

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**TESIS**

**CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD  
MENTAL HUANCVELICA 2018**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. PÉREZ TORO, Lizeth**

**Bach. QUISPE HUANCHIN, Edgar**

**HUANCVELICA – PERÚ**

**2018**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA FACULTAD DE ENFERMERÍA



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 05 días del mes de Diciembre a horas 15:00 pm del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: Perez Toro Lizeth

Siendo los Jurados Evaluadores:

- PRESIDENTE : Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
- SECRETARIO : Dr. Arnaldo Virgilio Capcha Huamani
- VOCAL : Mg. Blas Oscar Sanchez Ramos

Cuyo ASESOR es : Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:  
Carga del Cuidador y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Esquizofrenia Atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

Presentado por el Bachiller: Perez Toro Lizeth

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las...16.17...horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

*afirmativo* Por... *Unanimidad*

Observaciones:

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

Ciudad Universitaria 05 de diciembre 2018

.....  
PRESIDENTE

.....  
VOCAL

.....  
Vº.Bº. DECANATURA

.....  
SECRETARIO

.....  
ASESOR

.....  
Vº.Bº. SECRETARIA DOC.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 05 días del mes de Diciembre a horas 15:00 pm del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del Bachiller: Quispe Huanachin Edgar

Siendo los Jurados Evaluadores:

- PRESIDENTE : Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos
- SECRETARIO : Dr. Arnaldo Virgilio Capcha Huamani
- VOCAL : Mg. Blas Oscar Sanchez Ramos

Cuyo ASESOR es : Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo

Para Calificar la Sustentación de la Tesis Titulada:  
Carga del Cuidador y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Esquizofrenia Atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

Presentado por el Bachiller: Quispe Huanachin Edgar

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o Observaciones por parte de los miembros del Jurado, concluyendo a las 16.19 horas. Acto seguido los Jurados Deliberan en secreto llegando al Calificativo de:

Aprobado Por unanimidad

Observaciones:

.....

.....

.....

Ciudad Universitaria 05 de diciembre 2018

  
.....  
PRESIDENTE

  
.....  
VOCAL

  
.....  
Vº.Bº DECANATURA

  
.....  
SECRETARIO

  
.....  
ASESOR

  
.....  
Vº.Bº SECRETARIA DOC.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**TESIS**

**CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD  
MENTAL HUANCAMELICA 2018**

**JURADOS:**

**PRESIDENTE:**

  
.....  
**Dr. Cesar Cipriano ZEA MONTESINOS**

**SECRETARIO:**

  
.....  
**Dr. Arnaldo Virgilio CAPCHA HUAMANI**

**VOCAL:**

  
.....  
**Mg. Blas Oscar SANCHEZ RAMOS**

**HUANCAMELICA – PERÚ**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
(Creada por Ley N° 25265)



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD  
MENTAL HUANCVELICA 2018**

**ASESORA:**

  
.....  
**Dra. Charo Jacqueline JAUREGUI SUELDO**

**HUANCVELICA – PERÚ**

**2018**

## DEDICATORIA

A mi familia por la comprensión, motivación y el apoyo incondicional brindado durante mi formación profesional, y la realización de este trabajo.

Lizeth Pérez

A mi familia maravillosa quienes han creído en mí y brindado la confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograrlo.

A mis amigos y a todos los que me prestaron ayuda.

Edgar Huanachin

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer, en primer lugar a Dios por darnos cada día la oportunidad de disfrutar la vida, guiándonos en el camino y fortaleciéndonos espiritualmente.

A nuestras familias, en especial a nuestros padres quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación, criándonos con amor y comprensión, fueron y son la fortaleza para haber culminado una etapa más, nuestra formación profesional gracias al apoyo incondicional que nos brindaron.

A nuestra Alma Mater la “Universidad Nacional de Huancavelica”, siendo nuestra casa de estudio ha permitido que sea posible nuestra formación académica.

A la facultad Acredita de Enfermería.

A nuestra asesora la Dra. Charo Jacqueline Jáuregui Sueldo, quien nos motivó al avance de nuestra tesis brindándonos su ayuda durante las dificultades que se presentaban.

A los jurados Dr. Lida Ines Carhuas Peña, Dr. Cesar Cipriano Zea Montesinos, Dr. Arnaldo Virgilio Capcha Huamani quienes contribuyeron a la mejora del trabajo de investigación.

Al Hospital Regional de Huancavelica “Zacarías Correa Valdivia” por permitirnos realizar la presente investigación, al Departamento de salud mental y al equipo que labora en él, por las facilidades brindadas durante la investigación.

**Lizeth y Edgar**

## TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACION.....	ii
PAGINA DE JURADOS .....	iii
PAGINA DE ASESOR .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
TABLA DE CONTENIDO .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	x
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURA .....	xi
RESUMEN .....	xii
ABSTRAC .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.3. OBJETIVOS: General y Específicos .....	8
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	9
CAPITULO II.....	11
MARCO TEORICO .....	11
2.1. ANTECEDENTES.....	11
2.2. BASES TEÓRICAS.....	14
2.3. HIPÓTESIS.....	36
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	36
2.5. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES	38
CAPITULO III.....	43
METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....	44
3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	44
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	45

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
45	
3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	46
CAPITULO IV.....	47
RESULTADOS.....	47
4.1. PRESENTACION DE DATOS .....	47
4.2. ANÁLISIS DE DATOS.....	58
CONCLUSIONES .....	66
RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS .....	68
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA .....	71
ANEXOS.....	72
ANEXO N° 01 .....	A
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	A
ANEXO N° 02 .....	D
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	D
HOJA DE INFORMACION .....	F
ANEXO N° 03 .....	G
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	G
ANEXO N° 04.....	M
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	M
ANEXO N°05 .....	O
IMAGENES.....	O

## ÍNDICE DE TABLAS

- TABLA N° 01:** CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 02:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 03:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE CUIDADORES DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 04:** CARGA DEL CUIDADOR Y TOMA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 05:** CARGA DEL CUIDADOR Y SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 06:** CARGA DEL CUIDADOR Y PERSONAL DE SALUD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 07:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E IMPACTO DEL CUIDADO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N°08:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RELACIÓN INTERPERSONAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- TABLA N° 09:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.

## ÍNDICE DE GRAFICOS

- GRAFICO N° 01:** CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 02:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 03:** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE CUIDADORES DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 04:** CARGA DEL CUIDADOR Y TOMA DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 05:** CARGA DEL CUIDADOR Y SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 06:** CARGA DEL CUIDADOR Y PERSONAL DE SALUD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 07:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO E IMPACTO DEL CUIDADO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N°08:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y RELACIÓN INTERPERSONAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.
- GRAFICO N° 09:** ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018.

## LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURA

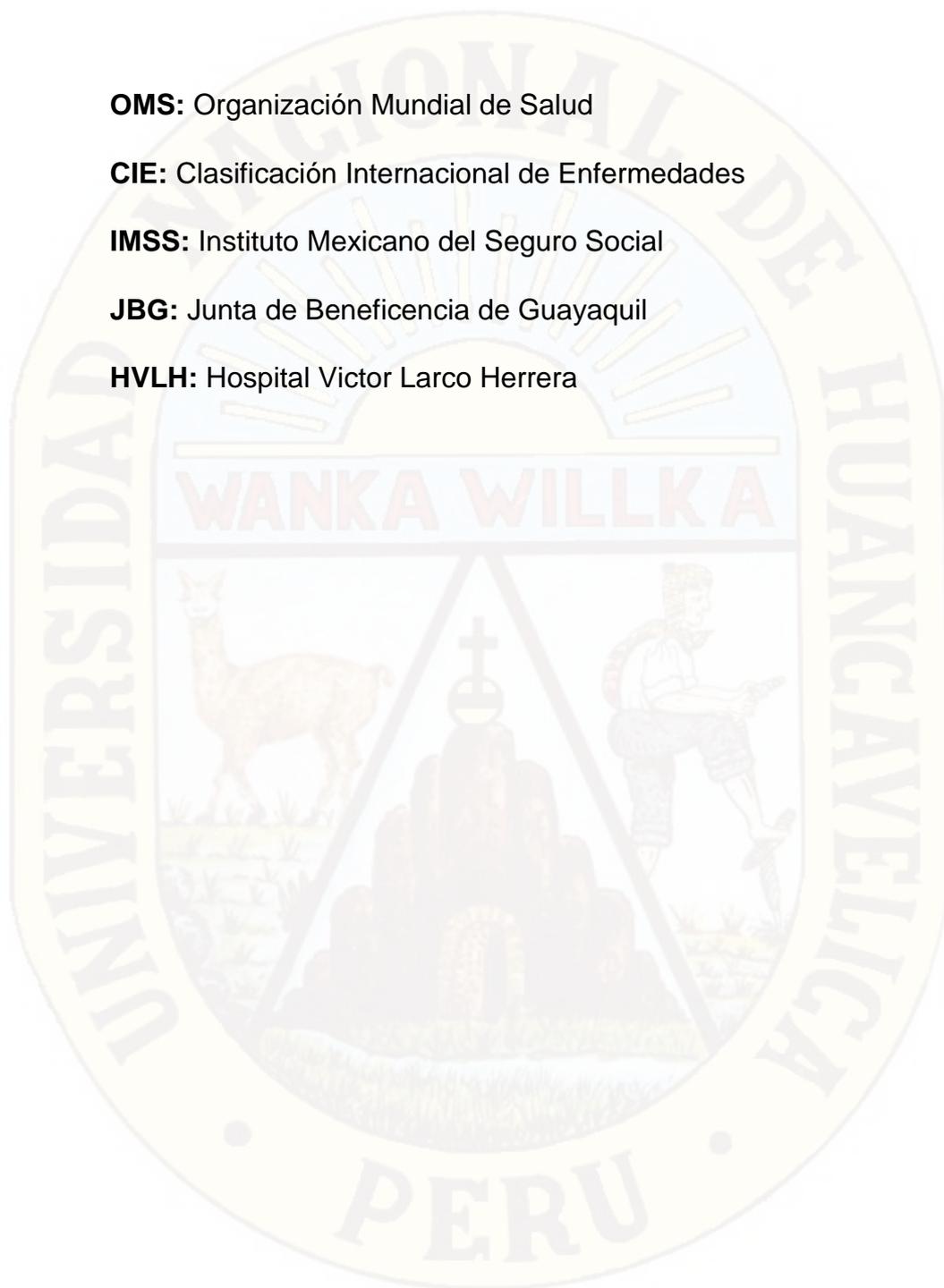
**OMS:** Organización Mundial de Salud

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**JBG:** Junta de Beneficencia de Guayaquil

**HVLH:** Hospital Victor Larco Herrera



## RESUMEN

**Objetivo** del estudio fue determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018. **Material y Metodo.** El estudio fue de nivel correlacional, tipo cuantitativo, de corte transversal. La muestra fue de 30 pacientes y 30 cuidadores. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala con ítems de respuesta politómicas. **Resultados** En la variable carga del cuidador se observó que el 70% (21) presentan una sobrecarga intensa y el 30% (9) presentan una sobrecarga leve y en la variable adherencia al tratamiento se observó que el 93.3% (28) presentan buena adherencia al tratamiento y el 6.7%(2) presenta regular adherencia al tratamiento. **Conclusión** se concluye en las variables carga del cuidador y adherencia al tratamiento la mayoría presentó una sobrecarga intensa y una buena adherencia al tratamiento.

**Palabras claves** Carga, cuidador, adherencia, tratamiento, Esquizofrenia.

## ABSTRAC

**Objective** of the study was to determine the relationship between caregiver burden and adherence to treatment in patients with schizophrenia treated in the Department of Mental Health Huancavelica 2018. **Material and method.** The study was of correlational level, quantitative type, of cross section. The sample consisted of 30 patients and 30 caregivers. The technique was the survey and the instrument a scale with political response items. **Results** In the burden variable of the caregiver it was observed that 70% (21) have an intense overload and 30% (9) have a slight overload and in the variable adherence to treatment it was observed that 93.3% (28) have good adherence to treatment and 6.7% (2) presents regular adherence to treatment. **Conclusion** Is concluded in the caregiver burden and treatment adherence variables, the majority presented an intense overload and a good adherence to the treatment.

**Keywords** Load, caregiver, adherence, treatment, Schizophrenia.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental Huancavelica 2018, el estudio fue de nivel Correlacional.

La esquizofrenia interfiere con la capacidad de afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad en el paciente. El paciente con esquizofrenia no es consciente de su enfermedad, pasando a ser dependiente de alguna ayuda, siendo la familia la que asume esta responsabilidad.

La familia que tiene el rol de cuidar a la persona con esquizofrenia, deben afrontar diversas dificultades asociadas a esta enfermedad. Estas familias pueden sufrir deterioro de su bienestar físico, emocional y social. Es importante conocer esta realidad en estos enfermos para generar pautas para la creación de un ambiente social que contribuya a la recuperación del enfermo, facilitar la labor del cuidador.

Para muchos pacientes es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico, es un problema bastante recurrente en los servicios de salud, que afecta especialmente en el tratamiento de las enfermedades mentales.

En la ciudad de Huancavelica los pacientes con esquizofrenia quedan a cuidado de sus familiares, porque carecen de los recursos para contratar personas que se puedan hacer cargo del paciente.

La organización de la tesis es la siguiente: CAPITULO I: planteamiento del problema. CAPITULO II: marco teórico. CAPITULO III: metodología de la investigación. CAPITULO IV: resultados; dentro del contenido también de encontrará las referencias bibliográficas, la bibliografía complementaria y los anexos.

Los autores

The logo of the Universidad Nacional de Huancavelica is a circular emblem. It features a central sun with rays, positioned above a horizontal line. The sun and line are set against a light blue background. The words "UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA" are written in a circular path around the emblem. The word "WANKAWILKA" is written in a larger, stylized font across the middle of the emblem.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

En la mayoría de las ocasiones el cuidado del paciente con esquizofrenia la asume un miembro de la familia, siendo muchas veces los padres del paciente, el esposo/a o hijo/a, el que atiende las necesidades físicas y emocionales del enfermo.

Cuidar de un familiar con esquizofrenia es una tarea bastante difícil. No obstante, en muchas ocasiones lo que se observa es que por atender las múltiples demandas del enfermo se desatienden las necesidades del cuidador, quedando éstas en segundo plano. La carga del cuidador va a depender del estado del paciente, siendo ligera en algunos y demasiado pesada en otros para que sólo una persona haga frente.

Según la OMS la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana (1).

Más del 50% de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada. El 90 por ciento de los esquizofrénicos que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja. La falta de acceso a

servicios de salud mental es un problema importante. Por otro lado, las personas con esquizofrenia son menos proclives a solicitar asistencia que el resto de la población (1).

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo y de larga evolución que afecta a todos los países, grupos socioeconómicos y culturas por igual. Es más, la prevalencia es similar en todo el mundo, una de cada 100 personas, y los síntomas (alucinaciones, delirios, falta de respuesta emocional, retraimiento social, depresión o apatía) pueden ser graves e incapacitantes, limitando la vida diaria de los pacientes (2).

En España hay unas 600.000 personas con criterios diagnósticos de esquizofrenia o trastornos asociados, lo que representa entre un 0,8 y un 1,3% de la población (2).

En México, existen aproximadamente 500 mil personas con esquizofrenia. “La cifra puede parecer pequeña si se compara con los 110 millones de habitantes que tenemos en total, pero este padecimiento tiene gran impacto porque es crónico (de larga duración) y su tratamiento es muy costoso, ya que los pacientes tienen recaídas que requieren hospitalización 3 ó 4 veces al año” (3).

La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar (4).

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos para cuidar la salud. Sin embargo, sus beneficios pueden verse alterados por la falta de cumplimiento. Según los datos aportados por el doctor Javier Soto, del Departamento de Farmacoeconomía de Pfizer, “la mala adherencia es responsable de entre el 5 y 10% de los ingresos hospitalarios, de 2,5 millones de urgencias médicas y 125.000 fallecimientos al año en Estados Unidos” (4).

De hecho, la no adherencia se traduce en un empeoramiento de la enfermedad, en un incremento de la morbi-mortalidad, en la disminución

de la calidad de vida y en la necesidad de administrar otros tratamientos, además de aumentar el consumo de recursos socio-sanitarios (4).

Cuando un paciente acude al sistema sanitario se generan una serie de costes asociados a ese acto médico, derivados de: Coste de adquisición, preparación, administración y monitorización de los medicamentos. Coste de hospitalización, visitas consulta externa y/o médico de familia, visita al servicio de urgencia, etc. Coste de consulta intrahospitalaria o entre niveles asistenciales. Pruebas complementarias efectuadas y analíticas realizadas. Cirugía y otros procedimientos (diálisis, trasplante, etc.). Coste de tratamiento recaídas/recidivas (4).

Estos costes se incrementan de forma exponencial en el momento en que no se cumple el tratamiento. “De hecho, los costes de hospitalización por mala adherencia representan cerca 13.350 millones de dólares en Estados Unidos, lo que constituye el 1,7% de su gasto sanitario” (4).

Pero la no adherencia no sólo afecta al sistema sanitario sino también al paciente “ya que los enfermos, señaló Javier Soto incurren en una serie de gastos asociados a los costes del desplazamiento a los centros de salud u hospitales, al tiempo perdido por ellos y sus familiares, al gasto de tener que contratar cuidadores para el paciente y también las modificaciones que se ven obligados a realizar en la casa para ajustarla a sus necesidades (instalación de rampas, etc.)”. A estos se añaden los gastos perdidos en productividad por los días de baja laboral y los años de vida productivos perdidos a causa de una muerte prematura (4).

De acuerdo con los estudios realizados, el 39% de los errores se deben a olvidos. Así, en los pacientes que no tienen bien definido el horario de la toma, existe un 80% de probabilidades que se le olvide. Además, los pacientes se pueden equivocar sobre todo si tienen que ingerir dos o tres medicamentos diferentes. El tercer problema más frecuente es la repetición de dosis que se produce en las personas que olvidan y confunden la hora a la que deben ingerir el tratamiento (4).

Cualquier medicación busca un efecto en el organismo y para ello necesita alcanzar un nivel terapéutico que sea lo menos perjudicial posible y donde se produzca un balance beneficio-riesgo positivo. Por lo

que no tomar el tratamiento prescrito de la forma adecuada puede suponer un riesgo” (4).

En el Perú, el Ministerio de Salud señala que existen cerca de 4.8 millones de personas que sufren de algún tipo de trastorno mental, indica que la esquizofrenia constituyen la primera causa de carga de enfermedad en el país y son responsables de la pérdida de casi un millón de años de vida saludables. Sin embargo, a pesar de estas alarmantes estadísticas, solo el 20% de los afectados recibe ayuda profesional, ya que la mayoría no accede a servicios de salud o no quiere reconocer que padece una enfermedad, de acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística (5).

“El número de casos de pacientes con enfermedades mentales está en aumento. A esto se adiciona la falta de especialistas para diagnosticar dichas patologías. La OMS recomienda que haya un psiquiatra cada 1000 personas, en el Perú hay un psiquiatra por cada 300,000 personas. Esta situación es bastante preocupante.” comenta la Dra. Claudia Huerta, Asesora Médica del laboratorio Sanofi (5).

De acuerdo con un estudio del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, en Lima el 12% de la población tendría síntomas de algún trastorno mental cada año, en su mayoría el de esquizofrenia. (6).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, el año 2017 la esquizofrenia ocupó el primer lugar de atenciones más frecuentes con 11 990 atenciones, de las cuales 6812 fueron para varones y 5178 para mujeres, y el segundo lugar en promedio de permanencia de hospitalización de adultos con 68 días de estancia, representando al 67.8% del total de hospitalizados (7).

Según la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Hermilio Valdizán, en el primer semestre del año 2018, la esquizofrenia fue motivo de atención en consulta externa un 28.07 % con un total de 11,641 atenciones, de los cuales 4, 906 atenciones fueron a mujeres y 6,735 atenciones a varones; en egresos en hospitalización un 47.09% con un total de 259 egresos, de los cuales 107 egresos fueron a mujeres y 152

egresos a varones, y en emergencia un 1.71 % con un total de 62 atenciones, siendo 26 atenciones a mujeres y 36 atenciones a varones (8).

El Hospital Guillermo Almenara (EsSalud) informó que, sólo el primer trimestre de este año 2018, atendieron 2 mil 895 consultas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, una de las causas más frecuentes de la consulta médica en el servicio de Psiquiatría (9).

Informó que un 1.5% de peruanos son afectados por esta patología, es decir 480 mil pacientes a nivel nacional padecen de algún tipo de psicosis, que incluye a la esquizofrenia, y muchos de ellos no reciben el tratamiento clínico temprano, por lo que pueden terminar siendo una carga para la familia (9).

Para identificar esta grave enfermedad mental, es importante observar algunos de los síntomas como el aislamiento, cambios de ánimos, descuido en el aseo personal, abandono de sus actividades cotidianas en el estudio y el trabajo y, principalmente, si ríe o habla solo. “Estos síntomas requieren de urgente evaluación clínica, de manera obligatoria y permanente, porque de no hacerlo el paciente se deteriora, pierde su capacidad cognitiva de manera progresiva y, en algunos casos severos, puede comprometer no sólo la salud mental del paciente y su familia, quienes podrían desarrollar estrés y depresión”, remarcó el especialista (9).

