

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA  
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,  
TACNA 2018

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

AYLIN CUELLAR ESTRADA

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*) CON  
MENCION EN SALUD PÚBLICA

TACNA - PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**

**Escuela de Posgrado**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2018**

Tesis sustentada y aprobada el 27 de noviembre de 2019; estando el jurado calificador integrado por:

**PRESIDENTE** :   
.....  
Dr. Edgar Hernán Tejada Vásquez

**SECRETARIO** :   
.....  
Dr. Alberto Patricio Lanchipa Ale

**MIEMBRO** :   
.....  
Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez

**ASESORA** :   
.....  
Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez

## **DEDICATORIA**

En memoria de mi padre.

A mi madre

A mi familia

Mi más sincero agradecimiento a  
mis profesores de la Maestría en Salud pública.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	01
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción del problema.....	02
1.1.1. Antecedentes del problema.....	02
1.1.2. Problemática de la investigación .....	04
1.2. Formulación del problema.....	04
1.3. Justificación e importancia .....	04
1.4. Alcances y limitaciones .....	06
1.5. Objetivos .....	06
1.5.1. Objetivo General .....	06
1.5.2. Objetivos Específicos .....	06
1.6. Hipótesis .....	06
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio .....	07
2.2. Bases teóricas.....	10
2.3. Definición de términos.....	28
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación .....	29
3.2. Población y muestra.....	29
3.3. Operacionalización de las variables .....	31
3.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos .....	33
3.5. Procesamiento y análisis de datos .....	36

CAPÍTULO IV: MARCO FILOSÓFICO	
Marco Filosófico .....	37
CAPÍTULO V: RESULTADOS	
Resultados .....	41
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	
Discusión .....	58
CONCLUSIONES .....	63
RECOMENDACIONES .....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66
ANEXOS .....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Pacientes (usuarios) con esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue 2018	30
Tabla 2.	Indicadores de la variable independiente	32
Tabla 3.	Indicadores de la variable dependiente	32
Tabla 4.	Caracterización de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	41
Tabla 5.	Estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	47
Tabla 6.	Dimensiones del estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	49
Tabla 7.	Adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	51
Tabla 8.	Dimensiones de la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	53
Tabla 9.	Relación entre el estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	55
Tabla 10.	Comprobación de hipótesis	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	43
Figura 2.	Sexo de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	44
Figura 3.	Grado de instrucción de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	45
Figura 4.	Unidad donde acuden los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	46
Figura 5.	Estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	48
Figura 6.	Estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	50
Figura 7.	Adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	52
Figura 8.	Dimensiones de la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	54
Figura 9.	Relación entre el estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018	56

## RESUMEN

El objetivo principal de la investigación es determinar el estilo de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018, con un tipo de estudio cuantitativo, correlacional; con una muestra de 210 pacientes con esquizofrenia; utilizando como instrumentos: La Escala de Estilo de vida: Instrumento elaborado por Walker E, Sechrist K y Pender N (2016) y la Escala de adherencia a la medicación de Morisky Green-Levine 6 ítems (2016). Obteniendo como resultados: Que la mayoría (60,5%) de pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría reportaron estilo de vida No saludable; y en menor porcentaje (39,5%) estilo de vida Saludable. La mayoría (77,1%) de pacientes que acuden al servicio de psiquiatría. No tienen adherencia del tratamiento; mientras que el (22,9%) Si son adherentes al tratamiento. Concluyendo que: No existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, demostrado a través de  $X^2$  y  $p > 0,05$ .

**Palabras clave:** Estilo de vida, adherencia de tratamiento, pacientes, esquizofrenia.

## ABSTRACT

The main objective of the research is to determine the lifestyle and its relationship with adherence to treatment in patients with Schizophrenia who attend the Psychiatric Department of Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018, with a quantitative, correlational type of study; with a sample of 210 patients with schizophrenia; using as instruments: The Lifestyle Scale: Instrument prepared by Walker E, Sechrist K and Pender N (2016) and the Morisky Green-Levine Medication Adherence Scale 6 items (2016). Obtaining as results: That the majority (60,5%) of patients with schizophrenia who attend the psychiatry service reported an unhealthy lifestyle; and in a smaller percentage (39,5%) Healthy lifestyle. The majority (77,1%) of patients who attend the psychiatry department have no treatment adherence; while (22,9%) If they are adherent to the treatment. Concluding that: There is no relationship between lifestyle and adherence to treatment in patients with Schizophrenia who attend the Psychiatric Department of the Hipólito Unanue Hospital, demonstrated through  $X^2$  and  $p > 0,05$ .

