 43%

(OR=4.009, IC 95%=2.555 a 6.921,  $p \leq 0.001$ ). Por lo tanto, este estudio recomienda el uso de pautas que fomenten la farmacoterapia racional basada en la monoterapia, consideren las prescripciones de dosis más bajas de rutina e integren la vigilancia de los efectos secundarios y la intervención temprana en la práctica clínica.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. HOSPITAL DE DIA DE SALUD MENTAL**

Debido a que en los últimos años se ha tratado de abordar al paciente psiquiátrico de una forma integral, puesto que no solo se trata de aliviar un síntoma. Es por ello que como recurso terapéutico para lograr estos objetivos existen los hospitales de día, que abordan a la persona de manera conjunta. (14)

El Hospital de día de Salud Mental es un punto de conexión (a corto o medio plazo) entre la hospitalización a tiempo completo y la asistencia ambulatoria, orientado al tratamiento de pacientes con alteraciones de salud mental grave que requieran un abordaje intensivo, empático, coordinado y multidisciplinario, en régimen de día y por un tiempo limitado, mediante la hospitalización a tiempo parcial. El contexto inmediato y la familia del paciente deben ser evaluados, apoyados y estimulados para hacerlos copartícipes del tratamiento del paciente. Permite, por tanto, un plan individualizado de tratamiento más flexible y menos restrictivo que en otros dispositivos sanitarios.(15) Todo ello pretende lograr atender de la forma más eficaz posible a los problemas que presentan los diferentes usuarios psiquiátricos, con un enfoque de trabajo en equipo y el incluir distintos tratamientos psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales) y psicofarmacológicos, ofreciendo tratamientos intensivos y con tiempo limitado, todo ello se realiza con un enfoque integral. (16)

## Indicaciones para admisión de hospital de día psiquiátrico:

### \*Esquizofrenias:

- En la crisis para prevenir ingresos
- Después de ellas para evitar la cronificación
- Pacientes en situación de retraimiento y aislamiento importante

### \* Trastornos de personalidad:

Indicado para tratar situaciones subagudas, es decir, pacientes de difícil manejo y/o tratamiento ambulatorio con conflictos crónicos. Además, que tengan una sobre utilización de los servicios de urgencias e ingresos repetitivos a hospitalización

### \* Trastornos de alimentación

Se considera tratar de implementar actividades que cubran las necesidades específicas de cada paciente. Las indicaciones son prevenir y evitar ingresos y cronificación

### \* Trastorno afectivos

- En su mayoría trastornos de depresión mayor o trastornos bipolares con mala respuesta a la terapéutica
- Contención en fases subagudas de trastornos bipolares
- Evolución hacia el deterioro de trastornos bipolares o unipolares

### \* Trastornos neuróticos graves

- Trastornos de pánico muy invalidantes
- Cuadros conversivos o disociativos graves
- Trastornos obsesivos compulsivos graves

\* Otros trastornos psicóticos y/o pacientes graves en los que no se precisaron un diagnóstico diferencial. (16)

### 2.2.2. HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

En el Perú no hay un sistema dedicado a la atención en salud mental, en donde se pueda lograr un alta precoz, el modelo de Hospital de Día tiene como objetivo acortar los tiempos de permanencia del paciente en un centro de salud, lo que significaría que el paciente no demande muchos servicios y horas las cuales podrían ser aprovechadas en otro aspecto. (15)

En el Hospital de Día del HHUT el esquema de trabajo es el siguiente:

- Primero el paciente cursa un período de hospitalización breve, el cual usualmente dura de 1 a 2 semanas, donde se logra su estabilización.
- A partir de acá, el paciente estable puede ser dado de alta con controles por consultorio externo o ser derivado hacia Hospital de Día por un período de entre 1 a 6 meses (independientemente de cada patología y/o caso) donde el paciente cumple terapias específicas sean psicológicas y farmacológicas de acuerdo a la medicación que le haya sido prescrita; además de intervención por enfermería, servicio social y área de nutrición. Durante este tiempo el paciente descansa en su casa, con su familia y asiste entre 05 y 10 horas para su atención.
- Algunos pacientes son derivados directamente desde consultorio externo sin necesidad previa de haber cursado con un periodo de hospitalización.

Durante la intervención en Hospital de Día se brinda atención a la familia para que sea un soporte importante en el proceso de recuperación del paciente. Tras este lapso de tiempo, el paciente queda en manos de su familia y solo vuelve al establecimiento para sus controles periódicos. Los problemas de salud mental más comunes que son tratados en el Hospital del Día son trastornos obsesivos compulsivos resistentes, trastornos afectivos, trastornos psicóticos y adicciones. Cabe mencionar que el paciente cuando es dado de alta de Hospital de día y salud mental del HHUT es derivado hacia consultorio externo con los respectivos controles o bien hacia alguno de los Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) de su jurisdicción pudiendo ser: CSMC Villa Tacna en Gregorio Albarracín o CSMC Valle Pocollay, o también a los puestos o centros de salud de procedencia del paciente. (17)

### 2.2.3. GRUPOS TERAPEUTICOS

#### 2.2.3.1. Trastornos Psicóticos

- Definición:

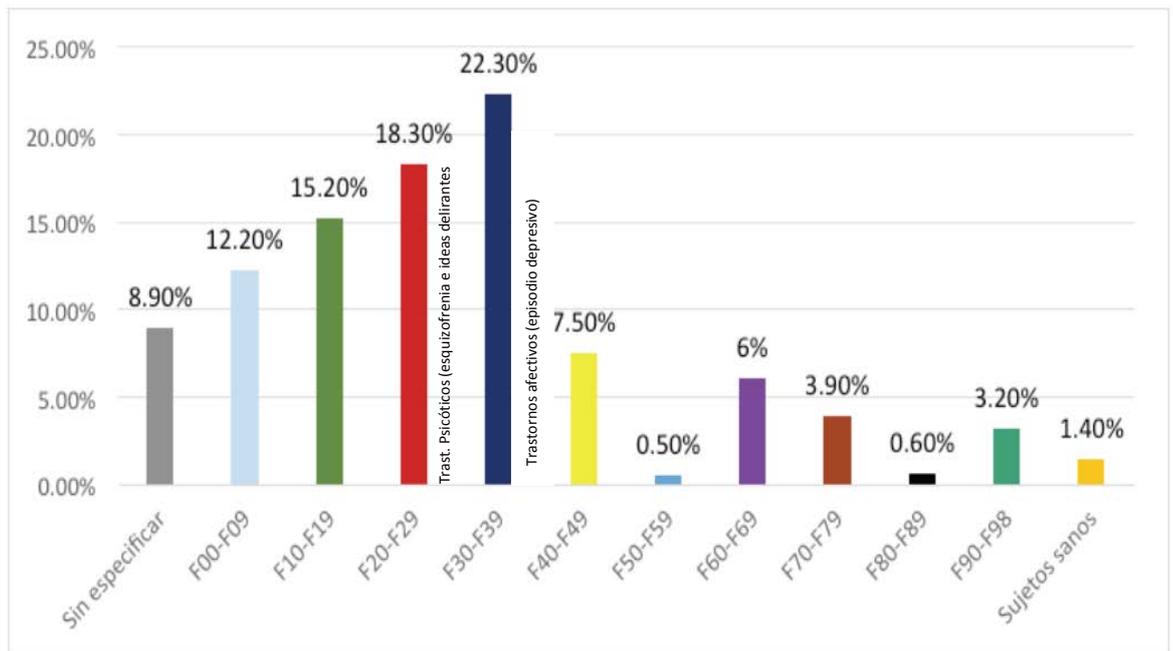
Este grupo puede considerarse muy diverso, en su mayoría de etiología desconocida, que difieren en sintomatología, evolución y resultado final, y cuyo diagnóstico yace básicamente en criterios clínicos (18). Las áreas más frecuentemente afectadas son la percepción, la cognición, el lenguaje, la memoria, la emoción, la volición y los comportamientos adaptativos. (19)

- **Epidemiología:**

Consta de entidades crónicas, incapacitantes, de altos costos económicos, usualmente con mal pronóstico y generadoras de incremento de la mortalidad. (20) Los trastornos psicóticos afectan a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchas otras entidades predominantes (como el episodio depresivo). (21) Se calcula que afecta al 3-4/1000 de la población mundial. (22).

Es más frecuente en varones que en mujeres. Además, el género masculino tiende a desarrollar un estado psicótico usualmente durante la juventud. Las personas con un estado psicótico tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de fallecer a una edad temprana respecto a la población en general, asociado a que suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. (21)

Un enfoque que representa la magnitud de los trastornos psicóticos (F20-F29 según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10) (23) en nuestro país durante los años 2011 a 2013 los han catalogado como segundo lugar en prevalencia con 18.30%, tan frecuente como los trastornos depresivos, (ver gráfico 1).



**Grafico1.** Prevalencia de entidades psiquiátricas entre el año 2011 – 2013, Arequipa. (24)

- Factores de riesgo:

El grupo etario que presentan este tipo de alteraciones con mayor frecuencia son los jóvenes y adultos. En la tabla 1 se describen algunas condiciones relacionadas con el desarrollo de trastornos psicóticos. (25)

**Tabla 1. Factores de riesgo para el desarrollo de delirio**

<input type="checkbox"/> Bajo nivel de educación.	<input type="checkbox"/> Cirugías abiertas.
<input type="checkbox"/> Edad avanzada.	<input type="checkbox"/> Cirugía de emergencia.
<input type="checkbox"/> Comorbilidad.	<input type="checkbox"/> Aumento del tiempo de duración de la cirugía.
<input type="checkbox"/> Alteración visual.	<input type="checkbox"/> Aumento del número de transfusiones.
<input type="checkbox"/> Depresión.	<input type="checkbox"/> Cirugía valvular y procedimientos que involucren bypass cardiopulmonar de forma prolongada.
<input type="checkbox"/> Historia de abuso de alcohol.	<input type="checkbox"/> Número de procedimientos.
<input type="checkbox"/> Severidad de la enfermedad médica.	<input type="checkbox"/> Comorbilidad cardiovascular (incluyendo diabetes).
<input type="checkbox"/> Malnutrición.	<input type="checkbox"/> Sexo masculino.
<input type="checkbox"/> Uso de opioides en casa.	<input type="checkbox"/> Tabaquismo.
<input type="checkbox"/> Uso de benzodiacepinas.	<input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño.
<input type="checkbox"/> Demencia.	<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular.
<input type="checkbox"/> Alteración de la funcionalidad.	<input type="checkbox"/> Disfunción renal.
<input type="checkbox"/> Alteraciones auditivas.	<input type="checkbox"/> Obesidad.
<input type="checkbox"/> Antecedente de accidentes cerebrovasculares y/o crisis convulsivas.	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca.
<input type="checkbox"/> Frecuencia respiratoria > 20 veces/min.	<input type="checkbox"/> Ingreso postoperatorio a la UCI.
<input type="checkbox"/> Diagnostico de infección del tracto urinario y hemorragia intracraneal.	<input type="checkbox"/> Exposición a opioides.
<input type="checkbox"/> Cirugías procedentes de los servicios de otorrino laringología, cirugía general y cardiovascular.	

**Fuente:** Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW; 2012. (6)

**Tabla 1.** Factores de riesgo para el desarrollo de trastorno psicóticos. (26)

▪ Tipos y Criterios diagnóstico:

Las clasificaciones de estas entidades junto con las pautas para lograr el diagnóstico están basadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 abarcadas por el código F20 – F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Se mencionarán los más relevantes. (23)

a) Esquizofrenia:

Se caracteriza por alteraciones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. (27)

En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. (23)

Al inicio puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres. (23)

Aunque, no se han identificado síntomas patognomónicos, existen criterios generales para la esquizofrenia. Estos criterios se aplican a todos los trastornos F20 en el momento del diagnóstico.