En la ciudad de Huancavelica los pacientes con esquizofrenia quedan a cuidado de sus familiares, porque carecen de los recursos para contratar personas que se puedan hacer cargo del paciente, la necesidad de trabajar de los familiares del paciente hace que se encuentren muchas horas fuera de casa si la posibilidad de cumplimiento de la medicación recetada, el trabajo y el cuidado del paciente les demanda todo su tiempo del familiar cuidador lo que deviene en la dificultad de darles el tratamiento indicado o llevarles a sus controles médicos y en el peor de los casos su precaria economía imposibilita hacer tratar al paciente con un profesional, estos hechos hacen que estos pacientes estén

deambulando por las calles, pues al ser abandonados por su familia, duermen en las calles y comen basura.

Según el reporte epidemiológico de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, en el primer trimestre del año 2018 se presentó 96 casos de episodios psicóticos (síntoma de esquizofrenia) a predominio de los hombres en un 53% (10).

En la región Huancavelica más de 100 personas que padecen de una penosa enfermedad, la esquizofrenia, reciben tratamiento en el departamento de salud mental del Hospital Regional de Huancavelica "Zacarías Correa Valdivia". Muchos de ellos, en anteriores oportunidades, presentaron conductas agresivas. Las cifras fueron proporcionadas por la psiquiatra Diana Figueroa La Torre, personal del referido departamento médico (11).

Figueroa aclaró que no es que se esté presentando un incremento de casos de este mal, si no que se están identificando más.

La psiquiatra explicó que los pacientes medicados están estables y pueden seguir su vida normal, incluso trabajar, pero cuando no reciben tratamiento pueden desarrollar patologías como paranoia, alucinaciones, escuchar y ver cosas que no existen, pensamientos de persecución, desanimo (11).

Del problema planteado se ha establecido las siguientes preguntas de investigación.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Pregunta general**

¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

1. ¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de salud mental Huancavelica 2018?

2. ¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y el servicio de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?
3. ¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y el personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?
4. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?
5. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?
6. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y las expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?

### **1.3.OBJETIVOS: General y Específicos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar población en estudio.
2. Establecer la relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
3. Establecer la relación entre la carga del cuidador y el servicio de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
4. Establecer la relación entre la carga del cuidador y el personal de

salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

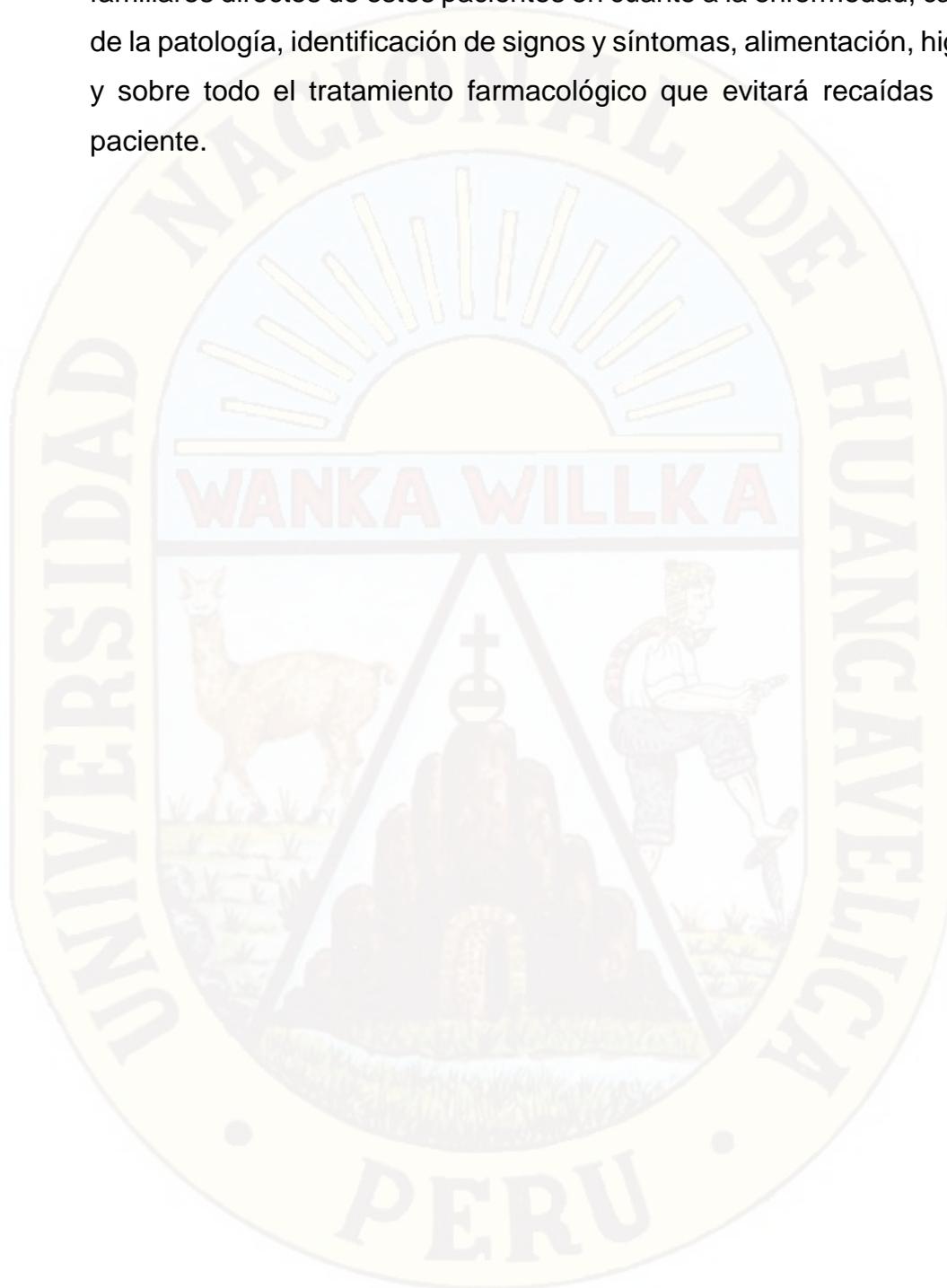
5. Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
6. Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y la relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
7. Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y las expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

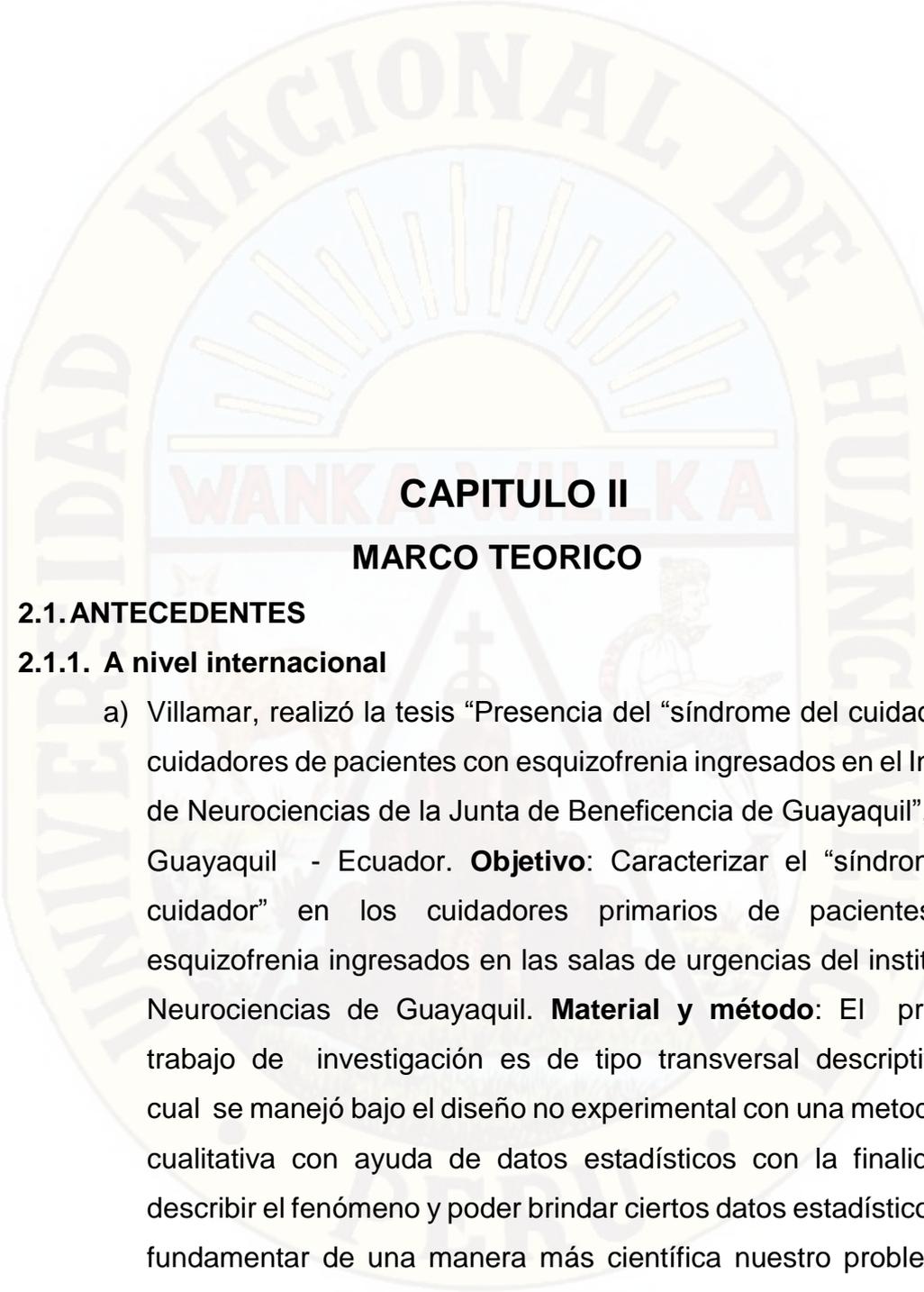
#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La Esquizofrenia es una de las principales causas de discapacidad que afecta toda la vida del paciente que se hace dependiente de los cuidados de los familiares de por vida. La familia desempeña un rol muy importante en la evolución de la enfermedad de cualquier persona, en el sentido de proporcionarle apoyo, cuidados, afecto y la ayuda para seguir las recomendaciones terapéuticas. En el caso de los pacientes con esquizofrenia la familia es clave para una intervención adecuada del paciente que pueda rehabilitarlo o prevenir su deterioro, una persona con trastornos mentales se encuentra limitada para realizar por si sola sus actividades básicas, especialmente tomar sus medicamentos, por lo que es el familiar quien proporcionará el apoyo y los cuidados necesarios. Muchos de estos pacientes presentan un comportamiento agresivo que puede dificultar el cuidado por parte del familiar que tienen que distribuir su tiempo entre el trabajo, las actividades del hogar, el cuidado de sus hijos, entre otros, esta acumulación de actividades puede estresar al cuidador provocándole un deterioro de su salud.

En esta investigación se va volver a corroborar la validez y confiabilidad empírica del instrumento.

Los resultados ayudaran a establecer estrategias de aprendizaje a los familiares directos de estos pacientes en cuanto a la enfermedad, causas de la patología, identificación de signos y síntomas, alimentación, higiene y sobre todo el tratamiento farmacológico que evitará recaídas en el paciente.





## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1. A nivel internacional

- a) Villamar, realizó la tesis “Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil”, 2014, Guayaquil - Ecuador. **Objetivo:** Caracterizar el “síndrome del cuidador” en los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del instituto de Neurociencias de Guayaquil. **Material y método:** El presente trabajo de investigación es de tipo transversal descriptivo el cual se manejó bajo el diseño no experimental con una metodología cualitativa con ayuda de datos estadísticos con la finalidad de describir el fenómeno y poder brindar ciertos datos estadísticos para fundamentar de una manera más científica nuestro problema de investigación. La muestra tomada es no probabilística de casos-tipo por lo que se tomaron 20 sujetos que estén realizando la labor de cuidadores primarios de entre 18 y 70 años de edad, de nivel económico alto, medio y bajo. **Conclusiones:** el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados

en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador caracterizado por dolor físico, desesperanza, falta de concentración, irritabilidad, aislamiento, miedo, estrés, inseguridad, entre otras; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos, así como también en el plano laboral ya que un 55% de los cuidadores ha tenido que abandonar su trabajo de manera total o parcial para hacerse cargo del paciente. (12)

- b) Ruiz, realizó la tesis “Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia”, 2015, Lejona - España. **Objetivo:** Estudiar la adherencia al tratamiento y la eficacia de las intervenciones médicas y psicoconductuales en pacientes esquizofrénicos y evaluar las repercusiones de éstas. **Material y método:** El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo el cual se manejó bajo el diseño no experimental. La técnica fue la revisión sistemática de la bibliografía. La revisión se ha llevado a cabo desde octubre de 2014 hasta mayo de 2015. **Conclusiones:** Se ha podido comprobar que la esquizofrenia es un trastorno mental crónico que puede acarrear graves consecuencias a nivel personal, social y económico. Los estudios también reflejan una mejor adherencia al tratamiento cuando hay un ambiente familiar bueno y tienen apoyo familiar, y cuando los sujetos mantienen una buena relación terapéutica con los profesionales sanitarios. De hecho, los casos contrarios donde no había apoyo familiar o había una relación paciente-sanitario pobre se consideraban como factores de riesgo. (13).

### 2.1.2. A nivel nacional:

- a) Correa, realizo la tesis “Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud 2014”, 2014 Lima – Perú. **Objetivo:** determinar el nivel de sobrecarga que presentan los familiares cuidadores de pacientes

con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud -2014. **Material y método:** Es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, corte transversal. La población estuvo conformada por 33 familiares. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento Escala Zarit. **Conclusiones:** Se encontró que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones, en su mayoría es de nivel leve. (14).

- b) Paucar, realizo la tesis “Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD – 2010”, 2010, Lima – Perú. **Objetivo:** Determinar los factores relacionados a la no adherencia del tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos. **Material y método:** Es de tipo descriptivo de corte transversal. Como base de instrumento: encuesta al paciente y a sus respectivos familiares. La población estuvo conformada por Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según CIE-10 OMS, atendidos en la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (ESSALUD) y con un tiempo de tratamiento mayor o igual a 3 años. **Conclusiones:** La adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendido en consulta externa del Departamento de psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ESSalud, en el último trimestre del 2010 fue de 67%. El 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación. El 34% de los pacientes no cumplen con sus controles periódicos, estando asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento. Asimismo, se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el trato hospitalario (muy bueno y bueno) con la adherencia al tratamiento farmacológico (15).

### **2.1.3. A nivel local**

No se encontró antecedentes a nivel local.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Modelo teórico expandido del cuidado**

Los autores distinguen dos componentes en el proceso de cuidar: la apreciación primaria y la apreciación secundaria (16).

La carga se solapa en los componentes subjetivos del modelo descrito previamente y ofrece un esquema que permite comprender cómo se siente el cuidador respecto a la situación de cuidado (16).

En la apreciación primaria, las personas valoran el carácter de un determinado evento para ellas como irrelevante, benigno o negativo. Si el evento no representa ninguna amenaza no se establece ninguna condición estresante para el individuo. Por el contrario, si se estima que el evento tiene un carácter negativo, se da paso al proceso de apreciación secundaria. En ese caso, la persona valora los recursos disponibles para afrontarlos y las potenciales consecuencias que podrían producirse en función del éxito o no de ese afrontamiento (16).

Este modelo adopta un acercamiento multidimensional, con la integración de variables contextuales, como los factores demográficos (edad, sexo, estado civil, ingresos, situación laboral), la estructura y los vínculos familiares, el tipo de relación previa al cuidado, la disponibilidad de cuidadores y de servicios, así como el contexto cultural y las características propias del cuidado (16).

Es en este marco teórico, en el que cobra sentido el concepto de carga del cuidador utilizado por Zarit con el que pretendía evaluar si las demandas a las que se enfrentaban los cuidadores eran superiores a las que estaban dispuestas a asumir (16).

Para este autor, la carga es similar al proceso de “valoración secundaria” observada en el modelo de estrés-afrontamiento, por lo que, los cuidadores apreciarían carga si perciben que las demandas de la situación son superiores a sus recursos. En este caso la carga sería subjetiva y reflejará por tanto las diferencias individuales, por lo que, algunas personas se

sentirán sobrecargadas mientras que otras no. Es decir dependerá de la valoración (16).

Finalmente, la experiencia del cuidado implicaría una serie de consecuencias, tanto negativas como positivas. Las repercusiones negativas podrán tener asiento a nivel de la salud física y psíquica (depresión, trastornos psicosomáticos, etc.) del cuidador y podrían derivar en que el cuidador abandone su rol (16).

En este sentido, si los recursos que utiliza el cuidador son evaluados por éste como adecuado, el cuidador probablemente continuará en su rol sin sentimientos excesivos de tensión física y emocional. Por el contrario, cuando los recursos son excedidos por las demandas, puede configurarse una crisis y derivar en consecuencias negativas en la salud del cuidador y su respectiva sobrecarga (16).

### **2.2.2. Modelo transaccional adaptado al cuidado (Lazarus y Folkman)**

Es el modelo que más se adapta a la situación de cuidado. Supone que cuidar a una persona con dependencia es un importante estresor para los cuidadores y la familia, afectando al cuidador a nivel físico, mental y social, aunque dicho efecto es mediado por los recursos de afrontamiento y el apoyo social (16).

Al conceptualizar el cuidado como un evento vital estresante, tanto la familia en su conjunto, como las personas que asumen el rol de cuidar al paciente, suelen experimentar graves consecuencias físicas y psicosociales de importancia, aunque hay algunos aspectos positivos, como los sentimientos de satisfacción y maestría. Para explicar dicho proceso Lazarus y Folkman proponen el modelo relacional o transaccional. La satisfacción se refiere a los sentimientos de placer y disfrute por ayudar y sentirse unido a la persona cuidada y la maestría se refiere a la confianza del cuidador en sí mismo y en su capacidad de ofrecer una asistencia de calidad (16).

Dicho enfoque define al estrés como el resultado de una interacción entre las personas y el contexto que es evaluado por éstas como amenazante ó desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (16).

El modelo maximiza la relevancia de los factores psicológicos (cognitivos y conductuales) que median entre estímulos y respuestas. Es decir, en las

dimensiones básicas de valoración cognitiva y afrontamiento, entiende ambos como los mediadores de las reacciones del estrés a corto, medio y largo plazo. La evaluación cognitiva que haga la persona del potencial estresor es clave en términos de la capacidad para causar daño, por lo que, es más relevante la interpretación del suceso que el suceso mismo. Dicha respuesta va a depender de las diferencias individuales de los cuidadores (16).

### **2.2.3. Modelo de información, motivación y habilidades conductuales**

De acuerdo al modelo, la información de salud, la motivación para actuar según esta información, y las habilidades conductuales para actuar efectivamente, son determinantes fundamentales de la iniciación y mantención de las conductas de salud. La información y motivación del individuo afectan su conducta de salud mediante sus habilidades conductuales. Es decir, estimulan el desarrollo y aplicación de habilidades conductuales de salud, las que se usan para iniciar y mantener conductas de promoción de salud en el tiempo. En aquellos casos en que no se requieran habilidades conductuales nuevas o complejas para la ejecución de determinadas conductas de salud, puede haber conexiones directas entre la información o motivación y la ejecución de tales conductas (17).

**Información y conducta de salud:** De acuerdo al modelo, la información que es relevante para la práctica de una conducta de salud es un prerrequisito crítico para el inicio y la mantención de tal conducta. Entre las características que debe tener tal información estarían: el que sea fácilmente comprensible por los individuos destinatarios, que sea fácilmente traducible en conductas concretas de los destinatarios, que no provoque un alto nivel de temor, que contenga recomendaciones específicas fáciles de implementar, y que no promueva conductas de riesgo (17).

**Motivación y conducta de salud:** El modelo plantea que la motivación para llevar a cabo conductas de salud se basa en motivación personal (actitudes hacia la práctica personal de tales conductas), motivación social (normas sociales y percepción de apoyo social para la ejecución de la conducta) y, en algunos casos, ciertas respuestas emocionales (17).

**Habilidades conductuales y conducta de salud:** El modelo también plantea que las habilidades conductuales para realizar una secuencia de actos de promoción de salud determinarán si el individuo será capaz de involucrarse en conductas de salud efectivamente. Las habilidades conductuales consisten en habilidades objetivas para la ejecución de actos de promoción de salud y en la auto-eficacia para llevar a cabo tales conductas, estando ambas habilidades altamente correlacionadas (17).

#### **2.2.4. CARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

La carga es la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado. La carga es un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador. La carga se entiende como la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro. La carga es el impacto que el cuidado tiene sobre la salud mental, la salud física, otras relaciones familiares, el trabajo y los problemas financieros del cuidador (18).

##### **2.2.4.1. Efectos del cuidado desde el modelo sociocultural del estrés**

El estrés del cuidador se concibe como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas. Así, los modelos basados en el estrés y afrontamiento y que han sido adaptados a la situación de cuidado suelen incluir los siguientes aspectos (16):

- Variables contextuales como la edad, el género, el parentesco con la persona cuidada, aspectos de salud del cuidador.
- Los estresores objetivos como las demandas asociadas a la situación de cuidado y los comportamientos de la persona receptora de los cuidados.
- La valoración de los estresores objetivos, es decir incluye la percepción de la situación de cuidados por parte del cuidador y cómo evalúa esta demanda.
- Las variables mediadoras como el afrontamiento, el apoyo social, la salud mental, auto eficacia, etc.

- Las repercusiones de las demandas del cuidado en diversos ámbitos (físicas, psicológicas, sociales).