**Key words:** Lifestyle, treatment adherence, patients, schizophrenia.

## INTRODUCCIÓN

En el capítulo I, se describe el planteamiento del problema, además de los objetivos, la justificación del tema a investigar, siendo el objeto de la investigación “Determinar la relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018”.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico de las variables definidas en la investigación, como el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia; interviniendo indicadores; para lo cual, se incluyó exposiciones de algunos autores, a efectos de mejor entender y con la finalidad de plasmar una adecuada sustentación teórica del trabajo.

En el capítulo III, se aplica la metodología de la investigación, centrando la atención en las hipótesis a contrastar, el tipo y diseño de la Investigación, los indicadores de las variables, la población y la técnica de muestra utilizada, en este caso, fue probabilística al azar; bajo criterios de inclusión. Se explica las fuentes de obtención de datos, el procesamiento y técnicas de recolección de datos.

En el capítulo IV, se procede a analizar e interpretar los resultados encontrados, la relación de los indicadores de las variables investigadas, la prueba y contraste de hipótesis definidas.

En el capítulo V, enfoca la discusión de los resultados obtenidos en la investigación desarrollada en el estudio.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del problema**

##### **1.1.1. Antecedentes del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la salud mental es un componente integral y esencial de la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (1).

La Esquizofrenia es una enfermedad crónica, compleja, donde las personas que la sufren no tienen conciencia de estar enfermas; y que no afecta por igual a todos los pacientes: El 57% de las personas que sufren uno o varios casos de esta enfermedad cursa con nula o mínima alteración de su capacidad del funcionamiento social. No obstante, el porcentaje restante sufre alteraciones importantes en su funcionamiento social y personal, necesitando para su recuperación la combinación de estrategias basadas en la farmacología (medicación) y en la psicología (terapias conductuales y cognitivas) con apoyo de recursos sociales y laborales complementarios para facilitar su reintegración social y laboral. También es relevante para disminuir las recaídas de esta enfermedad la intervención en el ámbito familiar (2).

En el Perú los trastornos mentales representan el 22,4% de la carga general de enfermedad, y junto con otros problemas psicosociales representan una importante y significativa parte de la morbilidad que se atiende en los centros de atención primaria (3).

El estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo (4).

Los pacientes con Esquizofrenia en comparación con la población general, tienen una alimentación más incorrecta, son menos activos, presentan tasas más elevadas de consumo de tabaco, de altos niveles de cafeína, de abuso o dependencia del alcohol y de consumo de sustancias ilegales. Las conductas de riesgo/no saludables, pueden presentarse de manera aislada o asociadas de acuerdo con diferentes tipos de agrupamiento, tanto en población no psiquiátrica como en población psiquiátrica (5).

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 multidisciplinario (5).

La falta de adherencia terapéutica es un problema de Salud Pública de gran importancia en la actualidad, con una prevalencia media del 50% en patologías crónicas. Los pacientes psiquiátricos presentan un mayor grado de incumplimiento que los no psiquiátricos. La conducta no adherente en la esquizofrenia se explica, sobre todo, por la falta de conciencia del paciente sobre su problema de salud, aunque influyen otros factores (6).

### **1.1.2. Problemática de la investigación**

La Región de Tacna, según reporta el Ministerio de Salud en el año 2017, el 8,9% reportó algún problema de salud mental. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, dentro de su incidencia de casos registrados de morbilidad se encuentran: Esquizofrenia, Depresión, Alcoholismo y drogadicción, los cuales son recibidos por diferentes motivos de consultas en el área de hospitalización, Hospital de día, Consulta externa y Emergencia (7); y se ha percibido que muchos de estos pacientes no cumplen con el tratamiento “porque refieren que no necesitan la medicación”, “que ya se encuentran mejor”, “que son muchas medicinas”, “no asisten a sus controles”, “consumen comida chatarra o comen a deshoras”, “no realizan deportes”.