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días)

1. Por lo menos uno de los siguientes:

a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.

b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.

c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces que proceden de otra parte del cuerpo.

d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

2. O al menos dos de los siguientes:

a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente. (27)

b) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado e incoherente.

c) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.

d) Síntomas "negativos" como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social).

e) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social. (27)

G2. Criterios de exclusión más usados:

1. Si el paciente también cumple criterios de un episodio maníaco (F30.) o de un episodio depresivo (F32.), los criterios enumerados arriba en G1.1 y G1.2 deben satisfacerse antes del desarrollo del trastorno del humor.

2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral (en el sentido en que se especifica en F00-F09), o a intoxicación (Flx.O), dependencia (Flx.2) o abstinencia (Flx.3 y Flx.4) de alcohol u otras drogas.

Al evaluar la presencia de este tipo de conductas anómalas se debe tener especial cuidado para evitar falsos-positivos, especialmente cuando estén implicadas formas de expresión y comportamiento influenciadas por la cultura o la subcultura, o un nivel de inteligencia por debajo de la media. (23)

b) Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizado por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como el desarrollo de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos, sin pruebas de una causa orgánica. A menudo hay perplejidad y desconcierto, pero la desorientación en tiempo, lugar y persona no son lo suficientemente persistentes o graves para justificar un diagnóstico. Habitualmente se produce una recuperación completa en pocos meses, a menudo en pocas semanas e incluso días. El trastorno puede o no asociarse con estrés agudo, que se define como la presencia de acontecimientos estresantes habituales que preceden una o dos semanas al inicio del cuadro. (23)

- Pautas para el diagnóstico:
  - Ninguno de los trastornos de este grupo satisface las pautas de un episodio maníaco (F30.-) o depresivo (F32.-), aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan estar de vez en cuando en primer plano.
  - Ausencia de una causa orgánica, tal como de conmoción cerebral, delirium o demencia. A menudo se observa perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata, pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica, el diagnóstico debe ser pospuesto hasta que la exploración o la evolución hayan aclarado este punto.
  - Las pautas temporales (tanto en lo que se refiere a las dos semanas como a las 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a plazos en los cuales los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria y del trabajo. El apogeo del trastorno puede tener lugar en ambos casos más tarde. Los síntomas y las alteraciones deben de ser obvios sólo en los plazos citados, en el sentido de que normalmente habrán llevado al individuo a buscar algún tipo de ayuda o de intervención médica. (23)

- Tratamiento:

La intervención debe contener una vigilancia permanente. En general, una recomendación es empezar solo con acciones psicoterapéuticas, de preferencia cognitivo-conductuales. En caso el uso de psicofármacos sea inevitable (por ejemplo: en caso los síntomas sean tan severos que interfieran con la terapia), se debe preferir el uso de antipsicóticos a bajas dosis. (28)

Diversas formas de intervención farmacológica han demostrado su poder en la prevención de la aparición de cuadros psicóticos, podemos enumerar las siguientes:

- a) Antipsicóticos Típicos

Son medicamentos utilizados para el tratamiento de las diversas formas de esquizofrenia, así como en la manía y cuadros de agitación entre otros. Se caracterizan por ser antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos, aunque también actúan sobre receptores de otros neurotransmisores (adrenérgicos, muscarínicos, serotoninérgicos, etc.). Los fármacos más potentes (Haloperidol y Flufenazina), tienen un riesgo alto de efectos secundarios extrapiramidales, moderado de sedación y bajo efecto anticolinérgico (boca seca, constipación, visión borrosa) y antiadrenérgica (hipotensión arterial). Los fármacos de baja potencia (Clorpromacina y Tioridacina), tienen menos riesgo de efecto secundario extrapiramidal y alto de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos y antiadrenérgicos. (5)

#### b) Antipsicóticos Atípicos

Actualmente usados como primera línea en el tratamiento de las psicosis. Actúan tanto en los síntomas positivos como en los negativos, se caracterizan por tener una baja incidencia de extrapiramidalismo y presentan menos efectos secundarios (el más relevante lo constituye el síndrome metabólico: obesidad, aumento de los triglicéridos, colesterol, tensión arterial y glucosa en sangre). (5)

En este grupo se encuentran: Paliperidona, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol, Ziprasidona, Amisulpiride y Clozapina. Dentro de este grupo encontramos antipsicóticos inyectables de liberación prolongada de administración vía intramuscular de forma mensual (Palmitato de Paliperidona y el Aripiprazol parenteral), o cada 2 semanas (Risperidona inyectable de larga duración y el Pamoato de Olanzapina) Así facilitamos el cumplimiento terapéutico (evitando posibles recaídas) y consiguiendo niveles plasmáticos más estables. (29) (30)

#### 2.2.3.2. Trastornos Afectivos

- Definición:

Los trastornos del estado de ánimo (del humor afectivo) constituyen un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas que abarcan el espectro afectivo; es una alteración del humor o de la afectividad. Son trastornos del estado de ánimo cuando el estado emocional general está deformado o no va acorde con las circunstancias e interfiere en la capacidad para realizar tus

funciones cotidianas; por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no ansiedad) o en el de la euforia. (manía)”. (31)

- **Epidemiología:**

A nivel mundial la población más afectada se encuentra entre la tercera y cuarta década de la vida la cual se va incrementado considerablemente, incluso en los países de bajos ingresos (32). La Organización Mundial de la Salud señala que los trastornos afectivos son una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas (33)

El trastorno depresivo abarca la mayor parte cuando se habla de alteración del humor. En Estados Unidos, una revisión de estudios a gran escala señaló una variación en la prevalencia de depresión de 1 a 5%. En Sudáfrica a nivel nacional, se encontró una prevalencia de 4%. En Sudamérica, la prevalencia de depresión parece ser más alta, por ejemplo, en Colombia, un estudio a nivel nacional encontró una prevalencia global de 9,5%. En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental reportó en 2002 una prevalencia actual de 9,8%. Una réplica de este estudio en 2012 arrojó una prevalencia de 3,8%. (32)

- **Factores de riesgo:**

Influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de explicar el inicio de un trastorno afectivo, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefronta. También se ha postulado, a neuronas con alteración de su metabolismo y tamaño, acción de las monoaminas y otros neurotransmisores, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación. La etiología vascular parece relacionarse con la depresión tardía. (33)

Resulta fundamental identificar y definir para quiénes van a ser apropiada la intervención preventiva. Ello supone seleccionar exactamente grupos de alto riesgo los cuales se muestran en la tabla 2.

<ul style="list-style-type: none"><li>- Ser mujer</li><li>- Edad entre 18 y 44 años</li><li>- Clase social baja</li><li>- Separado/divorciado</li><li>- Presencia de acontecimientos vitales</li><li>- Presencia de factores crónicos estresantes</li><li>- Ausencia de apoyo social</li><li>- Ausencia de estrategias apropiadas de afrontamiento</li><li>- Historia de abuso sexual</li><li>- Trauma físico</li><li>- Antecedentes familiares de depresión</li><li>- Estrés crónico o ansiedad</li><li>- Otro trastorno psiquiátrico</li></ul>
--

**Tabla 2.** Factores de riesgo para desarrollar Depresión. (34)

En un estudio realizado por ENDES 2014-2015 en Perú se demuestra que El 55,6% de la población adulta mayor fueron mujeres; el 30% tuvieron 75 o más años de edad; el 21% no tuvieron instrucción alguna; el 45% viven sin pareja; el 32,7% no eran jefes de familia; el 32,5% residen en el área rural; el 44,9% eran pobres y el 10,6% tuvo algún tipo de discapacidad. Ver tabla 3.

Variables socio-demográficas	Total		ENDES 2014		ENDES 2015	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
<b>Sexo</b>						
Mujer	6339	55,6	2864	54,6	3475	56,4
Hombre	5072	44,4	2384	45,4	2688	43,6
<b>Edad</b>						
60 a 74 años	7991	70,0	3591	70,8	4400	69,4
75 a 84 años	2692	23,6	1175	23,2	1517	23,9
85 y más años	728	6,4	306	6,0	422	6,7
<b>Educación</b>						
Sin educación	2396	21,0	370	7,3	2026	32,0
Primaria	4935	43,2	2519	49,8	2416	38,1
Secundaria	2285	20,0	1169	23,1	1116	17,6
Superior	1781	15,6	1002	19,8	780	12,3
<b>Contar con pareja/1</b>						
Con pareja	6274	55,0	2830	53,9	3444	55,9
Sin pareja	5137	45,0	2418	46,1	2719	44,1
<b>Jefe de familia</b>						
Es jefe de familia	7682	67,3	3600	68,6	4082	66,2
No es jefe de familia	3729	32,7	1648	31,4	2081	33,8
<b>Lugar de residencia</b>						
Urbana	7706	67,5	3454	65,8	4252	69,0
Rural	3704	32,5	1794	34,2	1910	31,0

**Tabla 3.** Valores socio demográficos de la población ENDES 2014-2015.  
(32)

- **Clasificación y criterios diagnósticos:**  
Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, abarcadas por el código F30 – F30: Trastornos del humor (afectivos). Se mencionarán los más relevantes. (23)
  - a) **Episodio depresivo:**  
Se caracteriza por sentimientos de extrema tristeza y desesperanza. Si tiene depresión, puede experimentar episodios que duran varios días o incluso semanas.

El enfermo sufre una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. (32)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. (23)

b) Trastorno Bipolar

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad pre mórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar. (23)

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. (23)

▪ Tratamiento:

Cuando precisa tratamiento, esta se podría realizar solo con fármacos, solo psicoterapia o una combinación de ambas. Usualmente se considera que la mejor opción es una combinación de ambas. El inconveniente viene al momento de objetivar la eficacia del tratamiento psicológico ya que es más fácil controlar la eficacia de un medicamento.

Psicoterapia de apoyo:

Busca ayudar al paciente a lograr mejor nivel funcional posible, trata de dar un soporte emocional y conseguir la mayor colaboración del paciente hacia el tratamiento.

Casi siempre se requiere de un largo plazo de tratamiento, de pocos a varios meses o años.

Tratamiento farmacológico:

Desde que se introdujeron los fármacos antidepresivos hace muchos años, ha habido muchas mejoras en la evolución de los pacientes de este orden. Se considera que los fármacos son eficaces en 60 a 80%. Es necesario que se conozca que los fármacos tienen un tiempo en que se inicia su toma y entre lo que inicia su efecto notorio (latencia de respuesta) y puede variar por algunos meses. Es donde el paciente suele no notar una mejora inmediata pudiendo añadir frustración. Por lo tanto, se considerará ineficaz a un medicamento cuando haya sido probado durante 4 a 6 semanas a dosis adecuadas y con buen cumplimiento; en ese caso la posición será sustituir el medicamento o bien realizar una combinación de fármacos. (35)

Los tipos y las dosis de medicamentos se recetan según los síntomas en particular. Ya sea que padezcas un trastorno en particular:

- Estabilizadores del estado de ánimo:

Se suelen usar a fin de controlar los episodios de manía o de hipomanía (una forma menos grave de manía).

Los ejemplos de estabilizadores del estado de ánimo comprenden el litio, el ácido valproico, el divalproato sódico, la carbamazepina y la lamotrigina. (36)

- Antipsicóticos:

El proveedor de atención psiquiátrica puede agregar un medicamento antipsicótico, como Olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona, lurasidona, cariprazina o asenapina.

- Antidepresivos:

Con el fin de ayudar a controlar la depresión, el proveedor puede añadir un antidepresivo u otro de los medicamentos usados para tratar el trastorno bipolar que tiene efectos antidepresivos. Debido a que un antidepresivo a veces puede provocar un episodio maníaco, en el trastorno bipolar, se debe recetar el antidepresivo junto con un estabilizador del estado de ánimo o con un antipsicótico. (36)

### 2.2.3.3. Trastorno Obsesivo Compulsivo

- Definición:

El Trastorno obsesivo compulsivo, conocido como TOC, se considera una de las enfermedades más complicadas, con difícil diagnóstico, manejo y comorbilidades. La característica principal de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo). Suelen ser siempre desagradables (porque su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos. Son, sin embargo, percibidos como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos. Los actos o rituales

compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. (37)

- Epidemiología:

El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta de 2 a 4% en niños y adolescentes, y entre 2 y 3% en adultos. La edad media de inicio se aproxima a los 20 años, sin embargo, se estima que un 50% de estos adultos inician con síntomas a los 11 años. (38)

- Factores de riesgo:

Los factores que aumentan el riesgo de padecer o detonar el trastorno obsesivo compulsivo incluyen los siguientes:

Antecedentes familiares:

Tener padres u otros familiares con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollarlo. (39)

Acontecimientos estresantes de la vida:

Si has experimentado eventos traumáticos o estresantes, el riesgo puede ser mayor. Esta reacción puede, por algún motivo, desencadenar los pensamientos intrusivos, los rituales y la angustia emocional característica del trastorno.