A continuación se explican en detalle las diversas dimensiones que comprende el modelo de estrés afrontamiento (16):

#### **a) Variables contextuales del cuidado**

Las variables del contexto han sido señaladas por los diversos modelos de estrés afrontamiento como aquellas variables existentes previamente a la situación de tener que cuidar al familiar y que definen el entorno en el que el cuidado tendrá lugar. Dichas variables son las sociodemográficas, las relaciones entre el cuidador y receptor de cuidados y la percepción de salud por parte del cuidado (16).

La importancia de dichas variables es que pueden influir de diverso modo sobre el proceso de cuidados ya que tienen el potencial de atenuar o exacerbar los efectos del impacto y ser predictoras del malestar físico y emocional del cuidador (16).

#### **b) Estresores del cuidado**

Los estresores se refieren a las experiencias problemática asociadas a las demandas del cuidado del paciente.

Los estresores tienen el potencial de influir sobre el proceso de adaptación de las personas al proceso de cuidado y pueden afectar al bienestar del cuidador, del enfermo y de la familia, se dividen en estresores primarios objetivos y subjetivos. Los estresores primarios se refieren a los eventos y acciones directamente asociados con la situación de dependencia de la persona receptora de los cuidados. Incluyen las demandas en lo que respecta al desempeño de las actividades de la vida diaria, los problemas de conducta del paciente y las necesidades de asistencia (número de horas para atender al paciente), así como, el tipo y la severidad de la enfermedad, es decir el grado de dependencia (16).

Los estresores primarios pueden repercutir en el ámbito externo al contexto del cuidado, a lo que los autores denominan estresores secundarios y se manifiestan en forma de conflictos familiares, laborales, económicos, reducción del tiempo libre, limitación de las actividades sociales (tensiones de rol) y tensiones intrapsíquicas como la

autoestima, pérdida de la identidad, culpabilidad, etc (16).

### **c) Estresores secundarios del cuidado (consecuencias en otras áreas)**

Se ha documentado ampliamente el impacto del cuidado en otras áreas vitales del cuidador como el laboral, tiempo para el ocio y relaciones sociales, ámbito profesional, etc.

Estos efectos repercuten negativamente en la calidad de vida de los cuidadores y las familias con enfermos dependientes (16) .

Algunos autores consideran, que cuidar a una persona dependiente puede aumentar los problemas familiares, ya que dicha actividad supone una carga, que puede amplificar los conflictos preexistentes ó generar nuevos. Dichas crisis son recurrentes en los momentos en que se tienen que tomar decisiones trascendentales. Por ejemplo, decidir sobre continuidad de tratamientos médicos, la continuidad del cuidado después de un período de hospitalización, traslados de la persona dependiente entre diversos domicilios, institucionalización del paciente, etc. Asimismo, los conflictos pueden ser ocasionados por la dificultad de compatibilizar entre las necesidades del cuidador y las demandas de cuidado del familiar (16).

### **d) Variables mediadoras del impacto del cuidado**

Por variables mediadoras se entienden todas aquellas que atenúan o incrementan el impacto del cuidado en los cuidadores y grupo familiar. Es decir, son aquellas terceras variables que influyen en la relación entre una variable independiente y otra dependiente.

Dichas variables, con frecuencia, son las responsables de que los cuidadores se vean afectados de manera distinta, a pesar de encontrarse en situaciones similares.

Tradicionalmente las estrategias de afrontamiento y el apoyo social han sido las variables mediadoras más destacadas en el proceso regulador o atenuador del impacto del cuidado en los cuidadores (16).

#### **2.2.4.2. La familia y la función familiar**

Las personas mayores tienen la expectativa de que sus hijas y esposas participen en el cuidado cuando no puedan valerse por sí mismas. Dicha adscripción del rol de cuidador sigue una pauta de género. Además, el cuidado se articula a través de una tradición cultural de interdependencia

familiar sobre la base de intercambios de reciprocidad lo cual es asumido como un deber moral fundamentado en el amor filial. Este hecho supone que la familia es el escenario natural en el que transcurren los intercambios de cuidados de salud de las personas, además de ser el espacio preferido por los mayores, por lo que, unas relaciones familiares armónicas reducen la incertidumbre respecto a esta necesidad (16).

Se ha señalado que la enfermedad y la dependencia impactan a la familia en su conjunto por lo que, el análisis de dicho impacto es fundamental para comprender la importancia de la familia en el proceso de cuidado (16).

La familia se conceptualiza como un sistema abierto que interactúa entre sí, que mantiene relaciones hacia fuera con otros sistemas como son las instituciones de salud y/o de educación y es la principal red de apoyo social para las personas con dependencia (16).

Asimismo, la familia se define como la unidad básica de la sociedad y es una red de relaciones emocionalmente cargadas, y se considera que el afecto mutuo entre sus miembros es la base de solidaridad y lealtad. Desde el punto de vista sociológico, la familia se concibe como el grupo social primario y dinámico, constituido por dos o más personas, que forman un núcleo de convivencia y que están unidas por lazos de sangre, legales o consensuales y afectivos, cuyas relaciones se caracterizan por la intimidad, la solidaridad y la duración. Por tanto, las relaciones familiares y la red de apoyo socio familiar constituyen un factor de relevancia (16).

Otros estudios plantean que la familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. En este sentido, la familia constituye la unidad básica y la principal red de apoyo psicosocial, sobre todo, en situaciones de crisis como la enfermedad, la vejez y la dependencia (16).

En suma, las diversas definiciones caracterizan a la familia como un todo, con lo cual las partes (individuos) que lo componen sólo pueden explicarse en términos de sus interacciones. Asimismo, el individuo es parte del sistema familiar y sus comportamientos repercutirán en toda la familia y a su vez las variaciones en la familia repercutirán en el individuo.

La familia está conformada por códigos que regulan las transacciones entre los miembros. En este sentido, la familia entendida como un escenario natural de solidaridad, tiene el potencial de proveer de cuidados de salud, compartir recursos materiales, afectivos, apoyo mutuo y comprensión. Por ello, en la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia y es una de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida (16).

#### **2.2.4.3. Esquizofrenia**

La esquizofrenia es un trastorno mental, se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta (1).

Existen otras definiciones de la esquizofrenia es así que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) describe como un “trastorno que se caracteriza por distorsiones 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. En general, se conservan 16 tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de su misma” (19).

La esquizofrenia persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos) (20).

Por su gravedad, este trastorno es considerado como una de las enfermedades más devastadoras dentro del ámbito de la psiquiatría, debido a que una gran mayoría de los pacientes que la desarrollan intentan suicidarse, logrando este cometido un 10% a 15% de los enfermos, lo cual

hace que la persona esquizofrénica tenga una esperanza de vida de 10 a 12 años menor a la de la población sana (21).

#### **2.2.4.3.1. Clasificación**

##### 1) F20.0x Tipo paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos (20)

##### 2) F20.1x Tipo desorganizado

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente.. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia (20).

##### 3) F20.2x Tipo catatónico

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa (20).

##### 4) F20.3x Tipo indiferenciado

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia (ver la introducción a F20) pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de

uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, F20.5, y a la depresión postesquizofrénica, F20.4) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes (20).

#### 5) F20.5x Tipo residual

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles (20).

### **2.2.4.3.2. Etiología**

La etiología de esta enfermedad es incierta, pero se han descrito factores que influyen en su desarrollo (22).

#### a) Factores genéticos

Variaciones de la secuencia de ADN dentro de la región cromosómica 22q11 asociado con el síndrome de DiGeorge probablemente confieren cierta susceptibilidad a sufrir trastornos psicóticos. La hiperprolinemia asociada a supresión de prolina deshidrogenasa, es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno esquizoafectivo (22).

#### b) Alteraciones bioquímicas

La hipótesis dopaminérgica establece que una excesiva actividad de este neurotransmisor en LCR, sería responsable de algunos síntomas positivos. En la aparición del resto de los síntomas, se trata de implicar a otros neurotransmisores como, serotonina, noradrenalina y el GABA (22).

Estudios postmortem del cerebro han demostrado déficit de GABA en personas esquizofrénicas. Existe también disminución de las interneuronas inhibitorias, enzimas que sintetizan el transmisor inhibitorio ácido-amino butírico, neuropéptidos como somatostatina y colecistocinina. Además de estos cambios hay una pérdida de dendritas y axones que conectan a las

neuronas entre sí, lo que refleja el fracaso de las neuronas piramidales e inhibitorias para formar la conexión sináptica (22).

c) Factores psicosociales

La teoría psicoanalítica de Freud postuló que la esquizofrenia es el resultado de fijaciones en el desarrollo y que un "yo" defectuoso contribuía a los síntomas de la esquizofrenia. Muchas de las ideas de Freud referentes a la esquizofrenia eran pintorescas debido a su falta de conocimiento de pacientes esquizofrénicos. Por el contrario Harry Stack Sullivan sometió a los pacientes esquizofrénicos a psicoanálisis intensivos y concluyó que el trastorno era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente las relacionadas con cuidados maternos defectuosos o ansiosos (22).

d) Neuropatología

Se ha evidenciado alteraciones en el funcionamiento de los lóbulos frontales, tanto en pruebas neuropsicológicas como en pruebas de neuro imagen (descenso de la perfusión en dichos lóbulos en la SPECT e hipometabolismo en la PET (22).

Se observa también dilatación del tercer ventrículo y de ambos ventrículos laterales, existe además pérdida de la simetría cerebral normal y cambios en la densidad neuronal. Disminución del tamaño de regiones cerebrales como el hipocampo, amígdala, circunvolución parahipo campal con afectación en algunos casos de los ganglios basales. Otros hallazgos anormales como desinhibición en los movimientos oculares e incapacidad para la persecución visual lenta (22).

#### **2.2.4.3.3. Cuadro clínico**

Los primeros signos y síntomas de la enfermedad aparecen más comúnmente durante la adolescencia o el inicio de la edad adulta. A pesar de poder surgir de forma abrupta, el cuadro más frecuente se inicia de manera insidiosa. Síntomas prodrómicos poco específicos, incluyendo pérdida de energía, iniciativa e intereses, humor depresivo, aislamiento, comportamiento inadecuado, negligencia con la apariencia personal e higiene, pueden surgir y permanecer por algunas semanas o hasta meses

antes de la aparición de síntomas más característicos de la enfermedad. Los familiares y amigos en general perciben cambios en el comportamiento del paciente, en sus actividades personales, contacto social y desempeño en el trabajo y / o escuela (23).

Los síntomas esquizofrénicos de acuerdo a sus características se clasifican en tres categorías principales (21):

**1. Síntomas positivos:** presentes en la fase crónica de la enfermedad, siendo una característica esencial, la pérdida del contacto con la realidad, que puede presentarse de manera intermitente, e intensa o en ocasiones es casi imperceptible, dependiendo de que el individuo esté recibiendo o no un tratamiento adecuado. Dentro de este grupo sintomatológico se pueden mencionar la presencia de (21):

a) Alucinaciones: donde la persona, escucha ve y siente cosas que nadie más puede ver, escuchar o sentir. Por lo general, las voces son el tipo de alucinación más común y puede afectar al paciente por mucho tiempo sin que los familiares puedan notarlo (21).

b) Delirios: que consiste en que los pacientes tienen creencias falsas, que se mantienen firmes en su pensamiento y que forman parte de su vida cotidiana. Este síntoma, puede mantenerse a pesar de que otras personas le demuestren que estos no son reales, pudiendo de igual forma desarrollar un delirio paranoico, porque cree que los demás intentan hacerle daño o engañarlo, denominándose "delirio de persecución".

c) Trastorno del pensamiento: presente cuando la persona adquiere una manera inusual o disfuncional de pensar, pudiendo inventar palabras sin ningún sentido (neologismos); además desorganización en el pensamiento, convirtiendo muchas veces su lenguaje, en oraciones difíciles de entender. Otra forma de expresión del cuadro clínico es el "bloqueo de pensamiento" (ausencia repentina de conversación), donde el paciente en forma súbita deja de comunicarse verbal o físicamente con las personas (21).

d) Trastorno del movimiento: caracterizado por movimientos agitados del cuerpo, de manera repetitiva, pudiendo llegar a la catatonía, momento en que la persona no se mueve ni habla con los demás (21).

**2. Síntomas negativos:** los síntomas negativos se producen cuando se interrumpen las emociones, así como los comportamientos normales del paciente. En ocasiones, estos síntomas son más difíciles de identificar, debido a que se confunden con los de la depresión u otras condiciones psiquiátricas. Las personas que los sufren necesitan ayuda en la realización de sus tareas diarias y en ocasiones descuidan su higiene personal, haciéndolos parecer como perezosas o pesimistas. Este tipo de síntomas pueden ser (21):

a) Afecto plano: en la cual la persona no mueve el rostro, que se muestra inexpresivo, además de un habla con voz desanimada y monótona (21).

b) Falta de satisfacción en la vida: el paciente no se encuentra cómodo con su vida cotidiana, produciéndole un desagrado que lo manifiesta de manera reiterada (21).

c) Falta de habilidad en sus actividades: el paciente no puede iniciar ni mantener sus actividades diarias, mostrando un desempeño poco pulcro y organizado (21).

d) Falta de comunicación: la persona no puede interactuar con su entorno, a pesar de verse forzada a hacerlo (21).

**3. Síntomas cognitivos:** que se caracterizan por ser más sutiles, convirtiéndose en datos difíciles de reconocer, produciendo en ocasiones angustia emocional, por su incapacidad de relacionarse con la vida. Los síntomas cognitivos incluyen (21):

a) Problemas en el aprendizaje: el paciente, no puede concentrarse ni prestar atención, con severos problemas en la memoria, por lo que no cuenta

con la habilidad de utilizar la información inmediatamente después de haberla aprendido (21).

b) Déficit del funcionamiento razonable: la persona esquizofrénica no puede comprender la información y utilizarla para la toma de decisiones (21).

#### **2.2.4.3.4. Tratamiento**

**1. Tratamiento psico-social:** Las intervenciones psicosociales están encaminadas a mejorar las relaciones interpersonales y dotar al paciente y a la familia de estrategias para lograr la rehabilitación del déficit cognoscitivo y del aislamiento social que produce la esquizofrenia. Deben, brindar apoyo, al paciente, familiares y cuidadores, para afrontar la discriminación y el rechazo (22).

**a) Programas de psico-educación:** Debe ser capaz de desarrollar en el paciente y en sus familiares técnicas y estrategias para identificar síntomas y circunstancias que estén relacionadas con las recaídas clínicas o con comportamientos de alto riesgo (22).

#### **b) Intervenciones psicosociales de tipo individual**

- Terapia psicodinámica: eficaz en casos individuales, no ha mostrado disminuir las recaídas clínicas ni las readmisiones hospitalarias.
- Terapia de apoyo.
- Manejo de caso: disminuir promedios de estancia hospitalaria y el número de nuevas hospitalizaciones.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Rehabilitación vocacional: encaminada a disminuir el déficit cognoscitivo y a ayudar al paciente a encontrar un empleo que se ajuste a sus necesidades (22).
- **Terapia cognoscitiva y comportamental:** El objetivo es reducir la intensidad de los delirios y de las alucinaciones en el paciente que no ha mejorado con el tratamiento farmacológico, y promover su participación activa en la reducción de los riesgos de recaída clínica y de los niveles de desadaptación social (22).

- *Rehabilitación cognoscitiva*: el objetivo es prevenir las recaídas clínicas.
- *Cambios en el contenido cognoscitivo*: aumentan la habilidad del paciente para afrontar los síntomas psicóticos residuales pero no reducen la posibilidad de recaída clínica (22).

**c) Intervenciones psicosociales en la familia:** la familia del paciente con esquizofrenia, con frecuencia, debe asumir privaciones económicas, aislamiento social y sobrecarga psicológica, además del estrés que ocasionan los síntomas psicóticos, las crisis de agitación y las hospitalizaciones (22).

Los programas de intervención familiar comprenden sesiones educativas, información sobre la etiología, curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, identificación de las casusas estresantes relacionadas con las recaídas clínicas, identificación de las respuestas emocionales de los familiares ante el diagnóstico y el comportamiento del paciente, obtención de expectativas reales, mejoramiento de la comunicación intrafamiliar, entrenamiento en solución de conflictos y empleo de técnicas cognoscitivas comportamentales (22).

A menudo es necesaria la hospitalización, sobre todo cuando el comportamiento del paciente muestra una gran desorganización (22).

## **2. Tratamiento farmacológico**

**Indicaciones clínicas:** los antipsicóticos se utilizan para tratar todas las formas de esquizofrenia. El índice de mejoría es cercano al 80%. Es posible que los pacientes cuyos síntomas conductuales empeoren con el uso de antipsicóticos tengan algún trastorno orgánico no diagnosticado, como toxicidad por anticolinérgicos (22).

Es posible que en los casos resistentes se necesite el uso concomitante de litio, carbamazepina o ácido valproico (22).

**Formas y patrones de dosificación:** los fármacos antipsicóticos incluyen los neurolépticos típicos así como nuevos neurolépticos atípicos (22).

### Típicos

**Clorpromazina:** antagonista de los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub> y similares (D<sub>3</sub> y D<sub>5</sub>), induce la reducción de la transmisión neuroléptica en el cerebro anterior. También bloquea los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>1</sub> y 5-HT<sub>2</sub> lo que induce efectos ansiolíticos y anti agresivos y una atenuación de los efectos extrapiramidales. Finalmente, produce efectos antidepresivos y antiparkinsonianos, aunque también es el responsable de la agitación psicomotora y de la amplificación de la psicosis que a veces se observa en la clínica (22).

**Haloperidol:** es la única butirofenona de uso frecuente en la psiquiatría, que tiene acción muy similar a las fenotiazinas. Produce una eficaz sedación psicomotriz, que explica el favorable efecto que produce en manía y otros síndromes de agitación (22).

### Atípicos

Son fármacos neurolépticos de mejor actividad, entre estos tenemos:

**Olanzapina:** bloqueador potente de los receptores muscarínicos, colinérgicos, 5-HT<sub>2</sub> y dopaminérgicos D<sub>1</sub>, D<sub>2</sub>yD<sub>4</sub>. Las dosis altas de olanzapina (12.5 a 17.5 mg) parecen ser más eficaces que las dosis bajas. Está disponible en una forma oral soluble para pacientes que no toleran la administración oral estándar, y en forma inyectable para el tratamiento de la agitación aguda relacionada con la esquizofrenia. La olanzapina conlleva una incidencia mucho menor de reacción distónica que el haloperidol y tal vez es menos probable que cause discinesia tardía. Sus efectos secundarios más frecuentes incluyen: cefalea, somnolencia, agitación, nerviosismo, insomnio, mareo y aumento de peso considerable (22).

**Quetiapina:** es un neuroléptico que ejerce mayor bloqueo de los receptores 5-HT<sub>2</sub> que de los D<sub>2</sub>, así como afinidad relativamente alta a los receptores adrenérgicos a 1 y a 2. Es muy eficaz para tratar síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia con menos efectos secundarios extrapiramidales (22).

**Aripiprazol:** es el primer neuroléptico que estabiliza la dopamina (22).

### 2.2.5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia (4).

El concepto de adherencia o cumplimiento al tratamiento hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa de tratamiento y continuar con el mismo, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los psicólogos, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico (24).

Además de implicar una diversidad de conductas y cambios de conducta, la adherencia puede ocurrir en cual-quier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) o circunstancias (ej.: el paciente se adhiere bien a la recomendación de no consumir alcohol cuando está en casa pero los fines de semana la incumple), o a ciertas prescripciones o recomendación pero no a otras (ej.: un diabético insulín dependiente se puede adherir bien a las inyecciones de insulina pero no a la dieta prescrita) (24).

Por lo tanto, al hablar de la adherencia estamos haciendo referencia a un fenómeno múltiple, porque son muchas las conductas que en ella se incluyen (tomar la medicación, acudir a las citas, evitar conductas de riesgo), y complejo porque se puede dar en un momento pero no en otro, en unas circunstancias pero no en otras y a una parte del tratamiento pero no a otras (24).

### **2.2.5.1. Consecuencias clínicas y económicas del incumplimiento**

La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva múltiples consecuencias, tanto clínicas como económicas, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso. A continuación se describen cada una (25):

#### **a) Consecuencias clínicas**

El incumplimiento con el tratamiento anticonceptivo oral produce en Estados Unidos 700000 embarazos no deseados cada año. En el caso de la supresión de la infección por *Helicobacter pylori*, el principal factor predictor del éxito del tratamiento es el cumplimiento. Un estudio clásico realizado por Graham et al determinó que la tasa de éxito se situaba en un 96% en pacientes que tomaban como mínimo un 60% de la medicación, y disminuía hasta un 69% si el porcentaje de toma era inferior. A la hora de analizar las consecuencias del incumplimiento terapéutico, es necesario tener presentes la dificultad para medirlo, la diferente metodología utilizada y la inexistencia de un estándar de referencia, por lo que la comparación entre diferentes tasas debe realizarse con cautela (25).