En este contexto es necesario continuar fortaleciendo comportamientos saludables, y examinar los diferentes tipos de medida de la adherencia y conocer los motivos fundamentales por los que las personas aquejadas de esta enfermedad no se adhieren al tratamiento.

### **1.2. Formulación del problema**

¿Existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna por 2018?

### **1.3. Justificación e importancia**

El trabajo de investigación buscó determinar la relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia que son atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue Tacna 2018. En este sentido en Tacna no hay trabajos de investigación similares y siendo una problemática de salud pública nace el interés de contribuir al conocimiento del cuidado especializado en estos pacientes dentro del marco legal y normativo

vigentes, por lo que la ejecución del trabajo de investigación se justificó por lo siguiente:

**a. Tiene relevancia científica:** Ya que para la ejecución de este trabajo de investigación se revisó literatura inherente a los temas a estudiar y se aplicó instrumentos que evidencia resultados, motivo de análisis y discusión, por lo tanto, también se dejará hallazgos para futuros trabajos de investigación.

**b. Tiene relevancia social:** Porque los resultados permitirán implementar acciones de promoción prevención de la salud mental, enfermedades psiquiátricas hacia la adherencia al tratamiento y minimizar las complicaciones o cronicidad de las enfermedades, así mejorar las condiciones de vida del paciente, familia y comunidad.

**c. Tiene implicancias prácticas:** Porque con este trabajo se pretende concientizar e informar al equipo de salud, como a la familia y comunidad sobre este problema de salud pública, para que ellos puedan mejorar en sus cuidados y por ello las familias apoyen en la adherencia al tratamiento y cuidado de estas personas, así evitar complicaciones.

**d. Tiene viabilidad:** Porque el trabajo se realizará dentro de las instalaciones del Hospital Hipólito Unanue, donde se contó con la autorización de las autoridades hospitalarios de igual manera se buscó la aceptación de los usuarios o familia, se contó con recursos tecnológicos, financieros y potencial humano necesarios y calificados para la ejecución del trabajo de investigación.

**e. Tiene originalidad:** En nuestro ámbito de estudio no existe trabajos sobre el tema a estudiar, sin embargo, el presente trabajo ayudara concientizar al personal de enfermería a que pueda reorientar acciones preventivas promocionales y recuperativas en la comunidad, familia y sobre todo en el paciente con esquizofrenia. Realizando una rehabilitación integral para disminuir recaídas, y tener un paciente reinsertado socialmente.

#### **1.4. Alcances y limitaciones**

- Escasos trabajos de investigación en temas y población.

#### **1.5. Objetivos**

##### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar el estilo de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

##### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Valorar el estilo de vida en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.
- Establecer la relación entre el estilo de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

#### **1.6. Hipótesis**

Existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

**Inger S. (10)**, tesis “Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental Portoviejo.Ecuador.2018”, con el objetivo de conocer los factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. Metodología: estudio descriptivo. Se aplicó una entrevista a diez psicólogos clínicos del sector público y privado y una encuesta a 264 personas de 18 a 45 años de edad, de ambos sexos. Resultados: los factores con mayor prevalencia en la salud mental de los portovejenses son los sociales, vinculados con los factores psicológicos; así como, el área con mayor afectación es la familiar, seguida de la económica y laboral. Entre los síntomas con mayor evidencia se registra la preocupación, aspecto que a largo plazo puede propiciar problemas en la salud mental y física que afectan el bienestar y la calidad de vida de las personas.

**Tobar M. (11)**, tesis “Calidad de vida en esquizofrenia Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, España 2018” con el objetivo de estudiar la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. Metodología: Estudio descriptivo. Se aplicó escala de calidad de vida (QSL). Con una población de 344 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Todos los pacientes recibían tratamiento antipsicótico, y estaban clínicamente estables durante, al menos, los 6 meses previos a la inclusión en el estudio. Concluyendo: La calidad de vida objetiva en los pacientes con esquizofrenia es inferior a la calidad de vida presentada por sujetos de la población general.

**Burgos E. (12)**, tesis “Estilo de vida y salud en pacientes con esquizofrenia y en población no psiquiátrica en Granada- España 2018”. Con el objetivo de relacionar el estilo de vida y la salud de los pacientes con esquizofrenia.