Otros trastornos de salud mental:

El trastorno obsesivo compulsivo puede estar relacionado con otros trastornos de salud mental, como el trastorno

de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de tic. (39)

▪ Criterios diagnósticos y dimensiones:

Se han realizado múltiples estudios donde se agrupan los síntomas del TOC, como la Lista de Chequeo de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de la Escala de “Yale-Brown” en la cual se han descrito 4 dimensiones para el TOC:

- a) Simetría/ orden
- b) Contaminación/lavado
- c) Acumulación
- d) Sexual/religiosa/agresión.

A continuación, presentamos los criterios de diagnóstico según la CIE10. (40)

Las obsesiones se definen según los dos aspectos siguientes:

- Pensamientos, impulsos o imágenes mentales que se repiten constantemente. Estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales son indeseados y causan mucha ansiedad o estrés.
- La persona que tiene estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales trata de ignorarlos o de hacer que desaparezcan.

Las compulsiones se definen según los dos aspectos siguientes:

- Conductas (por ejemplo, lavarse las manos, colocar cosas en un orden específico o revisar algo una y otra vez como cuando se verifica constantemente si una puerta está cerrada) o pensamientos (por ejemplo, rezar, contar números o repetir palabras en silencio) que se repiten una y otra vez o según ciertas reglas que se deben seguir estrictamente para que la obsesión desaparezca.

- La persona siente que el propósito de estas conductas o pensamientos es prevenir o reducir la angustia, o evitar una situación o acontecimiento temido. Sin embargo, estas conductas o pensamientos no tienen relación con la realidad o son claramente exagerados. (42)

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos. Los síntomas obsesivos deben tener las características siguientes:

- a) Son reconocidos como pensamientos o impulsos propios.
- b) Se presenta una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista.
- c) La idea o la realización del acto no deben ser en sí mismas placenteras (el simple alivio de la tensión o ansiedad no debe considerarse placentero en este sentido).
- d) Los pensamientos, imágenes o impulsos deben ser reiterados y molestos. (23)

▪ Tratamiento:

El tratamiento como en cualquier entidad psiquiátrica es integral, pero predomina el farmacológico; se basa en la utilización de antidepresivos cuyo mecanismo de acción incluya la inhibición de la recaptura de serotonina (IRS), ya que este grupo de medicamentos ha mostrado eficacia en el tratamiento a corto y largo plazo. (42)

1. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina
2. Clomipramina
3. Otros: venlafaxina, buspirona, clonazepam, entre otros

También se brinda tratamiento de terapia conductual y/o psicoterapia con los cuales se basa en la exposición y la prevención de la respuesta. (42)

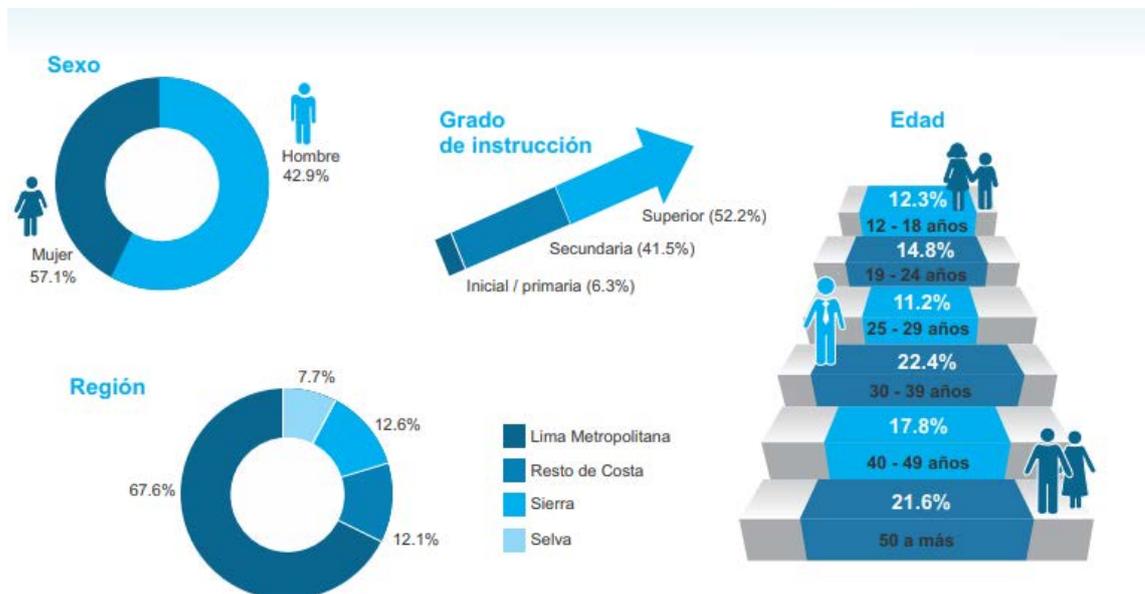
#### 2.2.3.4. Adicciones

- **Definición:**

La adicción a las sustancias tóxicas o drogas, es una enfermedad que afecta el cerebro y el comportamiento de una persona, y produce incapacidad de controlar el consumo de medicamentos o drogas legales o ilegales (sustancias como el alcohol, la marihuana y la nicotina también se consideran drogas), continuas consumiendo la sustancia a pesar del daño que causa. Puede empezar con el consumo experimental de una sustancia en situaciones sociales y, en algunas personas, el consumo se vuelve más frecuente. El riesgo de adicción y la rapidez con que te vuelves adicto varían según la droga o sustancia. (43)

- **Epidemiología:**

Se ha realizado un estudio en la población peruana en el año 2017 con apoyo del INEI, con el objetivo de catalogar la situación e impacto del consumo de sustancias tóxicas. Para ello se obtuvieron los siguientes resultados. (Gráfico 2)



**Grafico 2.** Descripción de la población (45)

### Panorama General

- Como panorama general se menciona que En el Perú las drogas más consumidas son las legales (alcohol y tabaco), mayor en varones que en mujeres.
- Y La droga ilegal más consumida es la marihuana; seguida por la PBC y la cocaína, igualmente, mayor en hombres que en mujeres. (44)

### PREVALENCIA DE VIDA DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN EL PERÚ (2017)

CARACTERÍSTICAS	ALCOHOL [%]	TABACO [%]	MARIHUANA [%]	PBC [%]	COCAÍNA [%]	COCAÍNICAS [%]
<b>Sexo</b>						
Hombre	81.8	62.8	15.5	4.1	3.2	5.9
Mujer	77.2	44.7	2.6	0.4	0.4	0.7
<b>Edad</b>						
12 a 18 años	46.6	20.2	2.7	0.2	0.3	0.5
19 a 24 años	83.3	49.3	10.6	1.2	1.4	1.9
25 a 29 años	82.3	61.0	10.4	2.0	1.9	3.6
30 a 39 años	85.3	56.5	9.6	1.9	2.0	3.1
40 a 49 años	84.4	59.7	9.2	3.0	3.0	4.9
50 a más	82.7	58.6	5.9	2.8	1.0	3.0
<b>Nivel Educativo</b>						
Inicial, primaria	68.8	34.4	3.2	1.9	1.6	2.1
Secundaria	73.2	46.1	7.5	2.2	1.2	2.8
Superior	85.1	59.7	9.2	1.8	2.0	3.2
<b>Región</b>						
Lima Metropolitana	80.6	53.8	8.2	2.0	1.9	3.1
Provincias	76.2	49.8	7.9	2.1	1.2	2.6
Resto costa	73.5	45.3	6.3	2.9	1.3	3.2
Sierra	77.9	56.0	10.4	1.3	1.2	2.1
Selva	77.4	46.8	6.5	2.1	1.0	2.5
<b>Estrato socioeconómico</b>						
Bajo	79.5	45.5	6.5	2.3	1.3	2.6
Medio	79.0	54.2	8.3	1.8	1.8	3.1
Alto	79.3	55.8	9.4	2.2	1.6	3.0
<b>Total</b>	<b>79.2</b>	<b>52.5</b>	<b>8.1</b>	<b>2.0</b>	<b>1.6</b>	<b>3.0</b>

**Gráfico 3.** Prevalencia de vida de drogas legales e ilegales en el Perú 2017 (44)

- Factores de riesgo:
  - Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento, se presentan los siguientes:
  - Los factores de riesgo de la comunidad: son las transiciones y la movilidad personal y en la comunidad, la desorganización comunitaria, el escaso apego al vecindario, las leyes y normas favorables al consumo de drogas, y la disponibilidad percibida de drogas y armas.

- Los factores de la familia: son el conflicto familiar, las actitudes de los padres favorables a la conducta antisocial y al consumo de drogas, así como la escasa disciplina y supervisión.
- Los factores escolares: son el fracaso escolar y el escaso compromiso con la escuela. (45)

▪ Clasificación:

La adicción es una enfermedad única y presenta cuatro tipos:

1. Química.

- Sustancias legales: alcohol, nicotina, psicofármacos, ketamina, cafeína.
- Sustancias ilegales: pasta básica de cocaína (PBC), cocaína, crack, marihuana, opio, heroína, éxtasis, gammahidroxibutirato (GHB), dietilamida de ácido lisérgico (LSD).
- Sustancias industriales: inhalables (solventes, pegamentos, combustibles).
- Sustancias folklóricas: San Pedro, ayahuasca, floripondio. (46)

2. Conectiva: videojuegos, redes sociales y navegación en Internet.

3. Lúdica: juego de apuestas o de azar: casinos, tragamonedas, máquinas chinas, bingo, hípica, billar.

4. Social: teledicción, velocidad (vehículos), música estridente, trabajo, poder, pareja, sexo, dinero y actividades de alto riesgo (46)

▪ Diagnostico:

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La identificación de la sustancia psicoactiva debe hacerse con todas las fuentes de información posibles. Esto incluye la información que aporta el propio paciente, análisis de sangre y de otros fluidos corporales, características físicas y síntomas psicológicos, signos clínicos y comportamiento, y otros datos como la posesión de sustancias del paciente o información aportada por terceras personas. Muchos adictos a sustancias psicoactivas consumen más de una sustancia. Cuando sea posible, el diagnóstico principal debe realizarse de acuerdo con la sustancia o tipo de sustancia que haya causado o haya contribuido más al síndrome clínico que presenta el paciente. (23)

▪ Tratamiento:

Aunque no existe ninguna cura para la adicción a las drogas, las opciones de tratamiento que se explican a continuación pueden ayudar a superar una adicción. El tratamiento a recibir dependerá de las drogas que consumas y de los trastornos mentales o médicos relacionados que puedas tener. El seguimiento a largo plazo es importante para prevenir recaídas. (48)

## Desintoxicación

El objetivo de la desintoxicación, también llamada “eliminación de toxinas o tratamiento de abstinencia”, es permitir suspender el consumo de la sustancia causal de adicción de la forma más rápida y segura posible. Para algunos, puede ser seguro someterse al tratamiento de abstinencia de manera ambulatoria. Otros pueden necesitar la admisión a un hospital. La abstinencia de distintas categorías de drogas, como antidepresivos, estimulantes u opioides, produce efectos secundarios diferentes y requiere enfoques diferentes. La desintoxicación puede consistir en la reducción gradual de la dosis de la droga o el reemplazo temporal por otras sustancias, como metadona, buprenorfina o una combinación de buprenorfina y naloxona. (49)

## Terapia conductual

Como parte de un programa de tratamiento para la drogadicción, puedes realizar terapia conductual (psicoterapia). La terapia y el asesoramiento psicológico pueden ser individuales, grupales o familiares. El terapeuta o consejero puede:

- Ayudarte a adquirir formas de enfrentar tu compulsión a las drogas
- Sugerir estrategias para evitar las drogas y prevenir recaídas
- Ofrecer sugerencias sobre cómo tratar una recaída, si es que ocurre
- Hablar sobre temas relativos a tu trabajo, tus problemas legales y tus relaciones con familia y amigos

- Incluir a familiares para ayudarlos a adquirir mejores habilidades de comunicación y brindarte apoyo
- Abordar otros trastornos de salud mental

#### Grupos de autoayuda

Muchos grupos de autoayuda, si bien no todos, usan el modelo de 12 pasos desarrollado por Alcohólicos Anónimos. Los grupos de autoayuda, como Narcóticos Anónimos, ayudan a las personas que son adictas a las drogas.