Existe una asociación clara y directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de peores resultados en salud. La diferencia entre eficacia y efectividad de los tratamientos se hace todavía más patente en presencia de situaciones de incumplimiento terapéutico. La consecución de niveles aceptables de cumplimiento ayuda a conocer los beneficios reales de los fármacos y evita la aparición de incertidumbre sobre su efectividad. El impacto clínico de la falta de adherencia depende de la interrelación entre tres factores: el tipo de incumplimiento, la enfermedad tratada y las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas del medicamento. En cuanto al tipo de incumplimiento terapéutico se pueden presentar dos situaciones: que no se llegue a iniciar el tratamiento, con lo que las consecuencias clínicas que se podrán observar serían similares a las que aparecerían al seguir la enfermedad su curso natural, o que se interrumpa

una vez iniciado, en cuyo caso las consecuencias dependerán fundamentalmente de la afección (gravedad, cronicidad, curso sintomático o no y pronóstico) y del fármaco, cuyas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas determinarán el grado de cobertura y de mantenimiento del efecto terapéutico (25).

#### **b) Consecuencias económicas**

La deficiencia en el cumplimiento de los objetivos de salud trazados repercute, en la gran mayoría de las situaciones, en un aumento de los costes. Éstos se generan debido al aumento de hospitalizaciones y visitas a los centros ambulatorios y de urgencias, aumentos de dosis o cambios en la prescripción o aumento o realización de pruebas diagnósticas más invasivas. En Estados Unidos se ha estimado un coste de 100 billones de dólares al año derivado de la toma incorrecta de la medicación. De este coste, 25 billones correspondían a ingresos hospitalarios y 70 billones, a pérdida de productividad y muerte prematura. Los costes aumentan como consecuencia de los niveles altos de mortalidad y morbilidad que origina el incumplimiento terapéutico. Esto ocurre por ejemplo en el caso de la esquizofrenia, en la que el incumplimiento terapéutico reduce la efectividad de los tratamientos y causa un efecto directo en los costes debido a un aumento de las recaídas y re hospitalizaciones. Éstas constituyen el principal coste asociado a la enfermedad, por lo que el cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia es clave para el control de sus costes derivados (25).

#### **2.2.5.2. Causas de incumplimiento**

Existen varios factores que pueden desembocar en un problema de adherencia, y la mayoría de ellos están estrechamente relacionados. A continuación se revisan los principales (25):

##### **a) Razones relacionadas con el paciente**

La edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el

tratamiento. Otras veces la causa es un simple olvido o dificultades a la hora de conseguir la medicación. La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como el Alzheimer también son de las principales razones para el incumplimiento. Por último, es necesario destacar la especial relevancia de este problema en dos poblaciones especiales: ancianos y niños, en los que aspectos como la seguridad o la simplificación de los regímenes terapéuticos son clave.

#### **b) Razones relacionadas con el fármaco**

Efectos adversos: la interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Éstos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación.

Características del principio activo: farmacodinamia, farmacocinética, forma farmacéutica y características organolépticas. Es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso derivado de su utilización a corto plazo. En trastornos como la depresión, en la que se comienza a observar los beneficios tras un periodo más o menos prolongado después de tomar la medicación, se ha observado que sólo de un 25 a un 50% de los pacientes siguen las recomendaciones de las guías clínicas en cuanto a la duración apropiada del tratamiento. Un factor importante que conduce al incumplimiento es la complejidad del régimen terapéutico del paciente, que produce asimismo un aumento de la probabilidad de error en la toma de la medicación. Por ello, la simplificación del tratamiento aumenta la adherencia del paciente a la terapia y de este modo la probabilidad de resultados positivos.

Coste: el incremento en el precio de los fármacos, así como el aumento del copago de los medicamentos financiados públicamente, origina un incremento en el gasto en medicamentos para el paciente y, por lo tanto, puede constituir una barrera para el cumplimiento del régimen terapéutico.

### **c) Razones relacionadas con la enfermedad**

En general las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas. El problema del incumplimiento del tratamiento cobra una especial relevancia en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, debido al problema de la aparición de resistencias, que pueden convertirse en un problema de salud pública. Por ejemplo, el incumplimiento con la terapia antirretroviral en el tratamiento del sida puede conducir a la aparición de resistencias originadas por una mutación del virus, lo que origina un problema de salud pública si otros pacientes se infectan.

### **d) Razones relacionadas con el profesional sanitario**

La falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

De todos los factores anteriormente mencionados, algunos de ellos han sido identificados como clave y predictores de una baja adherencia a la medicación. Éstos son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias del incumplimiento por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento o falta de un plan elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de efectos adversos, coste de la medicación y/o copago, no acudir a las citas médicas, presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad, creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas.

### **2.2.5.3. Estrategias para promover el cumplimiento terapéutico**

De manera general, se pueden agrupar en las siguientes categorías (25):

a) **Técnicas:** normalmente dirigidas a simplificar el régimen de prescripción

reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas.

b) **Conductuales**: las más comunes proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas, mensajes postales o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de organizadores de medicación. Otra clase de intervención consiste en monitorizar la toma de medicación por medio de calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación, ofrecer recompensas en caso de cumplimiento terapéutico, etc.

c) **Educativas**: aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a éste.

d) **De apoyo social y familiar**: las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (p. ej., programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio, etc.), y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

e) **Dirigidas al profesional sanitario**, la administración y la industria farmacéutica: tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales normalmente basadas en recordar al médico la necesidad de abordar medidas preventivas con sus pacientes. En lo que respecta a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos.

f) **Combinadas**: realizan varias intervenciones de forma paralela.

## 2.3. HIPÓTESIS

Existe relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

### 2.3.1. Hipótesis específicas

1. Existe relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
2. Existe relación entre la carga del cuidador y el servicio de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
3. Existe relación entre la carga del cuidador y el personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
4. Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
5. Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.
6. Existe relación entre la adherencia al tratamiento y las expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

## 2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Carga del cuidador.** La carga se entiende como la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro (18).
- **Adherencia al tratamiento.** Tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo (4).

- **Paciente.** El paciente designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada. El término paciente se puede declinar de varias maneras. Se le llama "sujeto" en las investigaciones. Los anglosajones hablan más a menudo de "clientes". Una nueva terminología está tomando importancia progresivamente: "actiente". Esta palabra sería la contracción de "acción" y de "paciente" (26).
- **Esquizofrenia.** La esquizofrenia es un trastorno mental, se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios (1).
- **Atender.** Cuidado o la ocupación que alguien lleva a cabo en relación a otro o a algo (27).

## 2.5. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES E INDICADORES

<b>VARIABLE Y: Carga del cuidador</b>				
<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b> La carga se entiende como la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro.				
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL.</b> Para la medición de la carga del cuidador se utilizará la "escala Zarit - carga del cuidador" que será aplicado a los familiares de los pacientes con esquizofrenia .				
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>ALTERNATIVA DE RESPUESTA</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>
<b>I. Impacto del cuidado</b>	• Tiempo	1. ¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sobrecarga = 12-28</li> <li>• Sobrecarga leve = 29-45</li> <li>• Sobrecarga intensa = 46-60</li> </ul>
	• Vida social	2. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Carga global	3. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Dependencia	4. ¿Siente que su familiar depende de Ud.?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Responsabilidad	5. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Deterioro de salud	6. ¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Intimidad	7. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Amistades	8. ¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez	

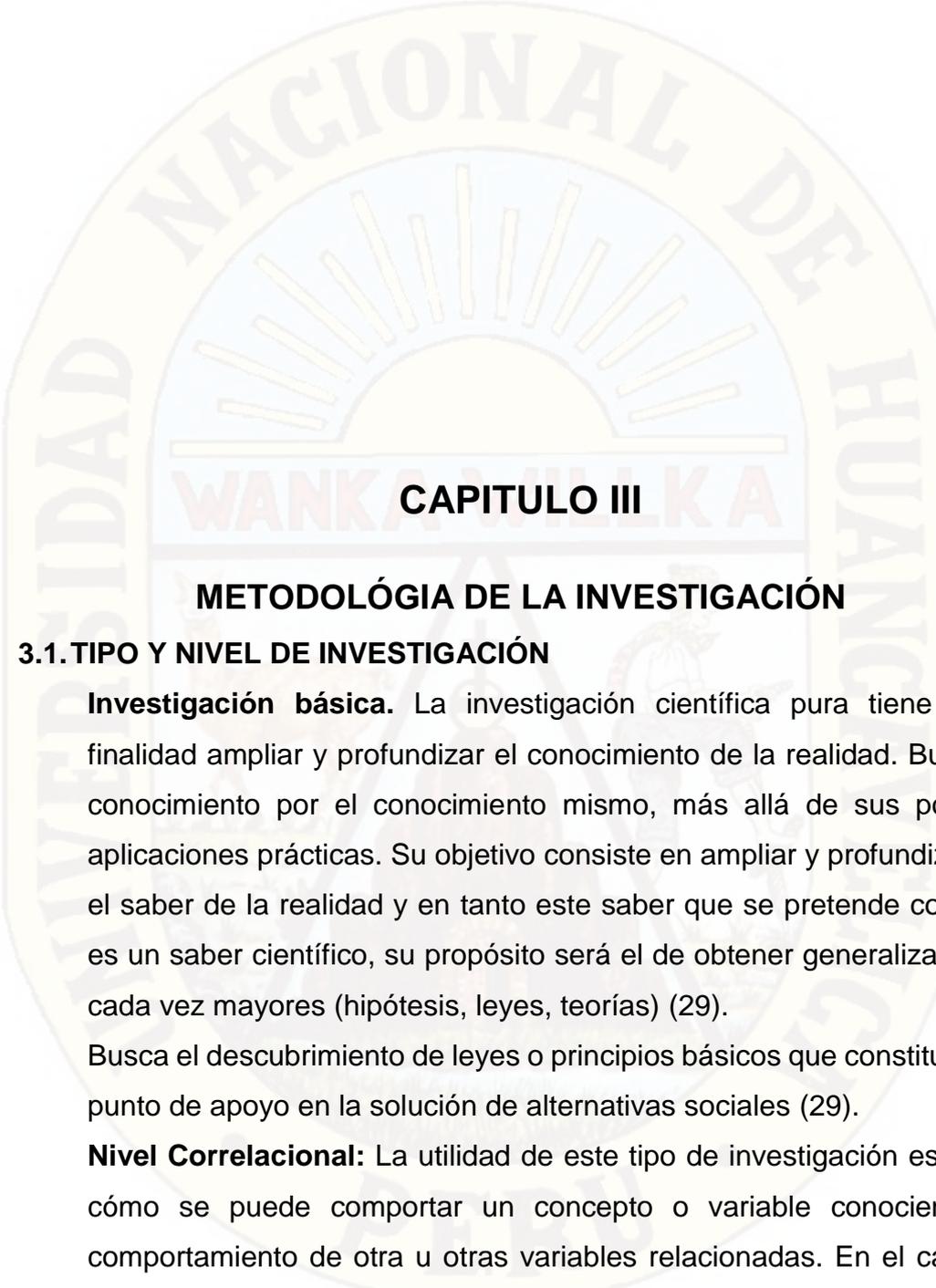
			3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Ayuda más de los necesario	9. ¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Único cuidador	10. ¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Control sobre la vida	11. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Futuro del familiar	12. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
<b>II. Relación interpersonal</b>	• Inseguridad sobre familiar	13. ¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sobrecarga = 6-14</li> <li>• Sobrecarga leve = 15-23</li> <li>• Sobrecarga intensa = 24-30</li> </ul>
	• Agotamiento por su familiar	14. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Enfado	15. ¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Vergüenza	16. ¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Cuidado a otra persona	17. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces	

			5 Casi siempre	
	• Afección negativa	18. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
<b>III. Expectativas de autoeficacia</b>	• Capacidad de cuidar mejor	19. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sobrecarga = 4-10</li> <li>• Sobrecarga leve = 11-17</li> <li>• Sobrecarga intensa = 18-20</li> </ul>
	• Capacidad de hacer más cosas por su familiar	20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Economía	21. ¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
	• Disponibilidad de más tiempo	22. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	1 Nunca 2 Rara vez 3 Algunas veces 4 Bastantes veces 5 Casi siempre	
<b>CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “No sobrecarga” = 22-46</li> <li>• “Sobrecarga leve” = 47-55</li> <li>• “Sobrecarga intensa” = 56-110</li> </ul>			

<b>VARIABLE Y: Adherencia al tratamiento</b>				
<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL.</b> Cumplimiento del tratamiento; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.				
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL.</b> Para la medición de la adherencia al tratamiento (creado uniendo diferentes escalas: Test de Morisky-Green, Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire), etc (28)) se utilizara una escala que será aplicada al paciente con esquizofrenia ya medicado, sobre el tratamiento farmacológico.				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITEM</b>	<b>ALTERNATIVA DE RESPUESTA</b>	<b>CATEGORIZACIÓN</b>
1. <b>Toma del Medicamento</b>	• Dificultad para tomar medicamento	1. ¿Tiene alguna dificultad para tomar el medicamento?	1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala = 15-20</li> <li>• Regular = 21-40</li> </ul>

			4= Nunca	• Buena = 41-60
• Olvido de tomar medicamento	2. ¿Se olvida de tomar el medicamento?		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Horario de toma de medicamento	3. ¿Toma la medicación a la hora indicada?		1= Nunca 2= A veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
• Bienestar y toma de medicamento	4. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Malestar y toma de medicamento	5. Si se siente mal ¿deja de tomar la medicación?		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Efectos secundarios	6. Los medicamentos que usa le producen efectos inesperados		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Confusión de dosis	7. ¿Ha confundido las dosis que tiene que tomar?		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Olvido de la toma de medicamentos	8. ¿Ha olvidado tomarse en esta semana los medicamentos?		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Dificultad económica para comprar medicamentos	9. ¿Cuándo tiene dificultades económicas y no puede adquirir los medicamentos los suspende?		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Cocimiento de hora, dosis y cuidado de medicamentos	10. Considera que conoce la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que toma actualmente para su enfermedad		1= Nunca 2= A veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
• Complementación con medicina alternativa	11. Complementa su tratamiento con medicina alternativa		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
• Reemplazo de tratamiento por terapia alternativa	12. Reemplaza su tratamiento por terapias alternativas		1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad de tomar más de dos medicamentos diarios</li> </ul>	13. Tiene dificultades con el tratamiento cuando toma más de 2 medicamentos diarios	1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de medicamentos</li> </ul>	14. ¿Considera que la cantidad de medicamentos que tiene que tomar es mucha?	1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de medicamentos al mismo tiempo</li> </ul>	15. ¿Cuándo tiene que tomar los medicamentos se los toma todos al mismo tiempo?	1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
<b>2. Servicios de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad de acceso a consultas</li> </ul>	16. Ha tenido dificultades con el acceso a la consulta	1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala = 2-3</li> <li>• Regular = 4-6</li> <li>• Buena = 7-8</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para reclamar el medicamento formulado</li> </ul>	17. Ha tenido dificultades para reclamar el medicamento formulado en la consulta	1= Siempre 2= Casi siempre 3= A veces 4= Nunca	
<b>3. Personal de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre nuevos medicamentos al enfermero</li> </ul>	18. Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al enfermero información necesaria de la correcta administración	1= Nunca 2= A veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala = 3-5</li> <li>• Regular = 6-8</li> <li>• Buena =9-12</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre nuevos medicamentos al médico</li> </ul>	19. Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al médico información necesaria de la correcta administración	1= Nunca 2= A veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información oportuna sobre el tratamiento</li> </ul>	20. ¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el enfermero o médico en cuanto a su tratamiento?	1= Nunca 2= A veces 3= Casi Siempre 4= Siempre	
<b>Categorización de la variable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala = 20-42</li> <li>• Regular =43 -55</li> <li>• Buena = 56-80</li> </ul>			

The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a circular emblem. It features a central sun with rays, positioned above a horizontal line. The sun is set against a light blue background. The words "UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO" are written in a circular path around the sun. Below the sun, the word "WANKAWILKA" is written in a stylized font. The entire logo is rendered in a light, semi-transparent yellow color.

## CAPITULO III

### METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

**Investigación básica.** La investigación científica pura tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de la realidad. Busca el conocimiento por el conocimiento mismo, más allá de sus posibles aplicaciones prácticas. Su objetivo consiste en ampliar y profundizar en el saber de la realidad y en tanto este saber que se pretende construir es un saber científico, su propósito será el de obtener generalizaciones cada vez mayores (hipótesis, leyes, teorías) (29).

Busca el descubrimiento de leyes o principios básicos que constituyen el punto de apoyo en la solución de alternativas sociales (29).

**Nivel Correlacional:** La utilidad de este tipo de investigación es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. En el caso de que dos variables estén correlacionadas, ello significa que una varía cuando la otra también varía y la correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva quiere decir que sujetos con altos valores en una variable tienden a mostrar altos valores en la otra variable. Si es negativa, significa que sujetos con altos valores en una variable tenderán a mostrar bajos valores en la otra variable (30).

### 3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método inductivo: el método inductivo utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos aceptados como válidos, para llegar a conclusiones, cuya aplicación sea de carácter general, se inicia con un estudio individual de los hechos y se formulan conclusiones universales que se postulan como leyes, principios o fundamentos de una teoría (31).

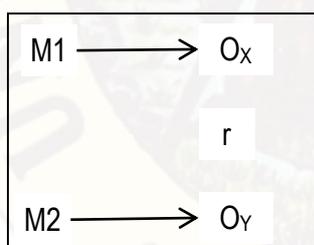
Método deductivo: el método deductivo consiste en tomar conclusiones generales para explicaciones particulares. El método se inicia con el análisis de los teoremas, leyes, postulados y principios de aplicación universal y de comprobada validez, para aplicarlos a soluciones o hechos particulares (31).

Método hipotético-deductivo: consiste en un procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos (31).

### 3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, trasversal, Correlacional (32).

**Esquema:**



**Leyenda:**

M1 = Muestra cuidadores

M2 = Muestra de pacientes con esquizofrenia.

Ox = Observación de la variable carga del cuidador.

Oy = Observación de la variable adherencia al tratamiento.

r = relación.

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### **Población**

La población estuvo conformada por 56 cuidadores y 56 pacientes.

#### **Muestra**

La muestra estuvo conformada 30 cuidadores y 30 pacientes obtenidas por criterios de inclusión y exclusión.

#### **Muestreo**

Muestreo no probabilístico por conveniencia

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes alfabetos (leen y escriben)
- Pacientes que reciben tratamiento de esquizofrenia (medicación) permanente mayor a 6 meses.
- Pacientes que tengan un cuidador que colaboren con el estudio.
- Pacientes pertenecientes a la provincia de Huancavelica.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes analfabetos (no leen ni escriben)
- Pacientes que no reciben tratamiento de esquizofrenia (medicación)
- Pacientes que pertenecen al asilo Santa Teresa de Jornet - Huancavelica (ya que no tienen un cuidador familiar).
- Pacientes referidos de otras provincias.
- Personas que no desean participar del estudio

### 3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

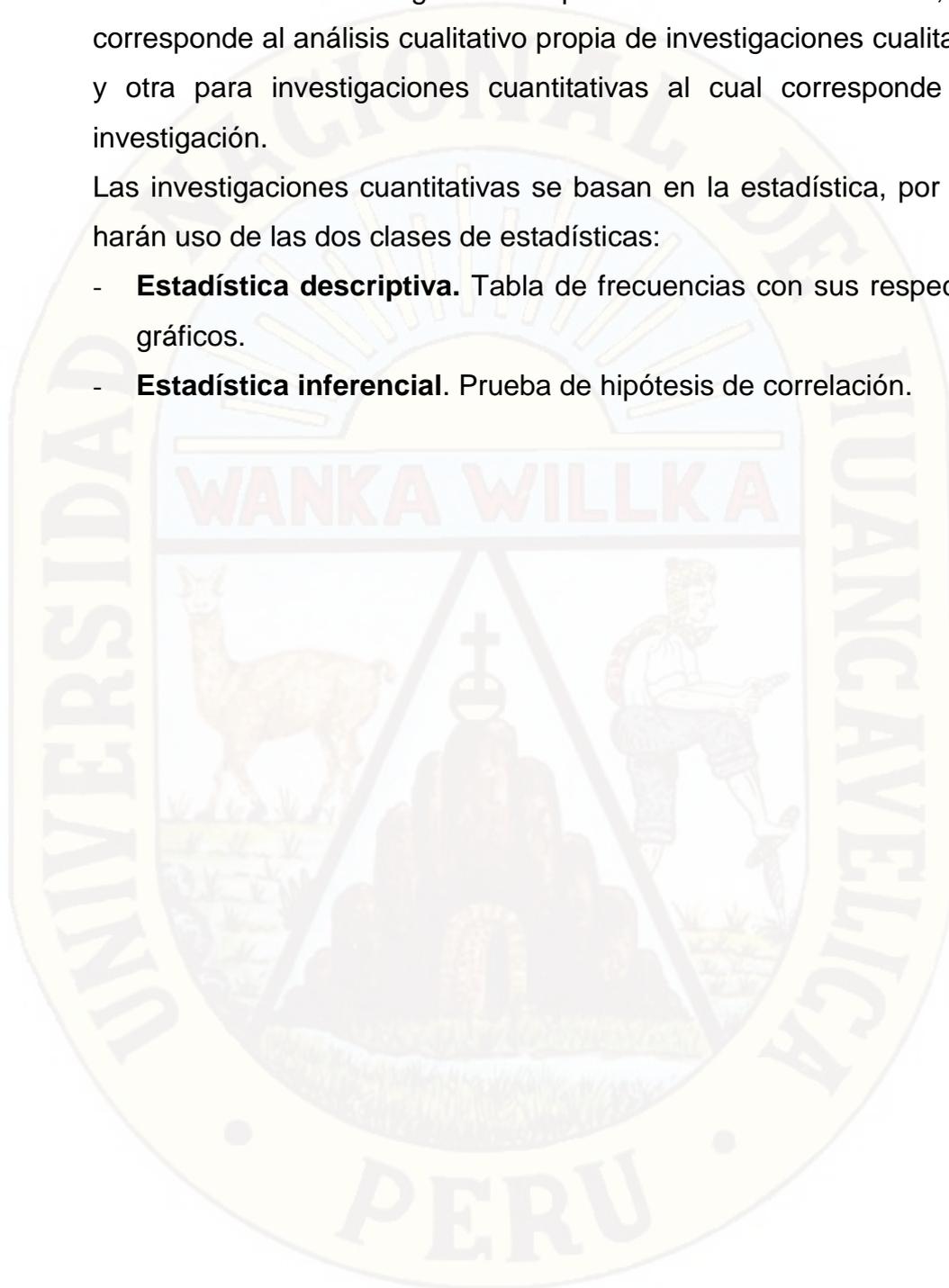
- **Variable X: Carga del cuidador**
  - **Técnica:** Encuesta.
  - **Actividades:** Escala.
- **Variable Y: Adherencia al tratamiento**
  - **Técnica:** Encuesta.
  - **Instrumento:** Escala.