Metodología: Estudio correlacional, la muestra está constituida por 208 pacientes no psiquiátricos, adultos que acuden a la consulta de atención primaria y 146 pacientes con esquizofrenia. Resultados: Existe asociación de ciertas características sociodemográficas y clínicas (como el IMC o la morbilidad psiquiátrica) y de algunos rasgos de la personalidad con el estilo de vida de las personas. Concretamente, en cuanto a la personalidad, nuestro estudio muestra una mayor adherencia a la dieta mediterránea en los pacientes no psiquiátricos con altas puntuaciones en el rasgo del carácter auto-directividad (self-directedness, SD) y mayor adherencia a la actividad física en las personas con menor puntuación en el rasgo temperamental evitación de daño (harm avoidance, HA). El rasgo temperamental búsqueda de novedad (novelty seeking, NS) se asocia fuertemente, entre las personas con esquizofrenia, a fumar y tanto entre personas con esquizofrenia como entre pacientes no psiquiátricos al consumo de drogas ilegales.

**Castillo A.** (13), trabajo de investigación “Problemas de Salud mental y su estigma en Lima. Perú 2015”. Con el objetivo de conocer los problemas de salud mental y su estigma. Metodología: Estudio descriptivo, con una población de 5000 personas. Utilizando la entrevista a los pacientes en la consulta que asisten al Instituto Nacional Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Resultados: Según cifras del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), más del 80% de personas que padecen algún tipo de trastorno mental en el país no reciben la atención especializada que requieren, esto sucede porque no existe una buena política de estado para atender estos problemas, además de que algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia y el trastorno bipolar son estigmatizadas por la sociedad.

**Zúñiga J.** (14), tesis “Estilo de vida y factores sociales en pacientes de consultorio de psiquiatría del Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Perú. 2013”, Con el objetivo de relacionar los factores sociales y el estilo de vida. Metodología: Estudio descriptivo correlacional, con una muestra de 120 pacientes.

Resultados: Que el 68% presentó estilo de vida no saludable; y no se encontró relación entre los factores sociales y el estilo de vida ( $p > 0,05$ ).

**Turpo E.** (15), en su tesis “Factores asociados y conciencia de enfermedad (insight) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en consulta externa en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. Perú. 2018”. Objetivo: Identificar los factores sociodemográficos. Se realizó un estudio observacional, prospectiva, transversal en cuarenta y dos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se evaluó el insight con la escala de Marková y Berrios, funcionalidad familiar con el APGAR familiar, autoestima con la escala de Rosenberg, y el nivel socioeconómico con la escala de Amat y León. Resultando: Los pacientes fueron adultos jóvenes de género masculino, soltero/ separado, se dedicaron a labores del hogar, poseen estudios secundarios y de una condición socioeconómica medio, tuvieron controles psiquiátricos completos al año, disfunción familiar, autoestima baja. Obtuvieron un promedio de insight (16-18 puntos), y se observó una correlación estadísticamente significativa con la edad, condición socioeconómica, disfunción familiar y autoestima.

**Perez L.** (16), en su estudio sobre “Carga del cuidador y Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental Huancavelica. Perú. 2018”. Con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Departamento de Salud Mental Huancavelica 2018. El estudio fue de tipo cuantitativo, de corte transversal. La muestra fue de 30 pacientes y 30 cuidadores. Obteniendo como resultados. 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.

**Paucar C.** (17), realizó 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, Lima 2013”, con el objetivo de Determinar los factores relacionados a la no adherencia del

tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos. Es de tipo descriptivo de corte transversal. Concluyendo: 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 2013 (57 pacientes) 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.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Estilo de vida**

Para Lalonde, M. (18), el estilo de vida es uno de los componentes del campo de la salud, determinando que este afecta el grado de salud de la persona, si el estilo de vida es favorable se tendrá un grado de salud más alto y si es menos saludable el individuo puede llegar a enfermar. Claro está que el campo de la salud se compone de segmentos flexibles como la biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud.