### 2.2.4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

#### 2.2.4.1 Definición de adherencia:

La Organización Mundial de la salud define como adherencia a un tratamiento al cumplimiento de todo el protocolo de atención; es decir, tomar la medicación de acuerdo a la dosis y frecuencia indicada. Además, la OMS añade que la adherencia hace también referencia al grado en que el comportamiento de un paciente se corresponda con las pautas y recomendaciones que el personal asistencial le brindó; ello en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida. (50)

#### 2.2.4.2 Importancia de la adherencia y su problemática:

La adherencia al tratamiento representa un problema de salud pública, y para la OMS, las intervenciones para erradicar las barreras hacia la buena adherencia terapéutica deben centrarse en su totalidad para lograr una mejora en la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar. El problema de la adherencia al tratamiento afecta a todos los agentes del sistema sanitario:  
(5)

- Al paciente: que presenta un desconocimiento de su enfermedad y por ende tendrá dificultad para entender las pautas, además de miedo a los posibles efectos adversos, o sentir bajas expectativas; y así una escasa implicación en la toma de decisiones sobre su salud.
- Al profesional sanitario: la dificultad para acomodar el tratamiento a la realidad y necesidades del paciente, además de contar con escaso tiempo para quienes acuden a la consulta.
- Al sistema sanitario: el cual no permite favorecer al paciente la información, el tiempo y calidad adecuada para promover la adherencia.
- Al tratamiento: debido a que usualmente presenta la dificultad de que se brinden varios medicamentos, terapias prolongadas o fracasos previos. Causando que el paciente no siga las pautas brindadas.

#### 2.2.4.1 Factores que influyen en la adherencia del paciente psiquiátrico:

En algunos casos los propios pacientes identifican diversos aspectos que les dificultan adherirse al tratamiento indicado. Entre estos señalan a la duración de los tratamientos debido a que la gran mayoría consisten en regímenes de larga duración. También hay que considerar que muchos tratamientos traen consigo efectos secundarios molestos e incómodos. También identifican aquí la estigmatización a la que se ven sometidos los pacientes psiquiátricos por el hecho de presentar una enfermedad mental, en un mundo donde “no está normalizado” puesto que: para muchos resulta algo alarmante que alguien tome un fármaco antipsicótico, pero ve con total normalidad alguien que es usuario de una terapia anticoagulante. (51)

Hay múltiples factores de riesgo que pueden ser fuertes indicativos de que surja una pobre adherencia al tratamiento, entre estos se encuentran los siguientes: (52)

- Factor económico:

Influye directamente en el cumplimiento de las dosis del tratamiento, duración de la terapia y modificación de dosis del tratamiento. (3.6 veces más riesgo de modificar dosis o duración de la terapia aquellos con ingresos medio-bajo que aquellos con ingresos altos). (53)

- Relación médico paciente

La satisfacción del paciente con el personal asistencial se denota como un factor que puede potenciar la adhesión. Los principales componentes que son

determinantes de la satisfacción del paciente son una buena comunicación y mantener una relación respetuosa y cordial, mostrar interés en su mejora acerca de su enfermedad. Dentro del concepto de relación médico paciente, la comunicación va relacionada con la educación del paciente sobre su enfermedad. (54)

- Apoyo familiar

El apoyo de la familia es el apoyo más cercano del paciente. La cohesión familiar, el compartir valores similares influyen en el paciente, así como en la adherencia a los tratamientos médicos. (55)

- Percepción sobre el medicamento

El de mayor influencia sobre la probabilidad de adhesión puesto que, los medicamentos se asocian a barreras cognitivas entre las que se encuentran las creencias sobre su modo de acción, grado de efectividad y temores a los efectos adversos, especialmente a la dependencia. También se asocian a barreras prácticas entre las que se encuentra el número efectivo y la intensidad de efectos adversos que se presenten con el medicamento. (55)

## 2.2.5. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS

### 2.2.5.1. Factores Biológicos del Paciente:

- **Edad:** La edad está estrictamente relacionada con las características del comportamiento de las personas, es así que los adultos se caracterizan por que en ellos las actividades físicas e intelectuales han alcanzado su máximo esplendor. Psicológicamente es la edad realista en la cual la persona se comporta con todo el sentido común requerido para tomar decisiones.
- **Sexo:** Nos mencionan que el sexo femenino presenta una mejor adherencia en comparación con el sexo masculino, aunque este resultado no ha sido uniforme para todos los estudios. “Las mujeres han citado el estrés por el cuidado infantil como relacionado con las dosis perdidas”. (56)

### 2.2.5.2. Factores Socio Culturales del Paciente:

- **Grado de Instrucción:** En el sistema educativo formal, se diferencian 3 niveles. La adherencia es al parecer más difícil para los pacientes con grados inferiores de educación y alfabetismo.
- **Soporte Socio Familiar:** El apoyo de amigos y en especial de familiares juegan un papel importante en el control de una enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento.

- **Domicilio Actual:** Se trata de la residencia en que la persona tiene el ánimo real o presunto de habitar. Como factor influye, dado que el tratamiento es de por vida, existen zonas alejadas y por ende muchas personas no pueden recibir el tratamiento completo. Esto puede algunas veces tornarse dificultoso para los pacientes. (56)

#### 2.2.5.3. Factores Psicológicos del Paciente:

La desesperanza y los sentimientos negativos pueden reducir la motivación para cuidarse a uno mismo y también pueden influir sobre la capacidad para seguir instrucciones complejas. (57)

#### 2.2.5.4. Factores Económicos del Paciente:

- **Ocupación:** La ocupación se define como la forma en que la que la población obtiene una remuneración para su subsistencia, la cual puede influir en la adherencia.
- **Situación Económica:** Uno de los factores específicos e importantes para la satisfacción del empleado, es el salario ya que de acuerdo a la cantidad de dinero que percibe, tiene la posibilidad de adquirir y disfrutar en mayor o menor grado diversos bienes y servicios. (56)

#### 2.2.5.5. Factores que Influyen en el Régimen Terapéutico:

- **Cantidad de Fármacos, Frecuencia de Administración:** En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de su administración en el día.

- **Reacción Adversa Medicamentosa:** Los pacientes interrumpen rápidamente el tratamiento o solicitar modificaciones de la medicación si presentan efectos colaterales. Ya sean reales o percibidos, los efectos colaterales explican más cambio del régimen que el fracaso del tratamiento. (57)
- **Requisitos Alimentarios del Paciente:** Al elegir los regímenes apropiados, deben examinarse los hábitos alimenticios del paciente y tratarse los requisitos alimentarios específicos del régimen para que el paciente comprenda lo que se requiere antes de buscar que acepte tales restricciones. Los regímenes que exigen un estomago vacío varias veces al día pueden ser difíciles para los pacientes.

#### 2.2.5.6. Factores que Influyen en la Calidad de Atención de Salud:

Los profesionales con mayor experiencia y capacitación que le dedican más tiempo a la consulta, capaces de establecer lazos de confianza con sus pacientes, que pueden ofrecer continuidad en la asistencia y facilidades para ser contactados, obtienen mejores resultados en la adherencia. La calidad en la atención y la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia.

- **Confianza:** La confianza entre el equipo asistencial y el paciente debe darse en un entorno agradable. Por ende, el apoyo emocional y la demostración de confianza por parte del equipo de salud para con los pacientes es de vital importancia para que lleguen a comprender que no han

perdido su condición de seres sociales, sino que deben plantearse una nueva forma de integrarse a la sociedad y reorganizar sus vidas.

- Continuidad: La continuidad de la atención se caracteriza por un contacto regular con los proveedores del cuidado. No son recomendables los cambios de profesionales que puedan alterar la confianza establecida entre el equipo terapéutico y el paciente.
- Accesibilidad: La asistencia debe ser próxima y sobretodo, accesible; es decir debe facilitar la resolución inmediata de la de las incidencias relacionadas con el tratamiento.
- Flexibilidad: Se refiere a que el personal prestador de salud brinde facilidades según la situación propia de cada enfermo. (57)

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

Existen factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que acuden al hospital de día en salud mental y adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### **3.2. VARIABLES**

##### **3.2.1. Variable Dependiente**

- Adherencia al Tratamiento con Psicofármacos.

##### **3.2.2. Variables Independientes**

- Factores biológicos, socioculturales, económicos, relacionados al régimen terapéutico y al equipo asistencial.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Adherencia Terapéutica según Escala de Morisky</b>	Toma / ingesta adecuada de medicamentos	Alta adherencia	Nominal Cualitativa
		Regular adherencia	Nominal Cualitativa
		Baja adherencia	Nominal Cualitativa

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>ESCALA</b>
<b>FACTORES BIOLÓGICOS</b>			
Sexo	Género	Femenino	Nominal Cualitativa
		Masculino	
Edad	Fecha de nacimiento	Adulto Joven (18-29 años)	
		Adulto (30-49 años)	
		Adulto Maduro (50 a más años)	
<b>FACTORES SOCIOCULTURALES</b>			
Accesibilidad	Distrito	Tacna	Nominal Cualitativa
		Alto de la Alianza	
		Ciudad Nueva	
		Gregorio Albarracín	
		Pocollay	
		Calana	
		Pachía	
		Yarada – Los Palos	
Otros			
Situación Conyugal	Estado civil	Soltero	Nominal Cualitativa
		Casado	
		Divorciado	
		Conviviente	
Apoyo Familiar	Percepción de apoyo de la familia	Si	Nominal Cualitativa
		No	
Grado de Instrucción	Nivel alcanzado	Sin instrucción	Nominal Cualitativa
		Primaria	
		Secundaria	
		Superior	

<b>FACTORES ECONOMICOS</b>			
Ocupación	Ocupación	Empleado	Nominal Cualitativa
		Independiente	
		No trabaja	
Ingreso Familiar	Monto percibido (soles)	Sin ingresos	Nominal Cuantitativa
		< de s/. 500	
		s/.501 a s/.950	
		s/.951 a s/.1500	
		> de s/.1500	
<b>FACTORES RELACIONADOS AL REGIMEN TERAPEUTICO</b>			
Tiempo de Tratamiento	Fecha de inicio de Tratamiento	< de 1 mes	Nominal Cualitativa
		de 1 a 2 meses	
		de 3 a 5 meses	
		de 6 a 12 meses	
		> de 1 año	
Cantidad de Psicofármacos	Unidad	Uno	Nominal Cuantitativa
		Dos	
		Tres	
		> de Tres	
Efectos Adversos	Percepción de efecto adverso	Si	Nominal Cualitativa
		No	
<b>FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL</b>			
Conoce la medicación prescrita	Conocimiento de medicamento recibido	Si	Nominal Cualitativa
		No	
Confianza en profesionales de salud	Existencia de confianza	Si	Nominal Cualitativa
		No	
Satisfacción de la atención	Percepción de calidad de atención	Si	Nominal Cualitativa
		No	

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Se buscó identificar los factores relacionados con la no adherencia al tratamiento con psicofármacos en pacientes que asisten al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones, perteneciente al Servicio de Psiquiatría, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### **4.2. AMBITO DE ESTUDIO**

El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones, perteneciente al Servicio de Psiquiatría, del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en marzo del 2019, con pacientes que acudieron a tratamiento, dichos pacientes pertenecían a uno de los 04 grupo terapéuticos con los que se trabaja. (Grupo de Trastornos Psicóticos, Grupo de Trastornos Afectivos, Grupo de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Grupo de Adicciones).