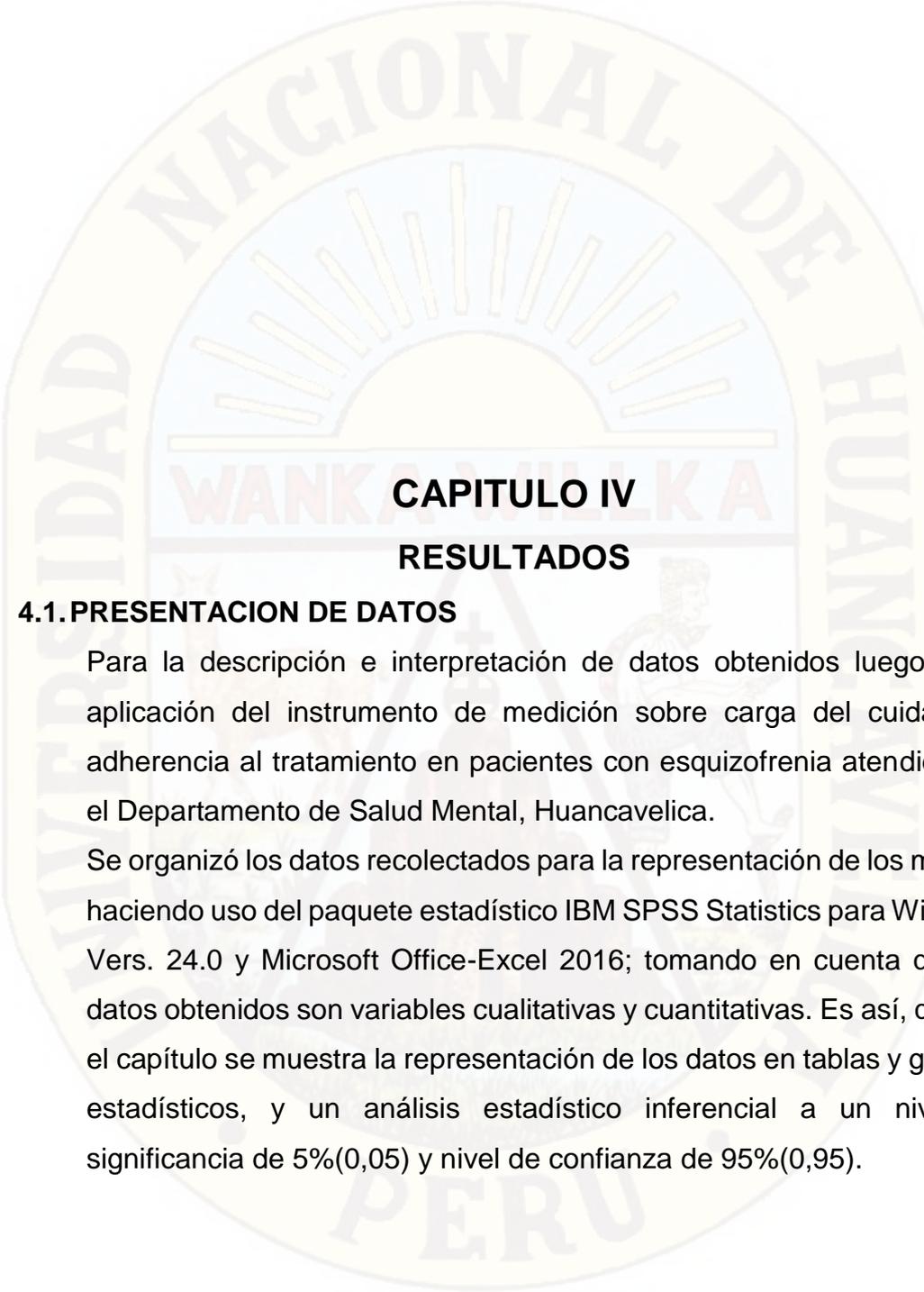
### 3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Existen dos técnicas generales para el análisis de datos, una corresponde al análisis cualitativo propia de investigaciones cualitativas y otra para investigaciones cuantitativas al cual corresponde esta investigación.

Las investigaciones cuantitativas se basan en la estadística, por tanto harán uso de las dos clases de estadísticas:

- **Estadística descriptiva.** Tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.
- **Estadística inferencial.** Prueba de hipótesis de correlación.





## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. PRESENTACION DE DATOS**

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición sobre carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental, Huancavelica.

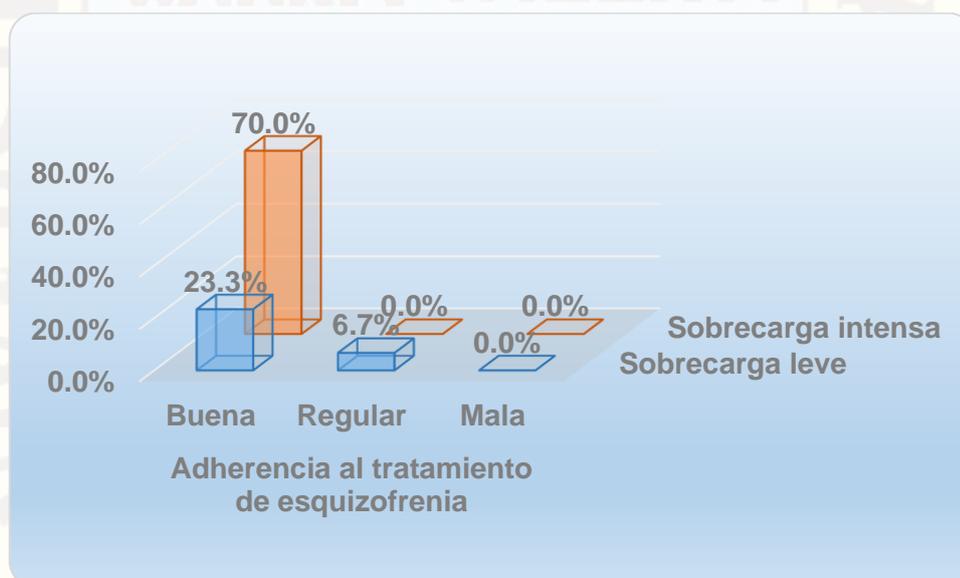
Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos, y un análisis estadístico inferencial a un nivel de significancia de 5%(0,05) y nivel de confianza de 95%(0,95).

**TABLA N° 01: Carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**

Carga del cuidador	Adherencia al tratamiento de esquizofrenia						Total	
	Buena		Regular		Mala		Fi	f%
	fi	f%	fi	f%	fi	f%		
Sobrecarga leve	7	23.3	2	6.7	0	0.0	9	30.0
Sobrecarga intensa	21	70.0	0	0.0	0	0.0	21	70.0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>93.3</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 01: Carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**



Fuente: Tabla N° 01

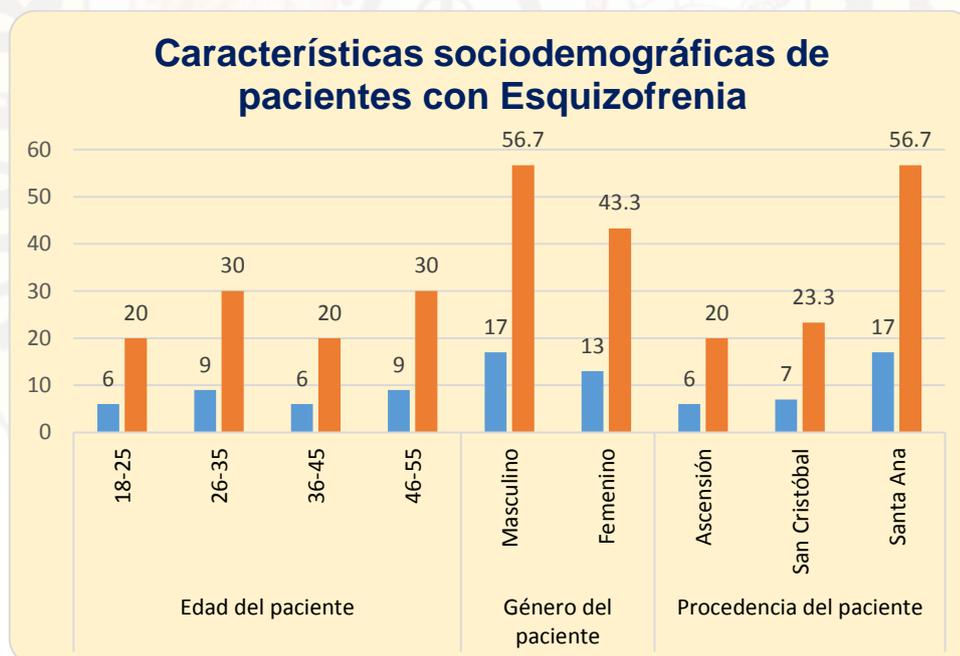
En la Tabla y Gráfico N° 01, el 70% (21) de cuidadores presentan una sobrecarga intensa y una buena adherencia al tratamiento en pacientes y el 6.7%(2) de cuidadores presentan una sobrecarga leve y una regular adherencia al tratamiento en pacientes.

**TABLA N° 02: Características sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**

Características sociodemográficas	Categorías	fi	f%
Edad del paciente	18-25	6	20.0
	26-35	9	30.0
	36-45	6	20.0
	46-55	9	30.0
Género del paciente	Masculino	17	56.7
	Femenino	13	43.3
Procedencia del paciente	Ascensión	6	20.0
	San Cristóbal	7	23.3
	Santa Ana	17	56.7
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumento Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 02: Características sociodemográficas en pacientes con esquizofrenia del departamento de salud mental de Huancavelica 2018.**



Fuente: Tabla N° 02

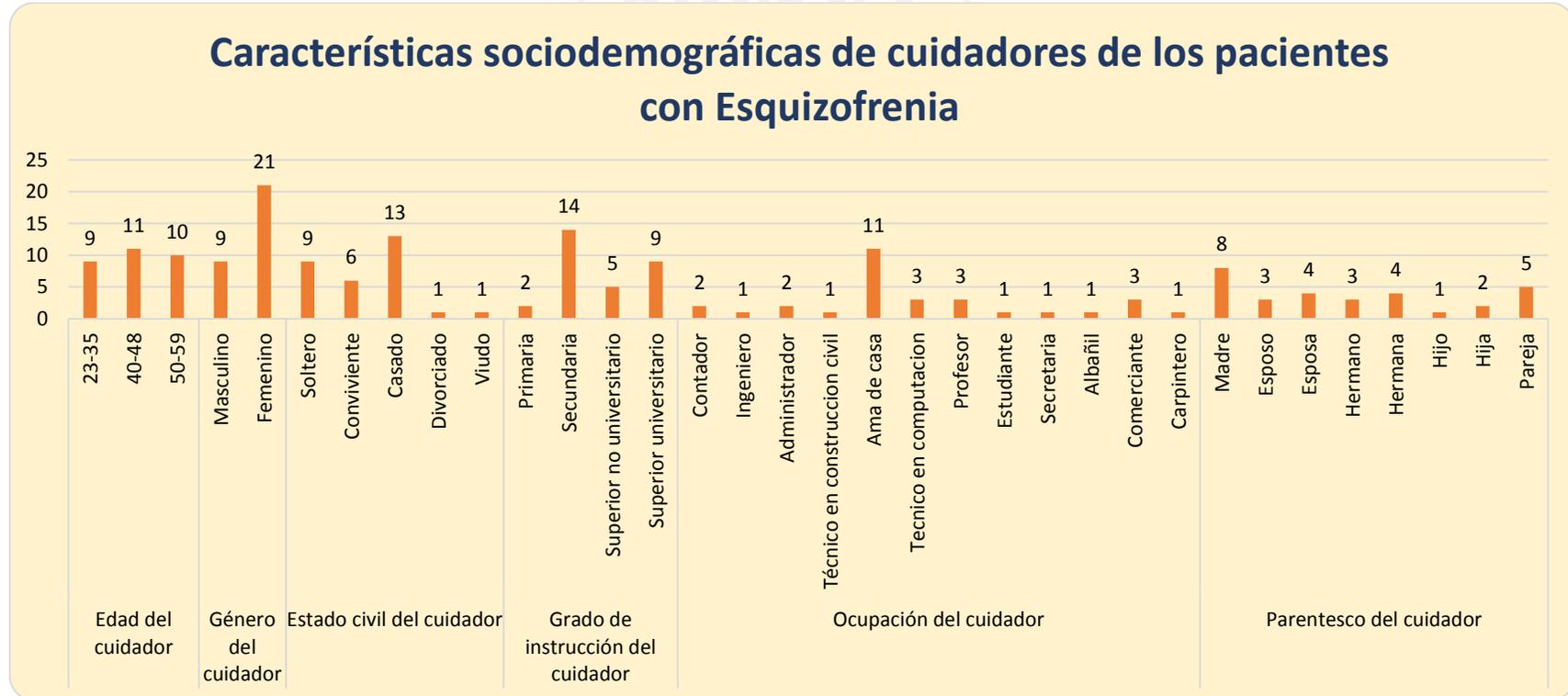
En la Tabla y Gráfico N° 02, el 30,0% (9) de pacientes con esquizofrenia de 26 a 35 años y con el mismo porcentaje de 46 a 55 años de edad. El 56,7% (17) son del género masculino. El 56,7% (17) son del barrio de Santa Ana.

**TABLA N° 03: Características sociodemográficas de cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Categorías</b>	<b>fi</b>	<b>f%</b>
<b>Edad del cuidador</b>	23-35	9	30
	40-48	11	36.7
	50-59	10	33.3
<b>Género del cuidador</b>	Masculino	9	30.0
	Femenino	21	70.0
<b>Estado civil del cuidador</b>	Soltero	9	30.0
	Conviviente	6	20.0
	Casado	13	43.3
	Divorciado	1	3.3
	Viudo	1	3.3
<b>Grado de instrucción del cuidador</b>	Primaria	2	6.7
	Secundaria	14	46.7
	Superior no universitario	5	16.7
	Superior universitario	9	30.0
<b>Ocupación del cuidador</b>	Contador	2	6.7
	Ingeniero	1	3.3
	Administrador	2	6.7
	Técnico en construcción civil	1	3.3
	Ama de casa	11	36.7
	Técnico en computación	3	10.0
	Profesor	3	10.0
	Estudiante	1	3.3
	Secretaria	1	3.3
	Albañil	1	3.3
	Comerciante	3	10.0
	Carpintero	1	3.3
	<b>Parentesco del cuidador</b>	Madre	8
Esposo		3	10.0
Esposa		4	13.3
Hermano		3	10.0
Hermana		4	13.3
Hijo		1	3.3
Hija		2	6.7
Pareja		5	16.7
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumento carga del cuidador, 2018

**GRÁFICO N° 03: Características sociodemográficas de cuidadores de los pacientes con esquizofrenia del departamento de salud mental Huancavelica 2018.**



Fuente: Tabla N° 03

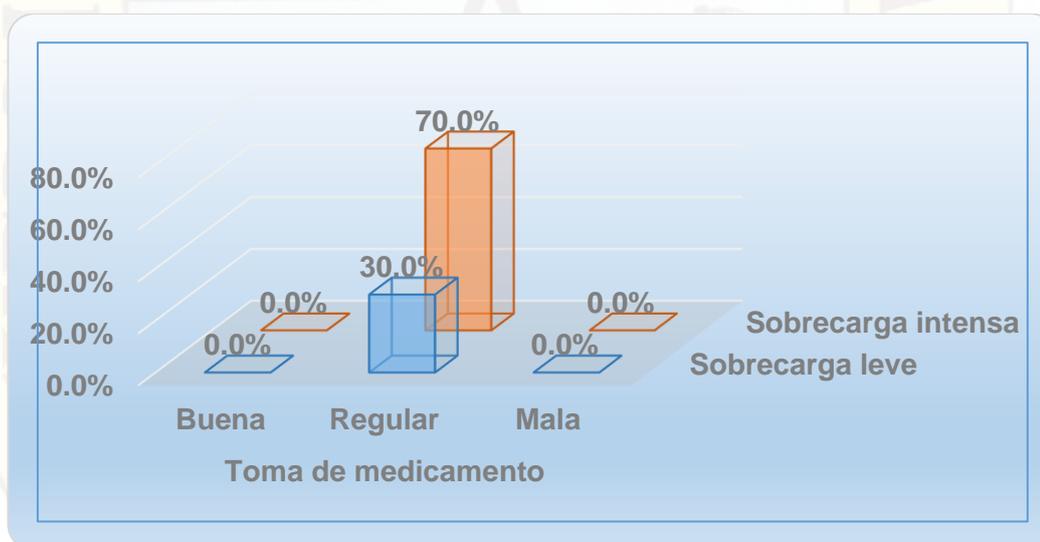
En la Tabla y Gráfico N° 03, el 36.7%(11) de cuidadores son de 40 a 48 años. El 70% (21), son del género femenino. El 43.3% (13) tiene el son casados. El 46.7% (14) tiene grado de instrucción secundaria. El 36.7% (11) son amas de casa y 26.7% (8) tiene el parentesco de madres.

**TABLA N° 04:** Carga del cuidador y toma de medicamentos en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

Carga del cuidador	Toma de medicamento						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	fi	f%	fi	f%	fi	f%		
Sobrecarga leve	0	0.0	9	30.0	0	0.0	<b>9</b>	<b>30.0</b>
Sobrecarga intensa	0	0.0	21	70.0	0	0.0	<b>21</b>	<b>70.0</b>
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 04:** Carga del cuidador y toma de medicamentos en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.



Fuente: Tabla N° 04

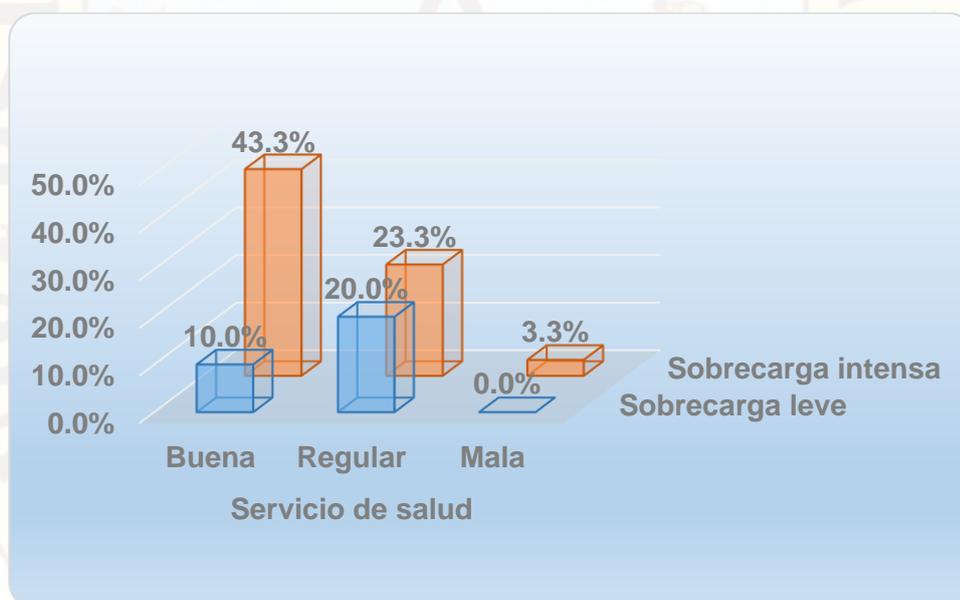
En la Tabla y Gráfico N° 04, el 70% (21) de cuidadores presentaron sobrecarga intensa y toma de medicamento regular en pacientes; y el 30% (9) de cuidadores tuvieron sobrecarga leve y toma de medicamentos regular en pacientes.

**TABLA N° 05:** Carga del cuidador y servicios de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

Carga del cuidador	Servicio de salud						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	Fi	f%	fi	f%	fi	f%		
Sobrecarga leve	3	10.0	6	20.0	0	0.0	9	30.0
Sobrecarga intensa	13	43.3	7	23.3	1	3.3	21	70.0
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>53.3</b>	<b>13</b>	<b>43.3</b>	<b>1</b>	<b>3.3</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 05:** Carga del cuidador y servicios de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.