Lalonde, M. (19), menciona que el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Según Maya L. (20), refiere que los estilos de vida saludables son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y

comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción. Considera lo siguiente:

- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

El estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud. Para comprenderlo se requiere del estudio de tres categorías: Características y experiencias individuales, condiciones y efectos específicos de la conducta y el resultado conductual.

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales (21).

Según Pino J. (22), el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida.

El estilo de vida es la forma de vida de las personas o de los grupos. La mayoría de los autores definen a los estilos de vida como un conjunto de patrones conductuales que una persona en concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad (23).

El enfoque personológico menciona que el estilo de vida se define como la expresión externa de las cualidades del sujeto individual, integrado por constituyentes estructurales externos e indicadores funcionales de la personalidad, que en su configuración, constituyen la expresión psicológica, subjetivamente determinada del modo de vida del individuo (20).

La relación sujeto-personalidad estilo de vida constituye una alternativa pertinente en la caracterización psicológica del estilo de vida. Siendo el sujeto el individuo concreto, al hablar de él no sólo se hace referencia a su mundo interno, sino también al sistema de relaciones en que se objetiviza su subjetividad. Se asume que el sujeto individual existe en dos dimensiones: interna y externa. Las mismas se relacionan dialécticamente como dos partes de un todo. La personalidad constituye un componente de la subjetividad interna,

mientras que el estilo de vida es la subjetividad objetivada, o sea la expresión comportamental externa de la personalidad del sujeto (20).

El enfoque socioeducativo manifiesta una aproximación conceptual al constructo estilo de vida; se constata que el estilo de vida, bajo un enfoque socioeducativo, no se limita a una conducta exterior, el estilo de vida lleva implícitamente una forma de conocer, de aprender, de adueñarse del conocimiento y, en último término, de la realidad aparente. Se parte del concepto holístico de salud, que contempla al individuo en su totalidad y en su entorno global, acentuando tanto la dimensión física, como la psicológica y espiritual. Estas dimensiones no deben percibirse aisladamente, un desequilibrio psicológico (como el estrés) al deprimir el sistema inmunológico, incrementa el riesgo de infección; sin embargo, el estado de bienestar aumenta la resistencia a la enfermedad en esta visión ecosistémica (20).

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares o de grupos formales o informales (19).

Se considera al estilo de vida como el conjunto de comportamientos, actitudes y valores que no sólo previenen o protegen de enfermedades físicas sino considerando el aspecto de salud psicológica y considerándolo como un rasgo de individualidad general de la postura de cada persona frente a las situaciones de su vida que le permite adaptarse sanamente al medio y crecer como persona integral. El aspecto de las conductas o comportamientos es decisivo en el estado de bienestar de las personas, tanto en el plano físico como psicológico.

El estilo de vida saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud. Incluye fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales, salud mental y el control de tres elementos ligados a la alimentación: presión arterial, colesterol y arteriosclerosis (24).

Vargas, S. (25), menciona también, que los estilos de vida saludables, son una serie de comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar como, por ejemplo, el control de tensiones y emociones negativas, una alimentación saludable en cantidad y calidad, la práctica de actividad física, el descanso, la recreación, el control en la ingesta de sustancias como el alcohol y la nicotina, el no consumo de otras drogas, la higiene personal y el entorno saludable.

En el presente estudio el estilo de vida será medido en base a la modificación del instrumento propuesto en el Modelo de Promoción de la salud (MPS) elaborado por Pender N, Walker E. y Sechrist K. y la guía de implementación del programa familias y viviendas saludables del Ministerio de Salud (23).

**Las dimensiones del estilo de vida consideradas son las siguientes:**

**Alimentación saludable:** Referida a la alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades. Los nutrientes esenciales son: Proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales; también se considera al agua. La alimentación saludable previene de enfermedades como la desnutrición, la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la anemia, la osteoporosis y algunos tipos de cáncer (24).

**Actividad y ejercicio:** La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos y que requiere de un “gasto de energía”. Cuando esta actividad es planeada, estructurada y repetida para mantener una buena salud se llama “ejercicio”. El ejercicio y una alimentación saludable son necesarios para la conservación y el mantenimiento de la salud. La práctica regular del ejercicio, mejora la digestión, el sistema óseo, el sistema circulatorio y por ende, el funcionamiento del corazón y el aporte de energía y nutrientes a todo el organismo (25).