#### **4.3. POBLACION**

El universo estuvo conformado por 30 pacientes portadores de patología mental que fueron derivados y asistían al Hospital de Día en Salud Mental y Adicciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### **4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con trastorno mental y del comportamiento derivados a hospital de día en salud mental, del HHUT.
- Pacientes de 18 a más años de edad.
- Pacientes que asistan a terapia a Hospital de Día de forma frecuente (mínimo 02 días a la semana).

#### **4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que se nieguen a participar en el presente trabajo.
- Pacientes que durante el tiempo de recolección de datos hayan sido dado de alta, pacientes que desertaron y que no asisten de forma frecuente (al menos 02 sesiones por semana).

#### **4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la realización del trabajo de tesis en el marco hospitalario se obtuvo el aval y la autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital, además de los correspondientes Consentimientos informados de cada paciente abordado, o en todo caso, se coordinó con los familiares para obtener su previa aprobación para la participación del trabajo de tesis. (Anexo 3)

Se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la “Declaración de Helsinki de la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, de junio de 1964, por consentimiento verbal, como modo de participación en el estudio. Se resguardó la confidencialidad de cada persona que participó en el estudio, según lo establece la ley del Ministerio Salud, que establece la confidencialidad en la relación médico paciente.

#### **4.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó El Cuestionario de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8). El uso de esta escala se puede realizar de forma auto referida o en forma de tipo encuesta, se encuentra validada y disponible en 33 idiomas, incluida la versión en español. (58) “Esta escala fue específicamente diseñada para facilitar el reconocimiento de las barreras y los comportamientos asociados con la adherencia a los medicamentos de uso crónico como son los fármacos psiquiátricos”. (59)

Dicho instrumento ha sido utilizado y ejecutado en su versión en español por De la Cuevas, C. y Peñate, W. quienes realizaron un trabajo con el principal objetivo de “informar de las propiedades psicométricas de la versión española de la escala MMAS-8 en una muestra de pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos” para ello trabajaron con 967 pacientes psiquiátricos.(59) Como resultado del estudio indican que el MMAS-8 es una medida fiable y válida para medir la adherencia a la medicación y que puede ser utilizada con muestras de pacientes psiquiátricos. (60)

#### **4.8. METODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se empleó fue la entrevista al paciente de manera anónima, haciendo uso del instrumento.

El tiempo promedio de la aplicación fue de 15 a 20 minutos por cada paciente. Una vez recolectados los datos, se procedió a procesarlos y presentarlos en cuadros y tablas.

#### **4.9. METODO PARA EVALUAR RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE ADHERENCIA**

- Las opciones de respuesta son “sí” o “no” para los ítems del 1 a 7
- La opción de respuesta para el ítem 8 se contesta según una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos.
- Cada respuesta “no” es valorada como 1 y cada respuesta “sí” como 0
- A excepción del ítem 5 en el que la respuesta “sí” es valorada como 1 y la respuesta “no” como 0.
- Para el ítem 8, el código (0-4) tiene que ser normalizado dividiendo el resultado por 4 para calcular la puntuación total.

El rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0 a 8 reflejando:

- Obtener una puntuación de 8 indica una alta adherencia.
- Obtener una puntuación de 7 o 6 indica una adherencia media.
- Obtener una puntuación inferior a 6 indican una baja adherencia.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

**TABLA 1**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN**  
**PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA**  
**EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES DEL**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE**  
**TACNA MARZO 2019**

		N°	%
<b>NIVEL ADHERENCIA</b>	BAJA	19	63,33
	MEDIA	7	23,33
	ALTA	4	13,34
	Total	30	100,00

**FUENTE:** ENCUESTA APLICADA A PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES HHUT. MARZO 2019

#### **INTERPRETACION TABLA 1**

Observamos que del total de pacientes encuestados el 63,33% tiene un bajo nivel de adherencia, y el 23,33% tiene una adherencia media. Solo un 13,34% representa un nivel de adherencia alta.

**TABLA 2**

**FACTOR BIOLÓGICO EDAD ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DÍA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

EDAD	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<b>ADULTO JOVEN 18 - 29 años</b>	10	62,50	4	25,00	2	12,5	<b>16</b>	<b>53.33</b>	<b>CHI 2: 0.02 P: 0.88</b>
<b>ADULTO 30 - 49 años</b>	5	50,00	3	30,00	2	20,00	<b>10</b>	<b>33.33</b>	
<b>ADULTO MADURO 50 + años</b>	4	100,00	0	0,00	0	0,00	<b>4</b>	<b>13.34</b>	<b>P VALOR &gt;0.05</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>63,34</b>	<b>7</b>	<b>23,33</b>	<b>4</b>	<b>13,33</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	

**INTERPRETACION TABLA 2:**

Se encontró que el grupo adulto joven predomina con 16 pacientes (53,33%), le sigue en importancia los adultos con 10 pacientes (33,3%).

En el grupo adulto joven el nivel de adherencia llega al 60%, y en el grupo adulto maduro el 100% de ellos tienen baja adherencia.

El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable edad y adherencia ( $p > 0.05$ )

**TABLA 3**

**FACTOR BIOLÓGICO GÉNERO ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DÍA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

GÉNERO	ADHERENCIA						Total		ESTADÍSTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>MASCULINO</b>	11	64,70	3	17,65	3	17,65	<b>17</b>	<b>56.67</b>	<b>CHI 2: 0.631</b> <b>P: 0.42</b>
<b>FEMENINO</b>	8	61,54	4	30,77	1	7,69	<b>13</b>	<b>43.33</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>P VALOR</b> <b>&gt;0.05</b>

**INTERPRETACION TABLA 3**

Los pacientes de sexo masculino predominan en orden de frecuencia con 17/30 (56,67%) respecto a las pacientes del sexo femenino con 13/30 (43,33%). Observamos que, para ambos géneros masculino y femenino, los porcentajes son cercanos de 64,70% y 61,54% respectivamente no teniendo una diferencia significativa. Para la sección de adherencia alta, destaca el género masculino (17,65%) respecto al femenino (7,69%).

El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable género y adherencia ( $p > 0.05$ )

**TABLA 4**

**FACTOR ACCESIBILIDAD ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

ACCESIBILIDAD	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>D. TACNA</b>	10	62,50	3	18,75	3	18,75	<b>16</b>	<b>53.33</b>	<b>CHI 2: 0.875 P: 0.350</b>
<b>D. GAL</b>	3	60,00	1	20,00	1	20,00	<b>5</b>	<b>16.67</b>	
<b>D. CIUDAD NUEVA</b>	3	60,00	2	40,00	0	0,00	<b>5</b>	<b>16.67</b>	
<b>D. ALTO ALIANZA</b>	1	100,00	0	0,00	0	0,00	<b>1</b>	<b>3.33</b>	
<b>D. POCOLLAY</b>	1	50,00	1	50,00	0	0,00	<b>2</b>	<b>6.67</b>	
<b>PROV. JBG</b>	1	100,00	0	0,00	0	0,00	<b>1</b>	<b>3.33</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>63,34</b>	<b>7</b>	<b>23,33</b>	<b>4</b>	<b>13,33</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>P VALOR &gt;0.05</b>

**INTERPRETACION TABLA 4**

Observamos que predomina el grupo de pacientes cuya procedencia es el Distrito de Tacna, con 16/30 (53,33%) y en segundo lugar proceden del D. Gregorio Albarracín y Ciudad Nueva en iguales frecuencias.

El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable procedencia y adherencia ( $p > 0.05$ )

**TABLA 5**

**FACTOR SITUACIÓN CONYUGAL ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

SITUACION CONYUGAL	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>SOLTERO</b>	13	56,52	6	26,09	4	17,39	<b>23</b>	<b>76.66</b>	<b>CHI 2: 0.546</b> <b>P: 0.469</b>
<b>CASADO</b>	1	50,00	1	50,00	0	0,00	<b>2</b>	<b>6.67</b>	
<b>DIVORCIADO</b>	3	100,00	0	0,00	0	0,00	<b>3</b>	<b>10.00</b>	<b>P VALOR</b> <b>&gt;0.05</b>
<b>CONVIVIENTE</b>	2	100,00	0	0,00	0	0,00	<b>2</b>	<b>6.67</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	

**INTERPRETACION TABLA 5**

Encontramos que la situación conyugal de mayor frecuencia es ser soltero 23/30 (76,66%) le siguen en importancia la condición de divorciado con 3/30 (10%).

En el grupo de baja adherencia predomina los pacientes cuya condición es soltero, divorciado y conviviente, asimismo observamos que un nivel de adherencia media predomina el grupo de solteros con 26%. El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable situación conyugal y adherencia ( $p > 0.05$ )

**TABLA 6**

**FACTOR APOYO FAMILIAR ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

<b>APOYO FAMILIAR</b>	<b>ADHERENCIA</b>						<b>Total</b>		<b>ESTADISTICO</b>
	<b>BAJA</b>		<b>MEDIA</b>		<b>ALTA</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>			
<b>SI</b>	6	42,86	5	35,71	3	21,43	<b>14</b>	<b>46,67</b>	<b>Chi 2: 4.739</b> <b>P Valor: 0.002</b> <b>OR: 5.78</b>
<b>NO</b>	13	81,25	2	12,50	1	6,25	<b>16</b>	<b>53,33</b>	
<b>Total</b>	19	63.34	7	23.33	4	13.33	<b>30</b>	<b>100,00</b>	

**INTERPRETACION TABLA 6**

En la presente tabla observamos que el 53,33% de pacientes no tiene apoyo de su familia, de ellos el 81,25% tienen un nivel bajo de adherencia. En el grupo que si cuenta con apoyo familiar el 42,86% presenta nivel bajo de adherencia y de ellos 35,71% presentan niveles de adherencia media.

El estadístico Chi2, indica que existe asociación entre la variable apoyo familiar con adherencia, ( $p < 0.05$ ) Y los pacientes que no tienen apoyo de su familia tienen 5,8 veces más riesgo de presentar adherencia baja (OR= 5.78).

**TABLA 7**

**FACTOR GRADO DE INSTRUCCION ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

GRADO DE INSTRUCCION	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>S/INST</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>PRIMARIA</b>	1	50,00	0	0,00	1	50,00	<b>2</b>	<b>6.66</b>	<b>CHI 2: 0.2789 P: 0.608</b>
<b>SECUNDARIA</b>	9	52,94	6	35,29	2	11,77	<b>17</b>	<b>56.67</b>	
<b>SUPERIOR</b>	9	81,82	1	9,09	1	9,09	<b>11</b>	<b>36.67</b>	<b>P VALOR &gt;0.05</b>
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	

**INTERPRETACION TABLA 7**

Se observa que predomina el grado de educación secundaria con 17/30 (56,67%) y le sigue en importancia 11 pacientes con educación superior (36,67%).

El bajo nivel de adherencia resalta en el grupo de pacientes con educación superior (81,82%) y con educación secundaria (52,94%).

El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable grado de instrucción y adherencia ( $p > 0.05$ ).

**TABLA 8**

**FACTOR OCUPACION ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

OCUPACION	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>EMPLEADO</b>	3	33,33	4	44,44	2	22,25	<b>9</b>	<b>30.00</b>	<b>CHI 2: 1.154 P: 0.0231</b>
<b>INDEPEN DIENTE</b>	5	71,43	0	0,00	2	28,57	<b>7</b>	<b>23.33</b>	
<b>NO TRABAJA</b>	11	78,57	3	21,43	0	0,00	<b>14</b>	<b>46.67</b>	<b>P VALOR &lt;0.05</b>
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>OR: 3.523</b>

**INTERPRETACION TABLA 8**

Se encontró que predominan los pacientes que no trabajan 14/30 (46.67%), siguiendo en orden de frecuencia los pacientes que tienen un empleo 9/30 (30%).