**Fuente:** Tabla N° 05

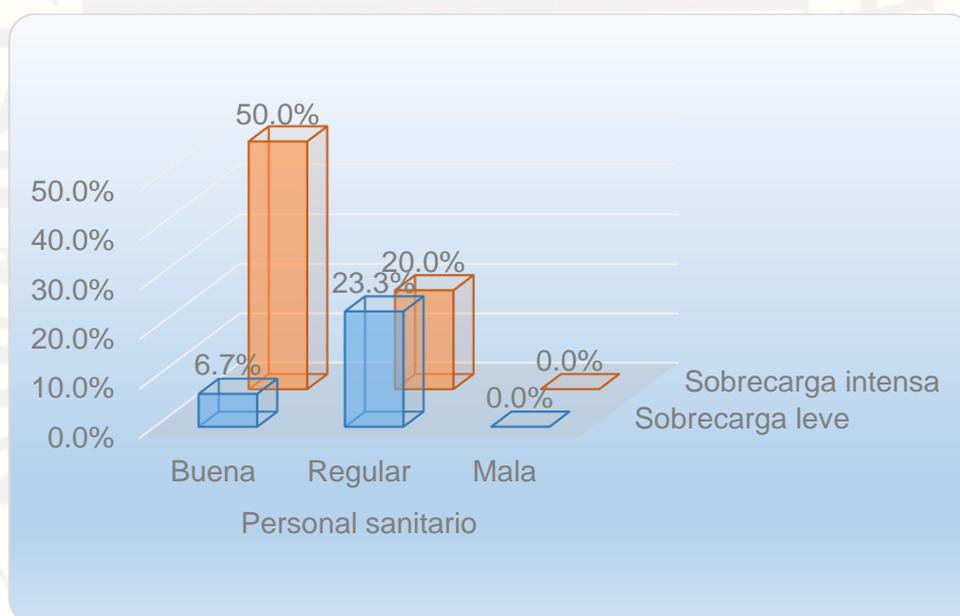
En la Tabla y Gráfico N° 05 el 43.3% (13) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y servicio de salud buena en pacientes y el 3.3%(1) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y servicio de salud mala en pacientes.

**TABLA N° 06:** Carga del cuidador y personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

.Carga del cuidador	Personal sanitario						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	fi	f%	fi	f%	fi	f%		
Sobrecarga leve	2	6.7	7	23.3	0	0.0	9	30.0
Sobrecarga intensa	15	50.0	6	20.0	0	0.0	21	70.0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>56.7</b>	<b>13</b>	<b>43.3</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 06:** Carga del cuidador y personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.



**Fuente:** Tabla N° 06

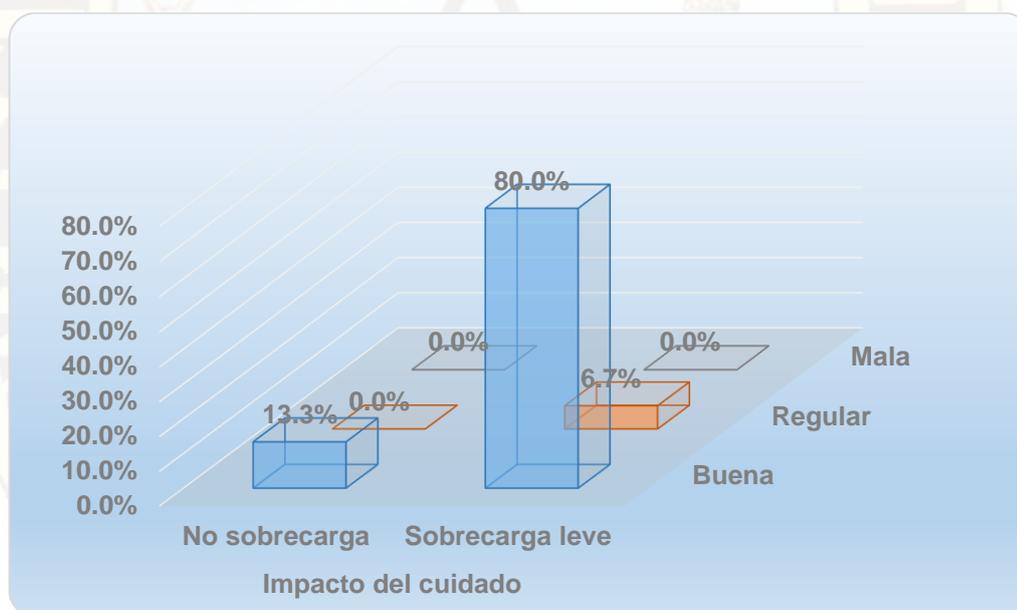
En la Tabla y Gráfico N° 06 el 50% (15) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y personal de salud buena en pacientes y el 6.7% (2) de cuidadores presentan sobrecarga leve y personal de salud buena en pacientes.

**TABLA N° 07: Adherencia al tratamiento e impacto del cuidado en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**

Impacto del cuidador	Adherencia al tratamiento de esquizofrenia						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	fi	f%	fi	f%	fi	f%		
No sobrecarga	4	13.3	0	0.0	0	0.0	4	13.3
Sobrecarga leve	24	80.0	2	6.7	0	0.0	26	86.7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>93.3</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 07: Adherencia al tratamiento e impacto del cuidado en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**



Fuente: Tabla N° 07

En la Tabla y Gráfico N° 07, el 80% (24) de pacientes presentan buena adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores y el 6.7% (2) de presentan regular adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores.

**TABLA N° 08: Adherencia al tratamiento y relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**

Relación Interpersonal	Adherencia al tratamiento de esquizofrenia						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	fi	f%	fi	f%	fi	f%		
No sobrecarga	18	60.0	0	0.0	0	0.0	<b>18</b>	<b>60.0</b>
Sobrecarga leve	10	33.3	2	6.7	0	0.0	<b>12</b>	<b>40.0</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>93.3</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 08: Adherencia al tratamiento y relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**



Fuente: Tabla N° 08

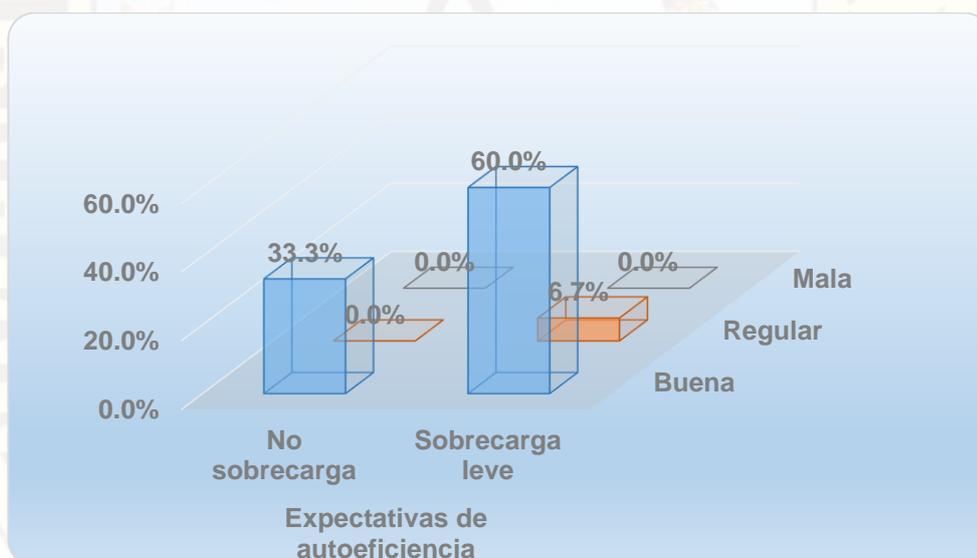
En la Tabla y Gráfico N° 08, el 60% (18) de pacientes presentan buena adherencia al tratamiento y no sobrecarga en cuidadores y el 6.7% (2) de pacientes presentan regular adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores.

**TABLA N° 09 Adherencia al tratamiento y expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**

Expectativas de autoeficiencia	Adherencia al tratamiento de esquizofrenia						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	fi	f%	fi	f%	fi	f%		
No sobrecarga	10	33.3	0	0.0	0	0.0	10	33.3
Sobrecarga leve	18	60.0	2	6.7	0	0.0	20	66.7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>93.3</b>	<b>2</b>	<b>6.7</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Instrumentos: Carga del cuidador Zarit y Adherencia al tratamiento 2018.

**GRÁFICO N° 09: Adherencia al tratamiento y expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.**



Fuente: Tabla N° 09

En la Tabla y Gráfico N° 09, el 60% (18) de pacientes presentan una buena adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores y el 6.7% (2) de pacientes presentan regular adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores.

## 4.2. ANÁLISIS DE DATOS

### SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (r Pearson)

*Carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.*

#### 1. Hipótesis Estadística:

##### Hipótesis Nula (Ho):

$H_0: r_{xy} = 0 \Rightarrow$  El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero ( $\rho = 0$ ).

##### Hipótesis Alternativa (Ha):

$H_1 : r_{xy} \neq 0 \Rightarrow$  El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero ( $\rho \neq 0$ ).

#### 2. Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza (Y):

( $\alpha$ ) = 0,05 (5%);

(Y) = 0,95 (95%)

#### 3. Función o Estadística de Prueba

Formula de la correlación de Pearson.

$$r_s = \frac{n \sum r_x r_y - \sum r_x \sum r_y}{\sqrt{[n \sum r_x^2 - (\sum r_x)^2][n \sum r_y^2 - (\sum r_y)^2]}}$$

##### Donde:

r = coeficiente de correlación de Pearson.

N = número de datos.

X = puntaje crudo de X.

Y = puntaje crudo de Y.

#### 4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

En la correlación de Pearson se encuentra entre -1 y +1 que mide el grado de relación entre dos variables (llamadas X e Y). Un valor positivo de la correlación implica una relación directa positiva (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con grandes valores de Y y los valores pequeños de X, tienden a estar relacionado a valores pequeños de Y).

Un valor negativo de la correlación implica una asociación negativa o inversa (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con valores pequeños de Y, y viceversa).

***Coefficiente de correlación.***

Se expresa numéricamente, tanto en la fuerza como en la dirección de la correlación lineal en línea recta. Tales coeficientes de correlación se encuentran generalmente entre  $- 1.00$  y  $+ 1.00$  como sigue:

**Parámetro del coeficiente de correlación.**

- 1.00	<i>Correlación negativa perfecta.</i>
-0.95	<i>Correlación negativa fuerte.</i>
-0.50	<i>Correlación negativa moderada.</i>
- 0.10	<i>Correlación negativa débil.</i>
0.00	<i>Ninguna correlación.</i>
+ 0.10	<i>Correlación positiva débil</i>
+ 0.50	<i>Correlación positiva moderada.</i>
+ 0.95	<i>Correlación positiva fuerte.</i>
+ 1.00	<i>Correlación positiva perfecta.</i>

**5. Valor Calculado**

El valor calculado (VC) de la función r de pearson se obtiene en la Tabla N° 01.

**TABLA N° 01**  
**OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO DE**  
**r de Pearson Correlaciones**

		<b>Correlaciones</b>	
		<i>Afrontamiento</i>	<i>Vulnerabilidad</i>
<i>Carga del cuidador</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	1	,524**
	<i>Sig. (bilateral)</i>		,003
	<i>N</i>	30	30
<i>Adherencia al tratamiento</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	,524**	1
	<i>Sig. (bilateral)</i>	,003	
	<i>N</i>	30	30

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

#### **6. Decisión Estadística:**

La correlación de pearson es ,524, por lo que de acuerdo a la tabla de decisiones existe una correlación positiva moderada, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio tienen una relación significativa; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que existe relación significativa entre carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La relación entre la variable carga del cuidador y adherencia al tratamiento, se observa que el 70% (21) de cuidadores presentan una sobrecarga intensa y una buena adherencia al tratamiento en pacientes; y el 6.7%(2) de cuidadores presenta una sobrecarga leve y una regular adherencia al tratamiento en pacientes, por lo tanto el 70% (21) de cuidadores presentan una sobrecarga intensa y una buena adherencia al tratamiento en pacientes, esto debido a que no se tiene estrategias de afrontamiento planteadas para los cuidadores, también que estos no participan continuamente en las terapias familiares, pese a la buena adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia, esto gracias al trabajo en conjunto del personal de salud y sus buenas prácticas y el 6.7%(2) de cuidadores presenta una sobrecarga leve esto debido a que los cuidadores participan en las terapias familiares y regular adherencia al tratamiento en pacientes. Estos resultados se asemejan con Villamar (12) donde el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos. Asimismo Paucar (15) concluye que el 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación; reafirmando los resultados encontrados.

La relación entre la variable carga del cuidador y dimensión toma de medicamentos, se observa que el 70% (21) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y toma de medicamento regular en pacientes; y el 30% (9) de cuidadores presentan sobrecarga leve toma de medicamentos regular en pacientes. Por tanto, el 70% (21) de cuidadores presentan sobrecarga intensa esto debido a que no se tiene estrategias de afrontamiento planteadas para los cuidadores, también que estos no participan continuamente en las terapias familiares, y toma de medicamento regular en pacientes; y el 30% (9) de cuidadores presentan sobrecarga leve, debido a que los cuidadores participan continuamente en las terapias familiares y toma de medicamentos regular en pacientes esto acusa de un simple olvido o dificultades. Lo que

contrasta con Villamar (12) donde el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos. Se observa en los resultados cierta similitud ya que el 70% de los cuidadores presenta sobrecarga intensa. Asimismo Paucar (15) concluye que el 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación; mientras en los resultados encontrados el 70% tiene toma de medicamentos regular en lo cual hay cierta similitud pero no es ideal ni adecuado.

La relación entre la variable carga del cuidador y dimensión servicios de salud, se observó que el 43.3% (13) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y servicio de salud buena en pacientes y el 3.3%(1) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y servicio de salud mala en pacientes. Por tanto, el 43.3% (13) de cuidadores presentan sobrecarga intensa esto debido a que no se tiene estrategias de afrontamiento planteadas para los cuidadores, también que estos no participan continuamente en las terapias familiares y servicio de salud Buena en pacientes ya que no existe dificultad al acceso de consulta en el departamento de salud mental ; y el 10% (3) de cuidadores presentan sobrecarga leve debido a que los cuidadores participan continuamente en las terapias familiares y servicio de salud buena en pacientes, ya que no existe dificultad al acceso de consulta en el departamento de salud mental y el 3.3% (1) de cuidadores presentan sobrecarga intensa esto debido a que no se tiene estrategias de afrontamiento planteadas para los cuidadores, también que estos no participan continuamente en las terapias familiares y servicio de salud mala en pacientes ya han mucha dificultad al acceso de consulta en el departamento de salud mental. Lo que difiere con Villamar (12) donde el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos estos resultados difieren mucho con nuestros resultados encontrados. Además

Ruiz (13) concluye que los estudios también reflejan una mejor adherencia al tratamiento cuando hay un ambiente familiar bueno y tienen apoyo familiar, y cuando los sujetos mantienen una buena relación terapéutica con los profesionales sanitarios. Esto concuerda con la dimensión servicios de salud que se encontró que es buena. De hecho, los casos contrarios donde no había apoyo familiar o había una relación paciente-sanitario pobre se consideraban como factores de riesgo

La relación entre la variable carga del cuidador y dimensión personal de salud, se observó que el 50% (15) de cuidadores presentan sobrecarga intensa y personal de salud buena en pacientes y el 6.7% (2) de cuidadores presentan sobrecarga leve y personal de salud buena en pacientes. Por tanto, el 50% (15) de cuidadores presentan sobrecarga intensa esto debido a que no se tiene estrategias de afrontamiento planteadas para los cuidadores, también que estos no participan continuamente en las terapias familiares, y personal sanitario buena en pacientes ya que hay una buena comunicación e información en médico-paciente, enfermero-paciente y el 6.7% (2) de cuidadores presentan sobrecarga leve debido a que los cuidadores participan continuamente en las terapias familiares y personal sanitario buena en pacientes ya que hay una buena comunicación e información en médico-paciente, enfermero-paciente. Lo que contrasta con Villamar (12) donde el 100% de los cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia ingresados en las salas de urgencias del Instituto de Neurociencias de la JBG padecen actualmente de síndrome del cuidador; lo que claramente repercute en la interacción con los miembros de la familia o amigos. Teniendo en cuenta este antecedente hay una diferencia en un 50% lo cual no es adecuado ni malo. Además Ruiz (13) concluye que los estudios también reflejan una mejor adherencia al tratamiento cuando hay un ambiente familiar bueno y tienen apoyo familiar, y cuando los sujetos mantienen una buena relación terapéutica con los profesionales sanitarios. De hecho esto fortalece los resultados encontrados porque la dimensión personal sanitario es bueno pero en casos contrarios donde no había apoyo familiar o había una relación paciente-sanitario pobre se consideraban como factores de riesgo.

La relación entre la variable adherencia al tratamiento y dimensión impacto del cuidador, se observó que el 80% (24) de pacientes presentan buena adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores; y el 6.7% (2) de presentan Regular adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores. Por tanto, el 80% (24) de pacientes presentan buena adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud y sus buenas prácticas en información y sobrecarga leve en cuidadores ya que el tener un familiar con esquizofrenia requiere tiempo y responsabilidad; y el 6.7% (2) de presentan regular adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud pero con poco tiempo de comunicación entre médico-paciente enfermero-pacientes y sobrecarga leve en cuidadores ya que el tener un familiar con esquizofrenia requiere tiempo y responsabilidad. Estos resultados lo reafirma Paucar (15) ya que el 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación. Asimismo Correa (14) concluye que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones, en su mayoría es de nivel leve lo cual concuerda con los resultados encontrados

La relación entre la variable adherencia al tratamiento y dimensión la relación interpersonal, se observó que el 60% (18) de pacientes presentan Buena adherencia al tratamiento y no sobrecarga en cuidadores y el 6.7% (2) de pacientes presentan regular adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores. Por tanto, el 60% (18) de pacientes presentan buena adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud y sus buenas prácticas en información y no sobrecarga en cuidadores ya que acepta la enfermedad y el 6.7% (2) de pacientes presentan regular adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud pero con poco tiempo de comunicación entre médico-paciente enfermero-pacientes y sobrecarga leve en cuidadores ya que acepta la enfermedad con vergüenza. Lo que contrasta con Paucar (15) que el 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación; y comparando con los resultados encontrados hay una similitud

aceptable. Asimismo Correa (14) concluye que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones, en su mayoría es de nivel leve lo cual concuerda con los resultados encontrados

En relación entre la variable adherencia al tratamiento y la dimensión expectativas de autoeficiencia, se observó que el 60% (18) de pacientes presentan una buena adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores; el 33.3% (10) de pacientes presentan Buena adherencia al tratamiento y no sobrecarga en cuidadores; y el 6.7% (2) de pacientes presentan regular adherencia al tratamiento y sobrecarga leve en cuidadores. Por tanto, el 60% (18) de pacientes presentan una buena adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud y sus buenas prácticas en información y sobrecarga leve en cuidadores ya que siente que puede mejorar la atención y cuidado que le da al paciente; el 33.3% (10) de pacientes presentan Buena adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud y sus buenas prácticas en y no sobrecarga en cuidadores y adherencia al tratamiento esto debido esto al trabajo en conjunto del personal de salud pero con poco tiempo de comunicación entre médico-paciente enfermero-pacientes y sobrecarga leve en cuidadores ya que siente que puede mejorar la atención. Lo que contrasta con Paucar (15) que el 83% de los pacientes entrevistados evidenciaron cambios positivos con el cumplimiento de la medicación; y comparando con los resultados encontrados hay una similitud aceptable. Asimismo Correa (14) concluye que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es mayoritariamente de nivel leve. La sobrecarga, en cada una de las dimensiones, en su mayoría es de nivel leve lo cual concuerda con los resultados encontrados.

## CONCLUSIONES

1. En cuanto a las variables carga del cuidador y adherencia al tratamiento la mayoría presentó una sobrecarga intensa y una buena adherencia al tratamiento.
2. En la muestra de estudio de pacientes con esquizofrenia la mayor cantidad fueron de género masculino y en cuidadores de género femenino con parentesco de madres.
3. En la variable carga del cuidador y la dimensión y toma de medicamentos, la mayoría presentó una sobrecarga intensa y toma de medicamento regular
4. En la variable carga del cuidador y la dimensión servicio de salud la mayoría presentó sobrecarga intensa y servicio de salud buena.
5. En la variable carga del cuidador y la dimensión personal de salud la mayoría presento una sobrecarga intensa y personal de salud buena.
6. En la variable adherencia al tratamiento y la dimensión impacto del cuidado la mayoría presentó buena adherencia al tratamiento y sobrecarga leve.
7. En la variable adherencia al tratamiento y la dimensión relación interpersonal la mayoría presentó buena adherencia al tratamiento y no sobrecarga
8. En la variable adherencia al tratamiento y la dimensión expectativas de autoeficacia la mayoría presento una buena adherencia al tratamiento y sobrecarga leve.

## RECOMENDACIONES

Al Departamento de Salud de Mental:

- Promover campañas informativas sobre las diferentes enfermedades mentales, con ello prevenir la estigmatización que se tiene hacia estas.
- Realizar visitas domiciliarias a los pacientes con tratamiento ambulatorio.
- Realizar capacitaciones dirigidas al cuidador, sobre la sobrecarga que generan los cuidados y como prevenirla.
- Mejorar la atención primaria, fortalecer las terapias familiares y la relación personal de salud-paciente-cuidador.

A la Facultad de Enfermería:

- A través de sus docentes y estudiantes, realizar estudios relacionado a enfermedades mentales, con la finalidad de dar continuidad a esta investigación en nuestra población así como mejorar la calidad de vida de los mismos.