El nivel de adherencia es bajo en el grupo que no trabaja con 78.57%, y pacientes cuyo trabajo es independiente (71,43%). El 44,4% de pacientes con ocupación empleado tienen un nivel de adherencia medio.

El estadístico Chi2 indica que existe asociación entre la variable ocupación y adherencia ( $p < 0.05$ ). Y los pacientes que no trabajan tienen 3.5 veces más riesgo de presentar baja adherencia.

**TABLA 9**

**FACTOR INGRESO FAMILIAR ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

INGRESO FAMILIAR	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>SIN INGRESOS</b>	8	66,67	4	33,33	0	0,00	<b>12</b>	<b>40.00</b>	<b>CHI 2: 1.576 P: 0.044  P VALOR &lt;0.05  OR: 2.25</b>
<b>&lt;500 S.</b>	4	50,00	2	25,00	2	25,00	<b>8</b>	<b>26.67</b>	
<b>501 A 950 S.</b>	3	75,00	1	25,00	0	0,00	<b>4</b>	<b>13.33</b>	
<b>951 A 1,500 S.</b>	4	66,67	0	0,00	2	33,33	<b>6</b>	<b>20.00</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	

**INTERPRETACION TABLA 9**

Se observa que, del total de pacientes encuestados, 12/30 (40%) no tienen ingresos económicos, le sigue en segundo lugar pacientes que ganan menos de 500 soles al mes 8/30 (26,67%).

El nivel de adherencia baja es mayor en los pacientes sin ingresos (66,67%) y 75% en pacientes cuyo ingreso es de 501 a 949 soles al mes. Un nivel de adherencia alto se encontró en los pacientes cuyo ingreso es de 950 a 1,500 soles.

El estadístico Chi2 indica que existe asociación entre la variable Ingreso familiar y adherencia ( $p < 0.05$ ). Y los pacientes que tienen un bajo ingreso familiar tienen 2.5 veces más riesgo de presentar baja adherencia.

**TABLA 10**

**FACTOR TIEMPO DE TRATAMIENTO ASOCIADO A ADHERENCIA  
AL TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

TIEMPO DE TRATAMIENTO	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
< 1 M	4	66,66	1	16,67	1	16,67	6	20.00	<b>CHI 2: 0.232 P: 0.639</b>
1 - 2 M	6	60.00	3	30,00	1	10,00	10	33.33	
3 - 5 M	7	87,50	1	12,50	0	0,00	8	26.67	
6 - 12 M	1	50,00	0	0,00	1	50,00	2	6.67	
>1 AÑO	1	25,00	2	50,00	1	25,00	4	13.33	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	30	100	

**INTERPRETACION TABLA 10**

Se encontró que un tiempo de tratamiento 1 – 2 meses tiene una mayor frecuencia 10/30 (33.33%) le sigue en importancia 3 a 5 meses 8/30 (26,67%), en suma, observamos que el tiempo < de 6 meses predomina en los pacientes 24/30 (80%).

El nivel de adherencia bajo en el grupo con 3 – 5 meses y < 2 semanas representa un 87,5% y 66,66% respectivamente. En el grupo de 6 a 12 meses tienen un 50% con nivel de adherencia alto. El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable tiempo de tratamiento y adherencia (p>0.05).

**TABLA 11**

**CANTIDAD DE PSICOFARMACOS ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

CANTIDAD DE PSICOFARMACOS	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>1</b>	1	50,00	1	50,00	0	0,00	<b>2</b>	<b>6.67</b>	<b>CHI 2: 2.355 P: 0.012</b>
<b>2</b>	5	50,00	2	20,00	3	30,00	<b>10</b>	<b>33.33</b>	
<b>3</b>	9	64.29	4	28.57	1	7.14	<b>14</b>	<b>46.67</b>	<b>P VALOR &lt;0.05</b>
<b>&gt;3</b>	4	100,00	0	0,00	0	0,00	<b>4</b>	<b>13.33</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>OR: 0.176</b>

**INTERPRETACION TABLA 11**

Observamos que, del total de pacientes encuestados, 14/30 (46,67%) y 10/30 (33.33%) toman de 2 a 3 psicofármacos respectivamente.

El nivel de adherencia bajo predomina en el grupo que toma 3 psicofármacos (64.29%) y el 100% de pacientes que toman más de 4.

El estadístico Chi2 indica que existe una débil asociación entre la variable cantidad de psicofármacos y adherencia ( $p < 0.05$ ).

**TABLA 12**

**EFEECTO ADVERSO ASOCIADO A ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES  
QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD  
MENTAL Y ADICCIONES DEL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

EFEECTO EDVERSO	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>SI</b>	15	83,33	3	16,67	0	0,00	<b>18</b>	<b>60,00</b>	<b>CHI 2: 4.283 P: 0.038</b>
<b>NO</b>	4	33,33	4	33,33	4	33,33	<b>12</b>	<b>40,00</b>	<b>P VALOR &lt;0.05 OR: 9.00</b>
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	

**INTERPRETACION TABLA 12**

Observamos que del total de pacientes encuestados 18/30 (60%) presentaron efectos adversos al tratamiento con psicofármacos. De los cuales el 83.33% presento una baja adherencia, y el 16.67% una adherencia media.

El estadístico Chi2 indica que existe asociación entre la variable efecto adverso a psicofármacos y adherencia ( $p < 0.05$ ). Y el OR encontrado expresa que existe 9 veces más riesgo de no adherencia si el paciente presenta efectos adversos al tratamiento psicofármaco.

**TABLA 13**

**CONOCE LA MEDICACION ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES QUE  
ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES DEL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

CONOCE LA MEDICACION	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>SI</b>	13	61.90	7	33.33	1	4.77	<b>21</b>	<b>70.00</b>	<b>CHI 2: 6.218</b> <b>P: 0.012</b>
<b>NO</b>	6	66.67	0	0,00	3	33.33	<b>9</b>	<b>30.00</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>P VALOR</b> <b>&lt;0.05</b> <b>OR: 13.33</b>

**INTERPRETACION TABLA 13**

Observamos que 21 pacientes conocen que medicamentos toman (70%) y 9 /30 no identifican los psicofármacos que se le administran (30%). Encontramos que predomina una baja adherencia en el grupo que no conoce su medicación (66.67%) y un 61.90% en el grupo que si conoce.

El estadístico Chi2 indica que existe asociación entre la variable conoce la medicación y adherencia ( $p < 0.05$ ). Y el OR encontrado expresa que existe 13.3 veces más riesgo de no adherencia si el paciente no conoce la medicación del tratamiento psicofármaco.

**TABLA 14**

**SATISFACCION DE LA ATENCION ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES QUE  
ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES DEL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

SATISFACCION DE LA ATENCION	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>SI</b>	13	61,90	4	19,05	4	19,05	<b>21</b>	<b>70.00</b>	<b>CHI 2: 0.409 P: 0.522</b>
<b>NO</b>	6	66.67	3	33.33	0	0,00	<b>9</b>	<b>30.00</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>P VALOR &gt;0.05</b>

**INTERPRETACION TABLA 14**

En la presente tabla se observa que 21/30 pacientes (70%) refieren estar satisfechos con la atención en el hospital de día en salud mental y adicciones. Y 9/30 (30%) refieren no estar satisfechos, de este grupo destacan por su baja adherencia en un 66.67%. No sin dejar de comentar que en el grupo satisfecho por la atención también se observa que el nivel de adherencia es bajo (61.90%).

El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable satisfacción de la atención y adherencia ( $p < 0.05$ ).

**TABLA 15**

**CONFIANZA EN PROFESIONALES ASOCIADO A ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS EN PACIENTES QUE  
ACUDEN AL HOSPITAL DE DIA EN SALUD MENTAL  
Y ADICCIONES DEL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA  
MARZO 2019**

CONFIANZA EN PROFESIONALES	ADHERENCIA						Total		ESTADISTICO
	BAJA		MEDIA		ALTA		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>SI</b>	14	63,64	4	18,18	4	18,18	<b>22</b>	<b>73.33</b>	<b>CHI 2: 0.236 P: 0.662</b>
<b>NO</b>	5	62.50	3	37.50	0	0,00	<b>8</b>	<b>26.67</b>	
<b>Total</b>	19	63,34	7	23,33	4	13,33	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>P VALOR &gt;0.05</b>

**INTERPRETACION TABLA 15**

De los pacientes encuestados, 22/30 refieren tener confianza en los profesionales (73.33%) y 8/30 (26.7%) no tiene confianza.

En el grupo que refiere tener confianza se observa que el 63.64% tiene baja adherencia asimismo presentan una media y alta adherencia en iguales porcentajes (18.18%). Una baja adherencia también se observa en el grupo que reporta no tener confianza (62.5%).

El estadístico Chi2 indica que no existe asociación entre la variable confianza en los profesionales y adherencia ( $p > 0.05$ ).

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIONES**

Los resultados hallados en el presente estudio fueron que 63,33% de los pacientes presentan bajo nivel de adherencia y el 23,33% tiene una adherencia media. En el trabajo de Corrales Santizo (8) muestra que el 86.8% de la población tenía alta adherencia al tratamiento y específicamente usando el Test de Morisky se obtuvo un 94.5% de apego al tratamiento. Además, en el estudio de Serrano María J. (9) reporta que el 72.4% de los pacientes presento buena adherencia terapéutica y un 27.6% eran pacientes no adherentes. Finalmente concluye que la adherencia que se presentó en el estudio fue elevada e iba asociado a una mejoría del curso de la patología mental. Para Parto Cely (12), obtuvo que la prevalencia de no adherencia fue del 29.8%, siendo en mayor proporción para las mujeres (64.9%) que para los hombres (35.1%) aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa ( $p=0.17$ ).

Y Ayelegne Gebehu, D. (11) menciona que la prevalencia general de la no adherencia a la medicación fue del 55,2%, muy similar al porcentaje de nuestro trabajo. Dichos resultados muestran que, para nuestro establecimiento con 60% de baja adherencia, es un valor muy elevado según lo reportado por otros autores, que utilizaron el mismo instrumento de evaluación. Ello nos hace reflexionar sobre qué medidas debemos tomar para mejorar esta baja adherencia encontrada en nuestros pacientes.

De los factores biológicos: Se encontró que el grupo adulto joven predomina (53,33%), el nivel de adherencia baja llega al 62,5%, y en el grupo adulto maduro al 100% ( $p>0.05$ ). Predomina el sexo masculino (56,67%) para ambos géneros la adherencia es baja, masculino representado por 64,70% ( $p>0.05$ ) y femenino por el 61,54% ( $p>0.05$ ).

Al respecto De Andrés Muñoz, S. (6) reporta que el 61.1% es varón, la mayoría de pacientes que abandonaron el tratamiento fueron pacientes con menor edad. Observan también que la situación familiar o de convivencia es un potente predictor de adherencia al tratamiento, posiblemente relacionado a la presión familiar que logra ser una motivación para el paciente y así poder continuar con el tratamiento respectivo. Corrales Santizo (8) Evidencia que existe 7.2 veces más probabilidad de presentar menor adherencia al tratamiento en los pacientes que tengan una menor edad. Dichos resultados difieren de lo reportado en nuestro estudio, donde encontramos que la adherencia terapéutica no está asociada a la edad, ni al género, ya que la baja adherencia se da tanto en población joven como adultos maduros, y tanto en hombre como mujer en proporciones muy cercanas. Probablemente estén influyendo otros factores de mayor impacto en la adherencia, como refiere De Andrés Muñoz (6) donde menciona a la presión familiar como factor importante en esta problemática.

De los factores socioculturales; Se evidenció que los pacientes que residen en el distrito de Tacna conforman el 53,33% del total llegando a tener un nivel bajo de adherencia del 62,50%, hallamos que el estado civil que predomina es el soltero con 76,66% y le sigue en frecuencia el ser divorciado con 10%, en ambas situaciones predominan niveles bajos de adherencia al tratamiento siendo 56,52% ( $p>0.05$ ) y 100% ( $p>0.05$ ) respectivamente. Posteriormente se observa que. del total de pacientes el 53,33% no tiene apoyo familiar ( $OR= 5.78$ ), de ellos el 81,25% tienen un nivel bajo de adherencia. Por último, el 56,67% de los pacientes en estudio han logrado alcanzar educación secundaria presentando así niveles bajos de adherencia representados por 52,94% ( $p>0.05$ ) siguiéndole en importancia los pacientes con educación superior con 36,67% del total, quienes también presentan niveles bajo de adherencia con 81,82% ( $p>0.05$ ). Vincha Molina (5) en su trabajo encontró que el estado civil más adherido fue el soltero (74.4%), los pacientes que habían alcanzado

secundaria completa (70%) también presentaban niveles de adherencia altos y por ultimo menciona que los pacientes con nivel socioeconómico medio a alto (84.4%) son los más tienen buena proporción de alta adherencia. Angulo Celestino (7), indica en su trabajo que el 57.78% de los pacientes presentaba grado de instrucción básico y este grupo presentaba niveles bajos de adherencia (71%; OR: 3.07;  $p < 0.01$ ) mencionando entonces que existe una fuerte asociación a una baja adherencia al tratamiento en los grados bajos de instrucción. Dichos resultados difieren de lo encontrado en nuestro estudio debido a que existe un nivel bajo de adherencia en pacientes que se encuentran sin pareja como: solteros y divorciados. Además, en nuestro estudio el nivel bajo de adherencia se encuentra en pacientes con estudios secundarios y superiores: todo esto podría explicarse debido a que los pacientes que viven solos no tienen una presión por parte de algún acompañante o familiar el cual pueda motivarlos o procurar que se sigan las indicaciones brindadas por el personal de salud como por ejemplo en el trabajo por De Andrés Muñoz (6) quien remarca importancia al factor familiar, también mencionamos que posiblemente los pacientes en mención, cuestionan el esquema de tratamiento a comparación de personas sin estudios que solamente acatan con poca opinión el tratamiento brindado.

De los factores económicos; El 46.67% de los pacientes no trabaja, quienes representan el grupo con más bajo nivel adherencia (78.57%) ( $p < 0.05$ ). Los pacientes que no trabajan tienen 3.5 veces más riesgo de presentar baja adherencia. El 40% de todos los pacientes no tienen ingresos económicos y de este grupo el 66,67% presenta niveles de baja adherencia. Los pacientes que tienen un bajo ingreso familiar tienen 2.5 veces más riesgo de presentar baja adherencia. Partiendo de ahí, Angulo Celestino (7) muestra que el nivel socioeconómico bajo por el 40% (OR: 2,7;  $p < 0.05$ ) no tiene buena adherencia, dicho resultado coincide con lo reportado en nuestro trabajo, donde mostramos que la ocupación y el ingreso económico

presenta 3.5 y 2.5 veces más riesgo para tener una baja adherencia. Esto debido definitivamente a la situación propiamente dicha del paciente en tratamiento que se les hace difícil mantenerse estables en un trabajo.

Factores relacionados al régimen terapéutico: Predomina el tiempo de tratamiento < 6 meses, donde el nivel de adherencia es bajo ( $p > 0.05$ ). El 46,67% y 33,33% toman de 2 a 3 psicofármacos respectivamente, predomina un nivel bajo de adherencia en el grupo que toma más de 3 psicofármacos. ( $p < 0.05$ ). El 60% presentaron efectos adversos al tratamiento con psicofármacos teniendo por ello baja adherencia al tratamiento ( $p < 0.05$ ). OR expresa que existe 9 veces más riesgo de no adherencia si el paciente presenta efectos adversos al tratamiento psicofármaco. El 70% conocen que medicamentos recibe, y por ello predomina una baja adherencia en el grupo que no conoce su medicación ( $p < 0.05$ ). OR existe 13.3 veces más riesgo de no adherencia si el paciente no conoce la medicación del tratamiento psicofármaco.

En el trabajo de Ibrahim, A.W. (13) Los factores asociados con mayor significancia para presentar no adherencia fueron: múltiple dosis (más de 3 veces al día) con 46% del total (OR=7.843, IC de 95%=4.537-13.557,  $P \leq 0.001$ ), presencia de efectos adversos en el 63% (OR=6.823, IC del 95% = 3.900-11.937,  $p \leq 0.001$ ). De estos resultados, el tener prescrito múltiples fármacos, indicado a múltiples dosis y presentar efectos adversos son similares a lo encontrado en nuestro trabajo, lo cual va vinculado posiblemente a que el paciente presenta dificultad para recordar varios fármacos, cumplirlos de manera adecuada e incluso podría mencionarse que logran presentar aburrición sobre todo si estos presentan efectos adversos, los cuales el paciente obviamente no desea, causando así una tasa similar de baja adherencia. Ahora para Vincha Molina (5). Como acápite aparte también menciona que el 88,9% dice ser consciente de su enfermedad y pese a la presencia de algunos efectos adversos farmacológicos (mareos y temblores) los pacientes no han abandonado el tratamiento. Párraga Martínez, I. et al (10) concluyen que el

incumplimiento del tratamiento es elevado desde las primeras semanas tras iniciarlo. Denotamos que los resultados hallados son similares a los indicados en los trabajos mencionados y de ellos podemos contrastar que el conocimiento y el tiempo que lleva tomando la medicación un paciente y más aún si conoce que medicamentos está recibiendo, éste se sentirá confiado, e incluso podría saber que efectos se producirán en él, logrando así una plena comodidad y a su vez una adherencia optima hacia el tratamiento.

Factores relacionados a la atención profesional: El 70% esta satisfechos con la atención en el hospital de día en salud mental y adicciones, Y en el grupo de no estar satisfechos, destacan por su baja adherencia ( $p < 0.05$ ). El 73,3% tiene confianza en los profesionales, de los cuales el 63.64% tiene baja adherencia ( $p > 0.05$ ). En referencia citamos a Corrales Santizo (8) concluyendo que el primer indicio de buen apego al tratamiento depende de la relación médico paciente, el tipo de medicamento a usar y la percepción de la eficacia del tratamiento.

Asimismo, podemos agregar que, como hallazgo al trabajo, se rescató información de cada paciente donde refieren que desean un mayor tiempo de terapia con el psicólogo, ya que cada paciente siente que no solo es la medicación la que los va a ayudar en su recuperación.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

1. Se identificó que existe bajo nivel de adherencia al tratamiento con psicofármacos en el 63,33% de la población.
2. Del grupo de estudio la mayoría son del género masculino (56.67%), con edades entre 18 – 29 años (53.33%), de estado conyugal soltero (76.66%), sin recibir apoyo o soporte familiar (53.33%), con grado de instrucción secundaria completa (56.67%), actualmente sin empleo (46.67%) y a su vez sin ingresos económicos (40%); con vivienda en el cercado de Tacna (53.33%). Gran parte del grupo estudiado lleva tratamiento de 1 – 2 meses (33.33%), con indicación de 2 a 3 fármacos (46.67% y 33.33% respectivamente).
3. Son factores asociados a la no adherencia al tratamiento con psicofármacos no contar con apoyo familiar (53.33%; OR: 5.78), no poseer un empleo (46,67%; OR: 3.5) y por ende no contar con sueldo (40%; OR: 2.25), tener 03 o más medicinas prescritas (13,33%; OR: 0.17), presentar un efecto adverso a alguna medicación (60%; OR: 9.0) y desconocer el fármaco prescrito (30%; OR: 13.0).

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda que en Hospital de Día y Salud mental el tratamiento también se oriente hacia el entorno familiar del paciente, brindando así un tratamiento conjunto, logrando educar, concientizar e involucrar de manera activa a familiares y/o personas más cercanas al paciente para que sean un apoyo para ellos.
  
2. Se recomienda mantener una buena vigilancia de los efectos secundarios farmacológicos con una intervención temprana en los mismos, logrando así la comodidad del paciente y obteniendo que se mantenga adherido a la terapéutica.
  
3. Se sugiere que posteriormente se realicen estudios para identificar la adherencia en cada grupo terapéutico de forma independiente, en donde idealmente abarquen mayor tiempo de estudio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gallego Sola, I. “Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas. [Internet]. [Tesis]. [La Rioja, España]: Universidad Regional La Rioja; 2015” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE001096.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001096.pdf)
2. Organización mundial de la salud. “Trastornos mentales. [Internet]. OMS; 2018” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Salinas Pérez, K. “Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el centro de salud mental Moisés Heresi desde enero a junio del 2017. [Internet]. [Tesis]. [Arequipa, Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2018” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7497/70.2322.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Carniglia Tobar, C. “Adherencia al tratamiento de personas con primer episodio de esquizofrenia en establecimientos del sistema público de salud. [Internet]. [Tesis]. [Santiago, Chile]: Universidad de Chile; 2015” [citado 01 marzo 2019]. Disponible en: [http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/380/Tesis\\_+Claudia+Carniglia.pdf;jsessionid=C6847A957467F20C3EB408A67EEB321F?sequence=1](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/380/Tesis_+Claudia+Carniglia.pdf;jsessionid=C6847A957467F20C3EB408A67EEB321F?sequence=1)
5. Vincha Molina, J. “Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico o de la esquizofrenia paranoide en el hospital Hipólito Unanue de Tacna en los meses de enero y febrero del año 2017. [Internet]. [Tesis]. [Tacna Perú]: Universidad Privada de Tacna; 2017” [citado 01 marzo 2019]. Disponible en <http://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/UPT/149/1/Vincha-Molina-Jery.pdf>
6. De Andrés Muñoz, S. “Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. [Internet]. [Artículo de revista] Metas Enferm; 2017, 20(2): 1824” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81031/factores asociados con-la-adherencia-al-tratamiento-en-pacientes-con-drogodependencias/](https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81031/factores%20asociados%20con-la-adherencia-al-tratamiento-en-pacientes-con-drogodependencias/)

7. Angulo Celestino, A. “Factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura periodo diciembre 2013.enero 2014. [Internet]. [Tesis]. [Piura, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/525>
8. Corrales Santizo, A. “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en el centro psiquiátrico Humanamente de Guatemala setiembre 2015. [Internet]. [Tesis]. [Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2015” [citado 01 marzo de 2019]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisortiz/2015/09/03/Corrales-Aida.pdfA>
9. Serrano, M. et al. “Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria. [Internet]. [Artículo científico]. Actas Esp Psiquiatr 2014;42(3):91-8.” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-91-98-756711.pdf>
10. Párraga Martínez, I. et al. “Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo”. [Internet]. [Artículo Original]. Atención primaria. Vol. 46, Issue 7, 2014. Pag: 357,366. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713003089>
11. Avelegne Gebehu, D. et al. “Psychotropic medication non-adherence among patients with severe mental disorder attending at Bahir Dar Felege Hiwote Referral hospital, north west Ethiopia, 2017. [Internet] BMC Res Notes. 2019 Feb 26;12(1):102”. doi: 10.1186/s13104-019-4126-2. [citado el 18 de marzo 2019] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30808408>
12. Pardo Cely, E. et al. “Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivos [Internet]. [Tesis]. [Colombia]: Universidad del Rosario; 2014” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/526628-Prevalencia-y-factores-asociados-a-la-no-adherencia-en-el-tratamiento-farmacologico-de-mantenimiento-en-adultos-con-trastorno-afectivo-bipolar.html>

13. Ibrahim, et al. "Medication-related factors of non-adherence among patients with schizophrenia and bipolar disorder: Outcome of a cross-sectional survey in Maiduguri, North-eastern Nigeria. [Internet]. *J.Neurosci. Behav.Health.* 7.5 (2015): 31-39. ISSN: 2141-2286." [citado el 19 de marzo 2019]. Disponible en: <https://academicjournals.org/journal/JNBH/article-abstract/A0E4AC253453>
14. Vommaro, Horacio. "Los hospitales de día, una alternativa para pacientes psiquiátricos. [Internet]. *Conbienestar.* 2016". [citado 01 de marzo 2019]. Disponible: [https://tn.com.ar/salud/actitud/los-hospitales-de-dia-una-alternativa-para-pacientes-psiquiatricos\\_663587](https://tn.com.ar/salud/actitud/los-hospitales-de-dia-una-alternativa-para-pacientes-psiquiatricos_663587)
15. Asociación Mente Sana. "Blog del hospital de día de salud mental de Motril. [Internet]. 2015". [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://hospitaldiasaludmental.blogspot.com/p/sobre-el-hospital-de-dia.html>
16. Acosta, E. et al. "Grupo de Trabajo de la Asociación española de neuropsiquiatría sobre hospitales de día psiquiátricos. [Internet]. [Artículo] 2010". [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible: <http://aen.es/wp.content/uploads/2010/01/GTHD2000.pdf>
17. Ministerio de salud. "Servicio de hospital de día en salud mental y adicciones de Tacna es buena práctica en gestión pública 2017. [Internet]. [Nota-Boletín] 2017". [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13489-servicio-de-hospital-de-dia-en-salud-mental-y-adicciones-de-tacna-es-buena-practica-en-gestion-publica-2017>
18. Cañas de Paz F. "Epidemiología en la esquizofrenia". En Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, editores. *Tratado de Psiquiatría, Vol. I.* Madrid: Ars Medica; 2005, p. 903-938.
19. Munich R. y Tamminga C. "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". En: Gabbard GO, editor. *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos.* Madrid: Ars Medica; 2007, p. 313-314.
20. Lewis S, Escalona PR y Keith SJ. "Phenomenology of Schizophrenia". In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, (Editors). *Kaplan & Sadocks Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 1470.