Al Hospital Departamental de Huancavelica “Zacarías Correa Valdivia”:

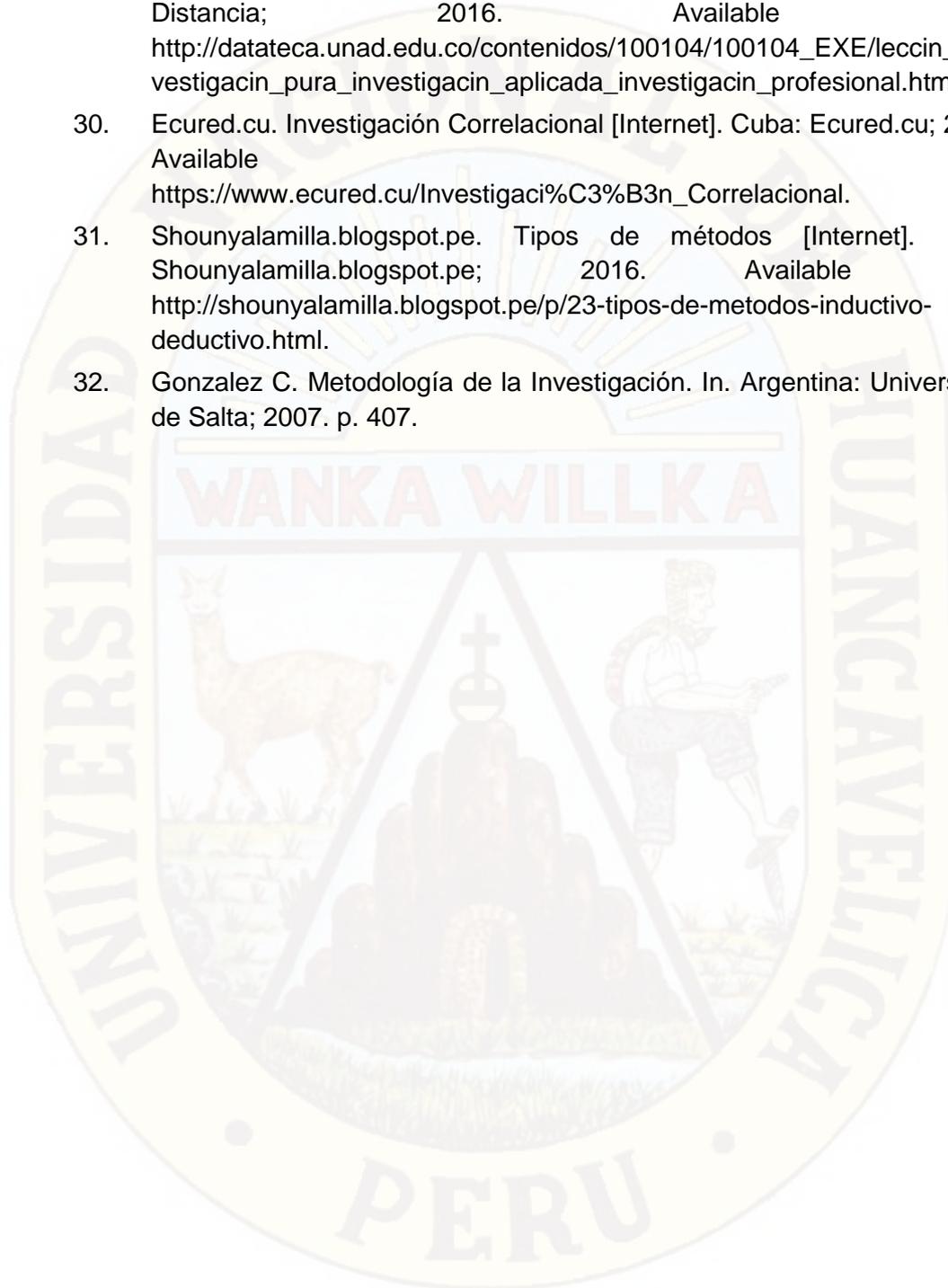
- A través de su servicio social brindar apoyo a las familias que tengan algún miembro con trastorno mental.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2018. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. ConSalud.es. [Online].; 2017. Available from: [https://www.consalud.es/pacientes/en-espana-hay-unas-600-000-personas-con-esquizofrenia-o-trastornos-asociados\\_36884\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/en-espana-hay-unas-600-000-personas-con-esquizofrenia-o-trastornos-asociados_36884_102.html).
3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Salud y medicinas. [Online].; 2017. Available from: <https://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/esquizofrenia-segunda-enfermedad-mental-en-mexico.html>.
4. Castro A. La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida España: Pfizer; 2015.
5. EnfoquePeru. [Online].; 2018. Available from: <https://www.enfoquesperu.com/solo-20-de-personas-con-enfermedades-mentales-en-el-peru-acceden-a-tratamiento/>.
6. Sausa M. La atención en salud mental en el Perú llega solo a 3 de cada 10 [Internet]. Perú: Peru21.pe; 2016. Available from: <http://peru21.pe/actualidad/atencion-salud-mental-peru-llega-solo-3-cada-10-video-2255646>.
7. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. In Compendio Estadístico 2017. Lima; 2017.
8. Hospital Hermilio Valdizan.. Lima; 2018 [cited 2018 Julio 31. Available from: <http://www.hhv.gob.pe/estadisticas.html>.
9. La República.. Lima; 2018. Available from: <https://larepublica.pe/sociedad/1237187-esquizofrenia-cerca-3-mil-personas-padecen-peru-informa-essalud>.
10. Dirección Regional de Salud de Huancavelica.. Huancavelica; 2018. Available from: [https://daa9c2bf-a-99dedef5-sites.googlegroups.com/a/diresahuancavelica.gob.pe/boletines-epidemiologicos/home/BOLETIN%20SE%2016-2018.pdf?attachauth=ANoY7cp63DnhSTB7nb\\_xRqod5dZaMdg7k5\\_j0XjNdYDxX5DSXFzIbAJKIE3IwFTZt7ky31ZIUr6VfLHUZifQ4Qt3Zpo-K4ynmzcWBfnw](https://daa9c2bf-a-99dedef5-sites.googlegroups.com/a/diresahuancavelica.gob.pe/boletines-epidemiologicos/home/BOLETIN%20SE%2016-2018.pdf?attachauth=ANoY7cp63DnhSTB7nb_xRqod5dZaMdg7k5_j0XjNdYDxX5DSXFzIbAJKIE3IwFTZt7ky31ZIUr6VfLHUZifQ4Qt3Zpo-K4ynmzcWBfnw).
11. Diario Correo.. Huancavelica. Available from: <https://diariocorreo.pe/edicion/huancavelica/mas-de-100-personas-tienen-esquizofrenia-en-la-region-huancavelica-779429/>.
12. Villamar RC. Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
13. Olatz RM. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Tesis pregrado. España.; 2015.

14. Correa Loayza DE. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud 2014". Tesis pregrado. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2014.
15. Margot PAJ. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD – 2010. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2010.
16. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento España: Universidad de Salamanca; 2008.
17. Barra Almagia E. Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. Ciencia y Enfermería. 2001.
18. Carretero S, Garcés J, Ródenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial. In. España: Universidad de Alicante; 2005. p. 311.
19. Nolasco MJ. Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrenico en el Hogar. HVLH. 2014 [Tesis de titulación]. Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
20. Pichot P, Lopez-Ibor J, Valdés M. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta ed. España: MASSON, S.A.; 1995.
21. Lopez Laredo S, Ibarra Tancara MU. Esquizofrenia. Revista de Actualización Clínica Investiga. 2013 Setiembre.
22. Campero Encinas D, Campos Lagrava H, Campero Encinas M. Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. Revista Científica Ciencia Médica. 2009 Octubre 18; 12(2).
23. Barbosa Da Silva CR. Esquizofrenia: una revisión. Psicología USP. 2006; 17(4).
24. Universidad de Cantabria. Concepto de adherencia al tratamiento [Internet]. España: Ocw.unican.es; 2010. Available from: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.2-concepto-de-adherencia-al-tratamiento>.
25. Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora España: Universidad Jaime I, Catellón; 2009.
26. Salud.ccm.net. Pciente [Internet].: CCMBenchmark Group; 2016. Available from: <http://salud.ccm.net/faq/15489-paciente-definicion>.
27. Definicionabc.com. Atender [Internet].: Definicionabc.com; 2016. Available from: <http://www.definicionabc.com/general/atender.php>.
28. Rodriguez Chamorro MA, Garcia Jimenez E, Amariles P. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 2016.

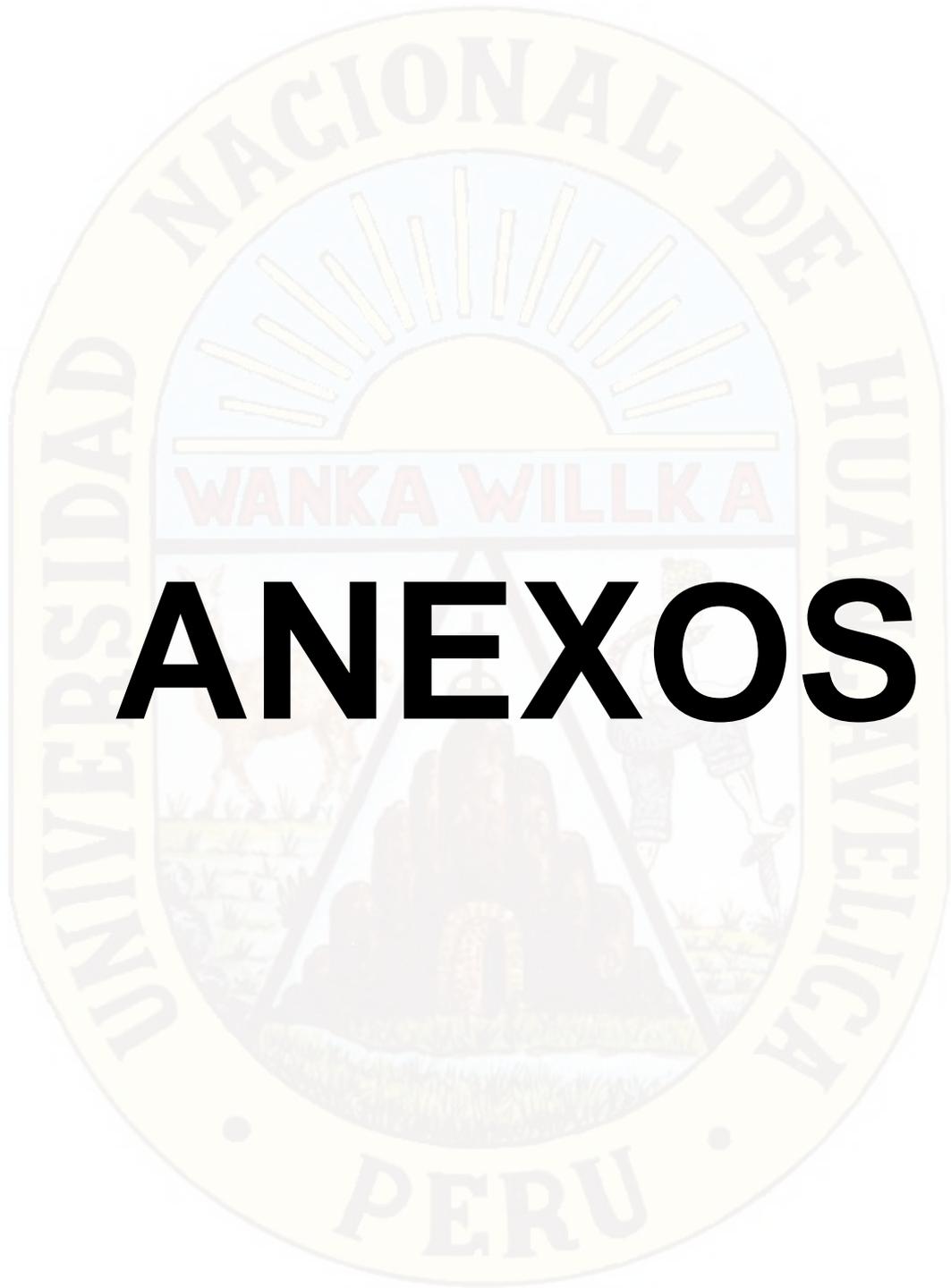
29. Von Braun W. Investigación pura, Investigación aplicada, Investigación profesional [Internet]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2016. Available from: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104\\_EXE/leccin\\_5\\_investigacin\\_pura\\_investigacin\\_aplicada\\_investigacin\\_profesional.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104_EXE/leccin_5_investigacin_pura_investigacin_aplicada_investigacin_profesional.html).
30. Ecured.cu. Investigación Correlacional [Internet]. Cuba: Ecured.cu; 2016. Available from: [https://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n\\_Correlacional](https://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n_Correlacional).
31. Shounyalamilla.blogspot.pe. Tipos de métodos [Internet]. Perú: Shounyalamilla.blogspot.pe; 2016. Available from: <http://shounyalamilla.blogspot.pe/p/23-tipos-de-metodos-inductivo-deductivo.html>.
32. Gonzalez C. Metodología de la Investigación. In. Argentina: Universidad de Salta; 2007. p. 407.



## BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Daniel WW. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud.  
4ta ed. México: Editorial Limusa S.A.; 2004. 755 p.





# ANEXOS

## ANEXO N° 01



### INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA



#### ESCALA CARGA DEL CUIDADOR ZARIT (Zarit Care Burden Interview) 1982

### I. INTRODUCCIÓN

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio sobre carga del cuidador en familiares. Esta escala es totalmente confidencial.

### II. DATOS GENERALES

- Edad:.....
- Sexo: Varón  Mujer
- Estado civil:.....
- Nivel de estudio: .....
- Profesión: .....
- Parentesco: .....

### III. INSTRUCCIONES

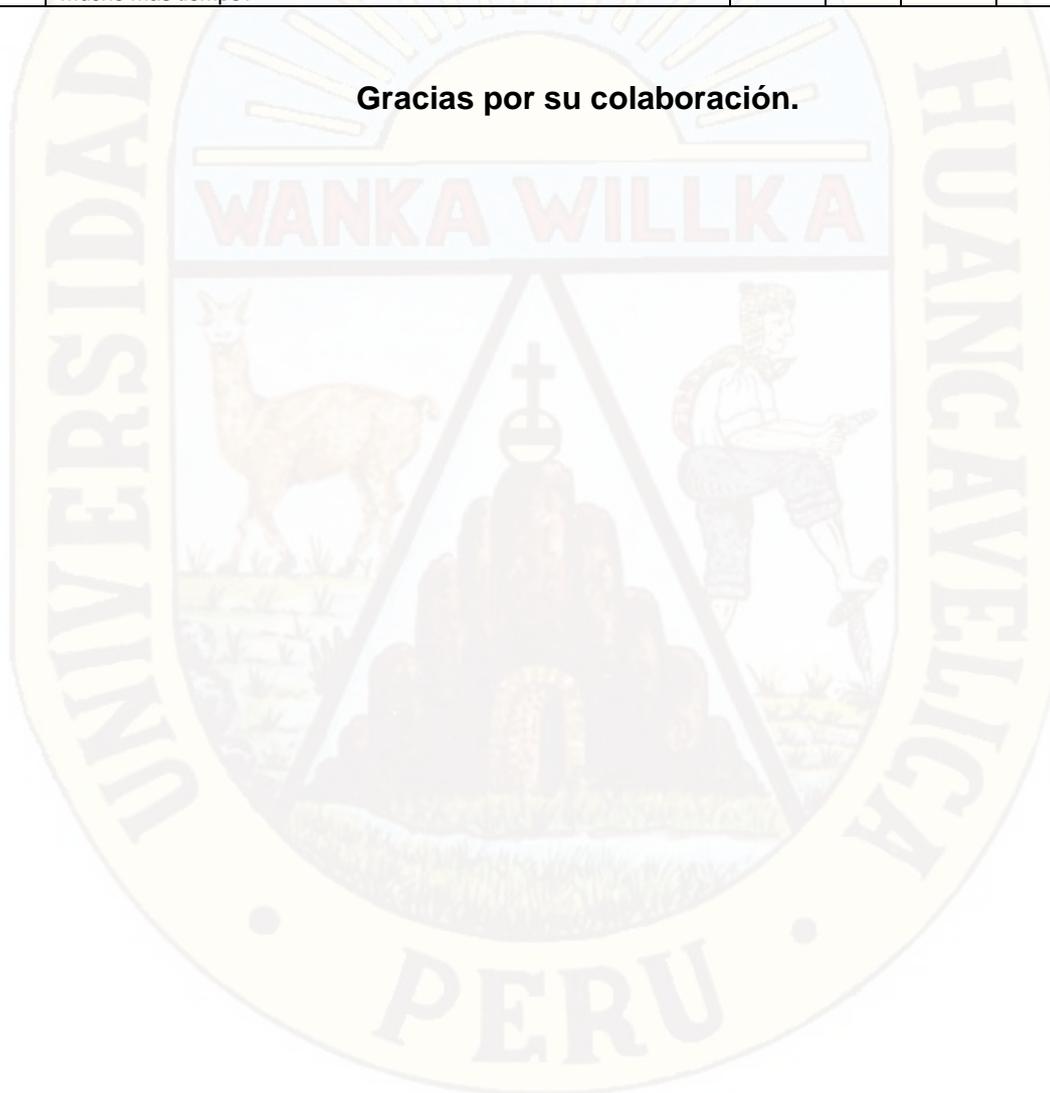
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

### IV. CONTENIDO

Nº	ITEMS	Alternativas de respuestas				
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1.	¿Siente Ud. que, a causa del tiempo que pasa con su familiar ya no tiene tiempo suficiente para Ud. mismo?	1	2	3	4	5
2.	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
3.	En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
4.	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	1	2	3	4	5
5.	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
6.	¿Siente Ud. que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
7.	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
8.	¿Se siente incómoda(o) para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
9.	¿Siente Ud. que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
10.	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	1	2	3	4	5
11.	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
12.	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1	2	3	4	5

13.	¿Se siente insegura(o) acerca de lo que debe hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
14.	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar?	1	2	3	4	5
15.	¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
16.	¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar?	1	2	3	4	5
17.	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
18.	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1	2	3	4	5
19.	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
20.	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1	2	3	4	5
21.	¿Cree Ud. que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
22.	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5

**Gracias por su colaboración.**





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA



### ESCALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AUTOR: Lizeth Pérez Toro y Edgar Quispe Huanachin

#### I. INTRODUCCIÓN

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio sobre la adherencia al tratamiento en usuarios del Centro de salud Mental de Huancavelica. Esta escala es totalmente confidencial.

#### II. DATOS GENERALES

- Edad:.....
- Sexo: Varón  Mujer
- Procedencia:.....

#### III. INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque su respuesta con una "X". Conteste cada pregunta tal como se indica. Aclare con el investigador cualquier duda que se le presente.

#### IV. CONTENIDO

Nº	ITEMS	Alternativas de respuestas			
		Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
1.	¿Tiene alguna dificultad para tomar el medicamento?	1	2	3	4
2.	¿Se olvida de tomar el medicamento?	1	2	3	4
3.	¿Toma la medicación a la hora indicada?	4	3	2	1
4.	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	1	2	3	4
5.	Si se siente mal ¿deja de tomar la medicación?	1	2	3	4
6.	Los medicamentos que usa le producen efectos inesperados	1	2	3	4
7.	¿Ha confundido las dosis que tiene que tomar?	1	2	3	4
8.	¿Ha olvidado tomarse en esta semana los medicamentos?	1	2	3	4
9.	¿Cuándo tiene dificultades económicas y no puede adquirir los medicamentos los suspende?	1	2	3	4
10.	Considera que conoce la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que toma actualmente para su enfermedad	4	3	2	1
11.	Complementa su tratamiento con medicina alternativa	1	2	3	4
12.	Reemplaza su tratamiento por terapias alternativas	1	2	3	4
13.	Tiene dificultades con el tratamiento cuando toma más de 2 medicamentos diarios	1	2	3	4
14.	¿Considera que la cantidad de medicamentos que tiene que tomar es mucha?	1	2	3	4
15.	¿Cuándo tiene que tomar los medicamentos se los toma todos al mismo tiempo?	1	2	3	4
16.	Ha tenido dificultades con el acceso a la consulta	1	2	3	4
17.	Ha tenido dificultades para reclamar el medicamento formulado en la consulta	1	2	3	4
18.	Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al enfermero información necesaria de la correcta administración	4	3	2	1
19.	Cuando inicia un nuevo medicamento solicita al médico información necesaria de la correcta administración	4	3	2	1
20.	¿Considera que son claras y oportunas las recomendaciones dadas por el enfermero o médico en cuanto a su tratamiento?	4	3	2	1

**Gracias por su colaboración.**

## ANEXO N° 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo cuidador de mi familiar (Paciente con esquizofrenia) declaro:

- Que se me ha informado de todos los aspectos del estudio de la investigación, pudiendo hablar con el investigador y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender su finalidad.
- Estoy de acuerdo en desarrollar la escala, juntamente con mi familiar, sin mencionar nuestra identidad.
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que puedan conocer los resultados.
- Presento libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL  
PARTICIPANTE

FECHA: .....

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ....., identificado con DNI N°....., Jefe del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia, autorizo que los pacientes que se atienden en el Departamento de Salud Mental, participen en la investigación titulada, CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCAVELICA 2018, siendo su objetivo principal Determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

- La participación de los pacientes será de manera espontánea para los fines de investigación, los cuales estarán acompañados de los familiares (cuidadores).
- Las informaciones obtenidas serán utilizadas únicamente con fines de investigación, tratadas bajo reserva y fielmente relatadas por los investigadores.
- La participación del paciente, tanto como para el familiar, en esta investigación es voluntaria y el sujeto puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que se le pueda exigir ningún tipo de explicación ni prestación.
- Los investigadores estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesaria respecto a la investigación.

\_\_\_\_\_  
COLABORADOR DE  
LA INVESTIGACION

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADORA  
IZETH PEREZ TORO

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR  
EDGAR QUISPE  
HUANACHIN

FECHA:.....



## HOJA DE INFORMACION



### UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCAMELICA 2018

#### **INTRODUCCIÓN**

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica y estamos realizando un estudio sobre: CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCAMELICA 2018, siendo nuestro objetivo Determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018, para lo cual aplicaremos dos instrumentos de recolección de datos.

#### **PARTICIPACIÓN**

El grupo a aplicar el instrumento de recolección de datos está conformado por los pacientes que acuden al establecimiento y sus respectivos cuidadores.

#### **PROCEDIMIENTO**

Se aplicará dos instrumentos:

- ESCALA CARGA DEL CUIDADOR (para el cuidador/familiar)
- ESCALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (para el paciente)

#### **PROTECCIÓN DE DATOS**

Este proyecto de investigación, en relación a los participantes se realizará de forma confidencial.

## ANEXO N° 03

### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

#### INSTRUMENTO: ESCALA CARGA DEL CUIDADOR ZARIT

#### VALIDEZ DE CONTENIDO

JUEZ	PROFESIÓN	GRADO ACADEMICO O ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN DONDE LABORA
JAUREGUI SUELDO, Charo Jaqueline	Licenciada en Enfermería	Magister en Salud Publica	Universidad Nacional de Huancavelica
AYLAS GARCIA, Diana	Psicóloga	Magister en Gestión Publica	Departamento de Salud Mental del HRZCV
JESUS POMA, Vilma Rossana	Psicóloga	Psicología Clinica	Departamento de Salud Mental del HRZCV
HERMOZA VASQUEZ, Linnette Irene	Psiquiatra	Psiquiatria de niños y adolescentes	Departamento de Salud Mental del HRZCV Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi
FLORES MARIN, Guido	Licenciado en Enfermería	Salud Publica	Universidad Nacional de Huancavelica

#### 1. BASE DE DATOS

ITÉM	JUECES					PUNTAJE TOTAL	V Aiken	DECISION
	1°	2°	3°	4°	5°			
1	4	4	4	4	4	20	1	A
2	4	4	4	4	4	20	1	A
3	4	4	4	4	4	20	1	A
4	4	4	4	4	4	20	1	A
5	4	4	4	4	4	20	1	A
6	4	4	4	4	4	20	1	A
7	4	4	4	4	4	20	1	A
8	4	4	4	4	4	20	1	A
9	4	4	4	4	4	20	1	A
10	4	4	4	4	4	20	1	A
11	4	4	4	4	4	20	1	A
12	4	4	4	4	4	20	1	A
13	4	4	4	4	4	20	1	A
14	4	4	4	4	4	20	1	A
15	4	4	4	4	4	20	1	A
16	4	4	4	4	4	20	1	A
17	4	4	4	4	4	20	1	A
18	4	4	4	4	4	20	1	A
19	4	4	4	4	4	20	1	A
20	4	4	4	4	4	20	1	A
21	4	4	4	4	4	20	1	A
22	4	4	4	4	4	20	1	A

#### 2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Coeficiente V Aiken

### 3. REGLA DE DECISIÓN:

**A = Acepta:** si el valor del coeficiente V Aiken es a 0,8 u 80%

**R = Rechaza:** si el valor del coeficiente V Aiken es < a 0,8 u 80%

### 4. CALCULO

$$V Aiken = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

n = Número de jueces

c= Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V Aiken = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

### 5. CONCLUSIÓN:

Todos los Ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1 este valor expresado en términos porcentuales o 100%. Para la validez del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100%.

## CONFIABILIDAD ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach (a)

$$\text{alfa de cronbach} = \alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_{ite}^2}{\sigma_{ins}^2} \right)$$

Donde:

k=número de ítems

$\sigma_{ite}^2$ =varianza de cada ítem

$\sigma_{ins}^2$ =varianza del instrumento

$$\alpha = \left( \frac{22}{22-1} \right) \left( 1 - \frac{11.14}{60.784} \right)$$

$$\alpha = (1.04) (0.816)$$

$$\alpha = \mathbf{0.855}$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere a  $> 0.6$ , por lo tanto el instrumento es confiable.

## INSTRUMENTO: ESCALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

### VALIDEZ DE CONTENIDO

JUEZ	PROFESIÓN	GRADO ACADEMICO O ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN DONDE LABORA
JAUREGUI SUELDO, Charo Jaqueline	Licenciada en Enfermería	Magister en Salud Publica	Universidad Nacional de Huancavelica
AYLAS GARCIA, Diana	Psicóloga	Magister en Gestión Publica	Departamento de Salud Mental del HRZCV
JESUS POMA, Vilma Rossana	Psicóloga	Psicología Clinica	Departamento de Salud Mental del HRZCV
HERMOZA VASQUEZ, Linnette Irene	Psiquiatra	Psiquiatría de niños y adolescentes	Departamento de Salud Mental del HRZCV Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi
FLORES MARIN, Guido	Licenciado en Enfermería	Salud Publica	Universidad Nacional de Huancavelica

### 1. BASE DE DATOS

ITÉM	JUECES					PUNTAJE TOTAL	V Aiken	DECISION
	1°	2°	3°	4°	5°			
1	4	4	4	4	4	20	1	A
2	4	4	4	4	4	20	1	A
3	4	4	4	4	4	20	1	A
4	4	4	4	4	4	20	1	A
5	4	4	4	4	4	20	1	A
6	4	4	4	4	4	20	1	A
7	4	4	4	4	4	20	1	A
8	4	4	4	4	4	20	1	A
9	4	4	4	4	4	20	1	A
10	4	4	4	4	4	20	1	A
11	4	4	4	4	4	20	1	A
12	4	4	4	4	4	20	1	A
13	4	4	4	4	4	20	1	A
14	4	4	4	4	4	20	1	A
15	4	4	4	4	4	20	1	A
16	4	4	4	4	4	20	1	A
17	4	4	4	4	4	20	1	A
18	4	4	4	4	4	20	1	A
19	4	4	4	4	4	20	1	A
20	4	4	4	4	4	20	1	A

## 2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA

Coeficiente V Aiken

## 3. REGLA DE DECISIÓN:

**A = Acepta:** si el valor del coeficiente V Aiken es a 0,8 u 80%

**R = Rechaza:** si el valor del coeficiente V Aiken es < a 0,8 u 80%

## 4. CALCULO

$$V Aiken = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

n = Número de jueces

c= Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V Aiken = \frac{20}{(5(5 - 1))} = \frac{20}{20} = 1$$

## 5. CONCLUSIÓN:

Todos los Ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1 este valor expresado en términos porcentuales o 100%. Para la validez del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100%.

## CONFIABILIDAD ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )

$$\text{alfa de cronbach} = \alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum \sigma_{ite}^2}{\sigma_{ins}^2} \right)$$

Donde:

$k$ =número de ítems

$\sigma_{ite}^2$ =varianza de cada ítem

$\sigma_{ins}^2$ =varianza del instrumento

$$\alpha = \left( \frac{20}{20-1} \right) \left( 1 - \frac{11.54}{56.21} \right)$$

$$\alpha = (1.05) (0.794)$$

$$\alpha = \mathbf{0.836}$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere  $\alpha > 0.6$ , por lo tanto el instrumento es confiable.

## ANEXO N° 04

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCAMELICA 2018”**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>PREGUNTA GENERAL</b> ¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</p> <p><b>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y el servicio de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la carga del cuidador y el personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</li> <li>¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y la relación interpersonal en</li> </ol>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Caracterizar la población de estudio.</li> <li>Establecer la relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Establecer la relación entre la carga del cuidador y el servicio de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Establecer la relación entre la carga del cuidador y el personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento</li> </ol>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> Existe relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Existe relación entre la carga del cuidador y la toma del medicamento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Existe relación entre la carga del cuidador y el servicio de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Existe relación entre la carga del cuidador y el personal de salud en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el impacto del cuidador en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</li> <li>Existe relación entre la adherencia al tratamiento y la relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el</li> </ol>	<p><b>Variable X:</b> Carga del cuidador.</p> <p><b>Variable Y:</b> Adherencia al tratamiento.</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Investigación básica.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> Correlacional</p> <p><b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</b> Deductivo, inductivo, analítico, sintético</p> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</b></p> <p>❖ <b>Variable X: Carga del cuidador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica: Encuesta.</li> <li>- Instrumento: Escala.</li> </ul> <p>❖ <b>Variable Y: Adherencia al tratamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica: Encuesta.</li> <li>- Instrumento: Escala.</li> </ul> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b> No experimental, transversal, Correlacional</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <math display="block">  \begin{array}{ccc}  M1 &amp; \longrightarrow &amp; O_x \\  &amp; &amp; r \\  M2 &amp; \longrightarrow &amp; O_y  \end{array}  </math> </div> <p><b>Leyenda:</b>  M1 = Muestra de familiares cuidadores.  M2 = Muestra de pacientes con Esquizofrenia.  Ox = Observación de la variable carga del cuidador.  Oy = Observación de la variable adherencia al tratamiento.</p>

<p>pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</p> <p>6. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento y las expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018?</p>	<p>de Salud Mental Huancavelica 2017.</p> <p>6. Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y la relación interpersonal en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</p> <p>7. Establecer la relación entre la adherencia al tratamiento y las expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</p>	<p>Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</p> <p>9. Existe relación entre la adherencia al tratamiento y las expectativas de autoeficacia en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.</p>	<p>r = relación</p> <p><b>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Población:</b> 56 familiares y 56 pacientes.</li> <li>• <b>Muestra:</b> 30 cuidadores (Familiares) y 30 pacientes</li> <li>• <b>Muestreo:</b> Muestreo no probabilístico por conveniencia.</li> </ul> <p><b>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b></p> <p><b>Técnica estadística:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadística descriptiva.</li> <li>- Estadística inferencial.</li> </ul>
--	--	---	---



## ANEXO N°05

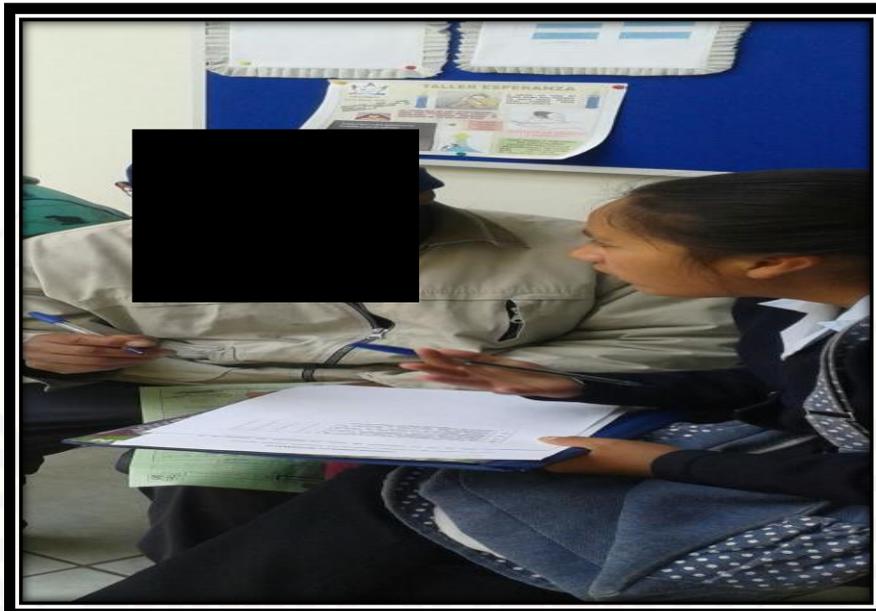
### IMAGENES



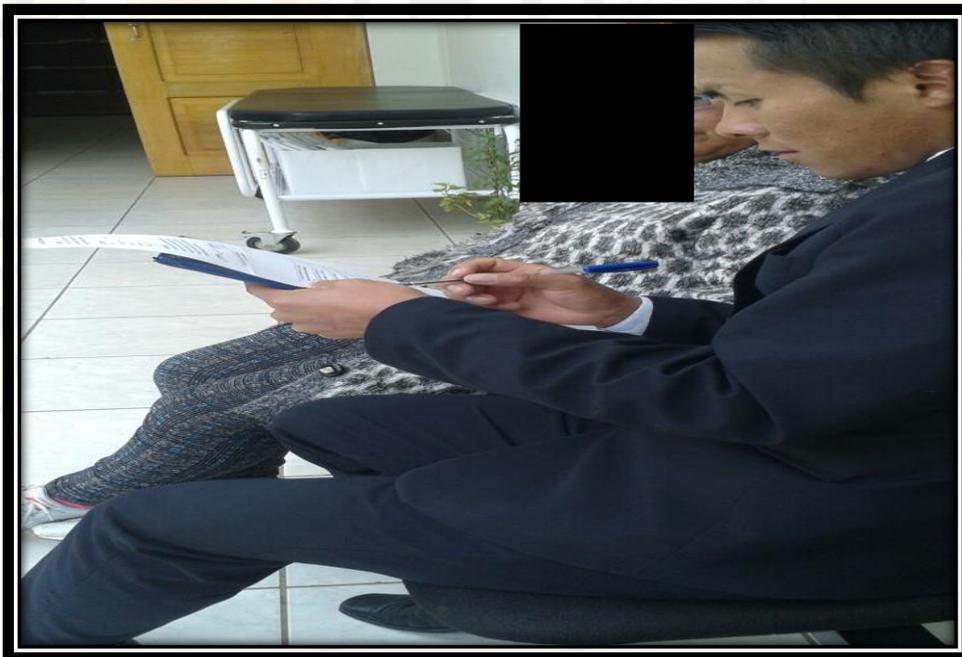
Los investigadores en el Departamento de Salud Mental de Huancavelica



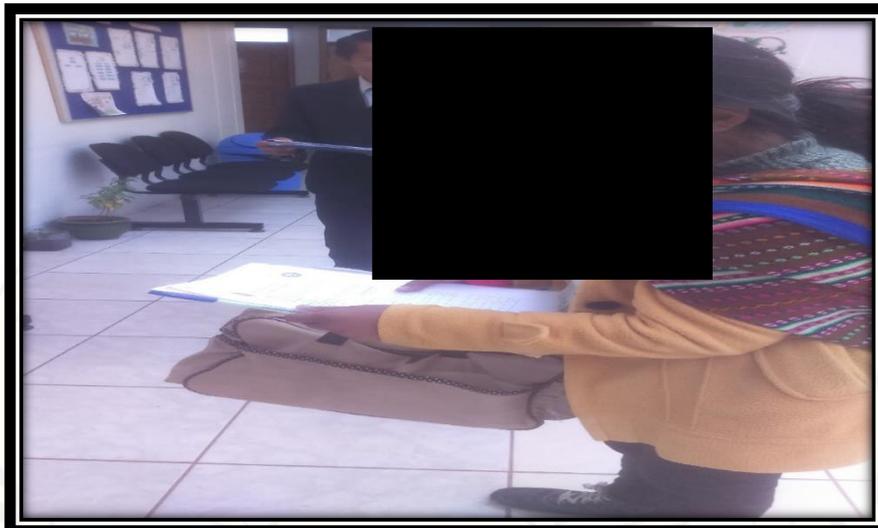
Los investigadores aplicando los instrumentos de recolección de datos.



Los investigadores aplicando los instrumentos de recolección de datos.



Los investigadores aplicando los instrumentos de recolección de datos.



Los investigadores aplicando los instrumentos de recolección de datos.



Los investigadores aplicando los instrumentos de recolección de datos.

**CARGO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**

(Creado por Ley N° 25205)

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DECANATO**

**CARRERA PROFESIONAL ACREDITADA**

RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA DEL CONSEJO DIRECTIVO AD HOC N°089-2016-SINEACE/COAH-P

VISIÓN

**"FACULTAD ACREDITADA, LIDER EN LA FORMACIÓN DE ENFERMEROS COMPROMETIDOS EN EL DESARROLLO DE LA REGIÓN, CAPACES DE AFRONTAR LAS EXIGENCIAS DEL MERCADO LABORAL".**

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



Huancavelica, 13 de agosto del 2018

**OFICIO N° 382-2018-DFEN-R-UNH**

DOCTOR:

**Dr. JULIO CÉSAR ÁLVAREZ LEÓN**

Director del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica

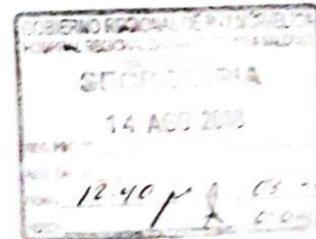
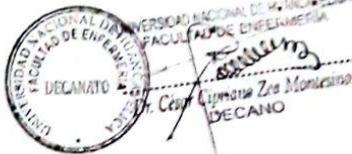
**PRESENTE.-**

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS DE ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA (APLICACIÓN DE INSTRUMENTO EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL-HVCA).**

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para hacerle llegar el saludo cordial a nombre de la Facultad de Enfermería y, el mío propio, asimismo **solicito autorización** para la ejecución del proyecto de tesis titulado "CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA - 2018", de las egresados(as): Pérez Toro, Lizeth y Quispe Huanachin, Edgar, a partir del 20 de agosto al 09 de setiembre del presente año. Adjunto 02 folios y 01 anillado.

Esperando su atención, aprovecho la ocasión para reiterar mi especial estima y deferencia.

**Atentamente,**



c.c.  
Archivo (02)  
CCZM  
Departamento de Salud Mental  
SISCEFO

N° de Registro:	<b>00163586</b>
N° de Expediente:	<b>00158771</b>

MISIÓN

**"FACULTAD FORJADORA DE PROFESIONALES CON EXCELENCIA ACADÉMICA, TECNOLÓGICA Y EN INVESTIGACIÓN, ARTICULANDO CON LA EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL, TRANSCENDIENDO EN EL CUIDADO DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD, RESPETANDO LOS VALORES MORALES Y SOCIOCULTURALES"**

Teléfono móvil 967684010-96841710

Ciudad Universitaria de Patrocinio s/n - Huancavelica



**CARGO**



**INFORME N° 436 - 2018/GOB.REG-HVCA/HRZCV-HVCA/OADI.**

**A : Psicóloga. Vilma R, JESUS POMA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.**

**REF. : PROVEIDO N° 7781 -GOB-REG-HVCA/GRDS-HR-ZCV-HVCA/DG**

HOSPITAL REGIONAL ZACCARIAS CORREA VELAZCO HUACA	
DEPARTAMENTO SALUD MENTAL	
RECEPCION	
Registra:	Folio: 02
Fecha: 21/08/18	Hoja: 12/12

**FECHA : Huancavelica, 17 de Agosto del 2018**

Por medio del presente me dirijo a Usted. Para saludarlo cordialmente, y a la vez comunicarle que el comité de Ética en Investigación para seres Humanos del HRH a través de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación tiene conocimiento del documento de la referencia en este sentido solicito se les brinde las facilidades a los investigadores:

**PÉREZ TORO LIZETH**  
**QUISPE HUANACHIN EDGAR**

Para recabar información necesaria para la (Aplicación de Instrumento) para la ejecución del proyecto de Tesis denominado "CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE HUANCAVELICA".

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y demás fines.

Atentamente,

COBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA  
HOSPITAL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
*Tunque Huamani Price Lillian*  
Tunque Huamani Price Lillian  
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

C.e.:  
Archivo.  
EJRA/ajd

DOC	00862805
EXP	00656831

## ANEXO N° 04

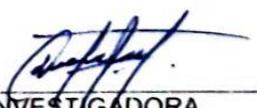
### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Vilma Rosana Jesús Poma....., identificado con DNI N° 19939742....., Jefe del Departamento de Salud Mental del Hospital Regional de Huancavelica Zacarías Correa Valdivia, autorizo que los pacientes que se atienden en el Departamento de Salud Mental, participen en la investigación titulada, CARGA DEL CUIDADOR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL HUANCVELICA 2018, siendo su objetivo principal Determinar la relación entre la carga del cuidador y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018.

Declaro que fui informado de los siguientes aspectos:

- La participación de los pacientes será de manera espontánea para los fines de investigación, los cuales estarán acompañados de los familiares (cuidadores).
- Las informaciones obtenidas serán utilizadas únicamente con fines de investigación, tratadas bajo reserva y fielmente relatadas por los investigadores.
- La participación del paciente, tanto como para el familiar, en esta investigación es voluntaria y el sujeto puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que se le pueda exigir ningún tipo de explicación ni prestación.
- Los investigadores estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesaria respecto a la investigación.

#### COLABORADOR DE LA INVESTIGACION

  
INVESTIGADORA  
LIZETH PEREZ TORO

  
INVESTIGADOR  
EDGAR QUISPE  
HUANACHIN

FECHA: 29/08/2018.....

HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA  
DEPARTAMENTO SALUD MENTAL  
  
Vilma Rosana Jesús Poma  
PSICÓLOGA  
C.P.S.P 11130