21. Organización mundial de la salud. “Esquizofrenia. [Internet]. WHO, 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
22. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. “A systematic review of the prevalence of schizophrenia”. *PLoS Med.* 2005; 2: e141.
23. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. WHO. [Internet]. 2010. Madrid: Editorial Medica Panamericana. [citado el 02 de abril 2019] Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42326>
24. Zegarra Valdivia J. et al. “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2016; 79(2): 98-107”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000200004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200004&lng=es).
25. Vasilevskis EE, et al. “Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings”. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2012;26(3):277–87.
26. Pedraz Petrozzi Bruno, Arévalo Flores Martín. “Psicosis sintomáticas. *Rev Neuropsiquiatra* [Internet]. 2014; 77(2): 63-69” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972014000200002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200002&lng=es).
27. Chappotin, D. “Trastorno psicótico, que es, conociendo una alteración tan temida como ignorada. [Internet]. [Artículo] *TiTi* 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://infotiti.com/2018/07/trastorno-psicotico/>
28. Cabrera Santiago AS. et al. “Estados clínicos de alto riesgo para esquizofrenia y otras formas de psicosis: una breve revisión. *Rev Neuropsiquiatra* [Internet]. 2017; 80(1): 42.59” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003485972017000100007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003485972017000100007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3059>.

29. Farré Martí, J. y Lasheras Pérez, G. “Cuál es el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos”. [Internet]. PsicoDex 2016. [citado 01 de marzo 2019]. Disponible en: <http://www.psiquiatriapsicologiadexeu.com/es/unidades.cfm/ID/5471/ESP/-cual-es-tratamiento-esquizofrenia-y-los-t-psicoticos-.htm>
30. Álvarez Martínez, J. et al. “Trastornos del humor. [Internet]. Tratado de Psiquiatría, Vol 18. Pag 3- 29”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://psiquiatria.com/tratado/cap\\_18.pdf](https://psiquiatria.com/tratado/cap_18.pdf)
31. Clínica Mayo. “Trastornos del estado de ánimo. [Internet]. Mayo Clinic 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mood-disorders/symptoms-causes/syc-20365057>
32. Martina M. et al. “Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An. Fac. med. [Internet]. 2017; 78(4): 393-397”. [citado 01 de marzo 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000400004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004&lng=es).
33. Organización mundial de la salud. “Depresión. [Internet] WHO 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
34. Vázquez FL, Torres Iglesias A. “Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Clínica y Salud. [Internet]. 2007; 18(2): 221,246”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006&lng=es).
35. Beltrán Cortes, A y Leal Quintero. “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión en una institución de salud de Bogotá. [Internet]. [Tesis]. [Colombia]: Pontificia Universidad Javeriana; 2009” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis07.pdf>
36. Hall Flavin, D. “Tratamiento para el trastorno bipolar: el tratamiento para el trastorno bipolar I es diferente del tratamiento para el trastorno bipolar II. [Internet]. Mayo Clinic 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/expert-answers/bipolar-treatment/faq-20058042>

37. Celina, M. “Sobre la heterogeneidad del TOC: el trastorno de ansiedad del siglo XXI. [Internet]. [Tesis]. [Uruguay]: Universidad de la República de Uruguay; 2015” [citado 01 de marzo 2019]. Disponible: <https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/montano.pdf>
38. Chacon P. et al. “Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2018; 40(4): 388-393”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462018000400388&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000400388&lng=en). Epub June 11, 2018
39. Clínica Mayo. “Trastornos obsesivo compulsivo. [Internet]. Mayo Clinic 2016”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obsessive-compulsive-disorder/symptoms-causes/syc-20354432>
40. Centro de control y prevención de enfermedades. “Diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo. [Internet] CDC 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/tourette/ocd.html>
41. Ulloa Flores R. et al. “Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. Salud Ment [revista en la Internet]. 2011; 34(5): 415-420”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500004&lng=es).
42. De la Cruz Villalobos, N. “Trastorno obsesivo compulsivo. [Internet] Revista Médica Sinergia, 3(11), 14 – 18”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/154>
43. Clínica Mayo. “Drogadicción. [Internet]. Mayo Clinic 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>
44. Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas. “Epidemiología de drogas en población urbana peruana encuesta en hogares. [Internet] CEDRO, 2017”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en:

<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>

45. Arias Palomo, J. “Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. [Internet]. International Journal of Psychological Research 5:5-13; 2012”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134680>
46. Nizama Valladolid, M. “Innovación conceptual en adicciones: Primera parte. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2015; 78: 22-29”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972015000100004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000100004&lng=es).
47. Clínica Mayo. “Drogadicción, trastorno de consumo de sustancias. [Internet]. Mayo Clinic 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/drug-addiction/diagnosis-treatment/drc-20365113>
48. Portero Lazcano, G. “DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense. Cuad med forense [Internet]. 2015; 21(3-4): 96-104”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11357606201500020002&lng=es.a](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11357606201500020002&lng=es.a)
49. Sabate E. “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. WHO 2004”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
50. Roca M. et al. “Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. [Internet] Actas Esp Esp Psiquiatr 2006:386-392”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia\\_terapeutica.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia_terapeutica.pdf)
51. Muñoz Marrón E. “Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida. [Internet]. [Tesis]. [España]: Universidad Complutense de Madrid; 2004” [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/5188/1/T27495.pdf>

52. Jirón, M. et al. “Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile. [Internet]. [Artículo] 2011. Value in Health 14 2011: S115-S118”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014513>
53. Vásquez, I. et al. “Manual de Psicología de la salud. [Internet]. 2017. 3 edición. Madrid. Editorial Pirámide, 2003; 213-238”. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/31677880\\_Manual\\_de\\_psicologia\\_de\\_la\\_salud\\_I\\_Amigo\\_Vazquez\\_C\\_Fernandez\\_Rodriguez\\_M\\_Perez\\_Alvarez](https://www.researchgate.net/publication/31677880_Manual_de_psicologia_de_la_salud_I_Amigo_Vazquez_C_Fernandez_Rodriguez_M_Perez_Alvarez)
54. Pacheco, P. Aránguiz, G. “Factores relacionados a la adherencia al tratamiento en adolescentes con depresión. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2011; 49(1): 69-78”. [citado 01 de marzo de 2019]. Disponible: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272011000100009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100009&lng=es).
55. Griffith, S. “A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. [Internet]. Br J Gen Pract. vol.40,332 (1990): 114-6”. [citado 01 de marzo 2019]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371078/>
56. Del Carpio Medina, J. “Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2012. [Tesis]. [Tacna, Perú]: Universidad Privada de Tacna; 2012” [citado el 01 de marzo de 2019].
57. De Las Cuevas, C. et al. “To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making. [Internet] Patient preference and adherence. vol. 8 1547-53. 4; 2014”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226444/>
58. De Las Cuevas, C. y Peñate, W. “Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. [Internet]. Revista Iberoamericana de psicología y salud. Vol 15, Issue 2, 2015”, Pag 121-129, ISSN 1697-2600. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.003>.

59. De Las Cuevas, C. y Sanz, C. “Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. [Internet]. Revista Iberoamericana de psicología y salud. Vol7, Issue 1, P: 26-30; 2016”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2171206915000174>

# ANEXOS

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE ADHERENCIA ESCALA DE MORISKY (MMAS-8)

1. ¿A veces se olvida de tomar su medicamento?

Si	1
No	2

2. La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. ¿En las últimas 2 semanas hubo algún día que no tomo su medicamento?

Si	1
No	2

3. Alguna vez ha reducido la dosis y/o dejado de tomar sus medicamentos sin haberle dicho a su médico porque se sentía peor al tomarla?

Si	1
No	2

4. Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?

Si	1
No	2

5. Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?

Si	1
No	2

6. Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?

Si	1
No	2

7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a cumplir su plan de tratamiento?

Si	1
No	2

8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?

Nunca / raramente	1
De vez en cuando	2
A veces	3
Usualmente / casi siempre	4
Todo el tiempo / siempre	5

---

—

<b>Alta Adherencia</b>		Este último cuadro Será llenado por el encuestador
<b>Regular Adherencia</b>		
<b>Baja Adherencia</b>		

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA

#### I. FACTORES BIOLÓGICOS:

1.1. Edad: .....

1.2. Sexo: .....

#### II. FACTORES SOCIO – CULTURALES:

2.1. Lugar de Procedencia (distrito donde vive actualmente): .....

2.2. ¿Cuál es su Estado Civil?

Soltero	1
Casado	2
Divorciado	3
Conviviente	4

2.3. ¿Cuál es su Grado de Instrucción?

Sin Instrucción	1
Primaria	2
Secundaria	3
Superior	4

2.4. ¿Siente apoyo por parte de la familia?

Si	1
No	2

### III. FACTORES ECONOMICOS

3.1. Actualmente te encuentras trabajando como

Empleado	1
Independiente	2
No trabaja	3

3.2. ¿Cuánto es su ingreso económico mensual familiar?

No Ingresos	1
< de s/. 500.00	2
s/. 501.00 a s/. 950.00	3
s/. 951.00 a s/ 1500.00	4
> de s/. 1500.00	5

### IV. ASPECTOS DEL REGIMEN TERAPEUTICO

4.1. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo tratamiento con medicamentos solo en hospital de día?

Menos de 1 mes	1
De 1 a 2 meses	2
De 3 a 5 meses	3
De 6 a 12 meses	4
Más de 1 año	5

4.2. ¿Cuántos medicamentos distintos está recibiendo actualmente solo en hospital de día?

Uno	1
Dos	2
Tres	3
Más de Tres	4

4.3. ¿Conoce que medicamentos recibe actualmente en hospital de día?

Si	1
No	2

Escribe los que recuerdes:

.....  
.....  
.....  
.....

4.4. ¿Ha presentado alguna molestia (efecto adverso) al tratamiento con las medicinas brindadas en hospital de día?

Si	1
No	2

En caso que haya tenido una molestia escriba usted que medicamento fue el que le causó malestar. Además, escriba también que molestias sentía.

Medicamento(s) Causante del malestar	
Molestia(s) (Efecto Adverso)	

## V. FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL

5.1 ¿Tienes confianza con el personal que te atiende en hospital de día?

Si	1
No	2

5.2 ¿Cómo evaluarías la atención de los profesionales de salud que trabajan en Hospital de Día?

Buena	1
Regular	2
Mala	3

5.3 Escriba alguna recomendación o lo que desea usted que se mejore en el servicio de Hospital de día:

.....  
.....