En la etapa adulta ya no existen las elevadas demandas energéticas y nutritivas de las anteriores, siendo estas necesidades sensiblemente menores en relación con el peso corporal, y dependen, entre otros factores, de la edad, el sexo, actividad que realiza el adulto, complexión (fuerte, mediana, delgada), metabolismo y el grado de actividad física (24).

**Responsabilidad en Salud:** Implica escoger/decidir sobre alternativas saludables/correctas en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento. Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos/dependencias de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar nuestras vidas desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar/modificar nuestros hábitos negativos arraigados (25).

**Autorrealización:** es un ideal al que todo hombre desea llegar, se satisface mediante oportunidades para desarrollar el talento y su potencial al máximo, expresar ideas y conocimientos, crecer y desarrollarse como una gran persona, obtener logros personales, para que cada ser humano se diferencie de los otros (26).

**Apoyo Interpersonal (redes de apoyo):** En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Las redes de apoyo social natural son la familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos, compañeros espirituales (27).

**Manejo del estrés:** Se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para reducir o no la amplitud y el nivel de activación, y modifican las demandas del ambiente o el carácter de las propias evaluaciones cognitivas (28).

### **2.2.2. 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 (9).

Los participantes en el Congreso sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2017, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como "el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas" era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término "médico" era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra "instrucciones" implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento (29).

En particular, se reconoció que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro. Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en el

comportamiento tales como un régimen alimentario inadecuado, actividad física escasa, consumo de sustancias tóxicas, entre otros.

A continuación, se presentan algunos de las definiciones más utilizadas. En la literatura inglesa, los términos de cumplimiento (compliance) y adherencia (adherence) son los de mayor uso, sin embargo, también se han utilizado otros sinónimos tales como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia. Por su parte, Nogués y colaboradores (30) afirman que la adherencia comprende dos aspectos: el cumplimiento en la toma de los medicamentos (en cuanto a la dosis y la forma) y la persistencia durante el tiempo de la prescripción.

Se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar entre los términos "adherencia" y "cumplimiento". La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones. Creemos que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

### **Importancia de la adherencia del tratamiento:**

"Los medicamentos no funcionan en los pacientes que no los toman". La no adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. La adherencia a la terapéutica en los países desarrollados, promedia en 50%, mientras que, en los países en vías de desarrollo, las tasas son incluso menores en los países desarrollados, promedia en 50%, mientras que, en los países en vías de desarrollo, las tasas son incluso menores (31).

Los enfermeros/as consideran que una buena adherencia al tratamiento proporciona más comportamientos saludables en el paciente con esquizofrenia. De hecho, la falta de adherencia al tratamiento se valora como un problema grave en las manifestaciones de la enfermedad. Los enfermeros consideran que

la falta de adherencia es un problema muy importante sobre todo en la agudización de los síntomas, así como en los comportamientos saludables del paciente.

Se considera que esta falta de adherencia es responsable de numerosas consecuencias directas: recaídas y/o re hospitalizaciones, empeoramiento de la sintomatología de la enfermedad, pérdida de calidad de vida del paciente y su núcleo de convivencia, así como empeoramiento del funcionamiento social del paciente. Entre los motivos de recaída valorados, destaca el incumplimiento al tratamiento antipsicótico como motivo más importante de recaída frente a la eficacia insuficiente del tratamiento (31).

### **Motivo de recaída**

- Incumplimiento del tratamiento.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Pérdida de seguimiento del paciente en el ámbito extra-hospitalario.
- Falta de soporte o implicación familiar.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Falta de insight asociado a la enfermedad.
- Cumplimiento parcial del tratamiento antipsicótico
- Carencia de terapia rehabilitadora.
- Insuficientes sistemas de apoyo familiar.

### **Consecuencias de la falta de adherencia**

- Recaídas y/o re-hospitalizaciones.
- Empeoramiento de la sintomatología de la enfermedad.
- Pérdida de calidad de vida del paciente y su núcleo de convivencia.
- Empeoramiento del funcionamiento social del paciente.
- Aumento de la utilización de recursos sanitarios.
- Intento de suicidio.

### **Clasificación de la adherencia del tratamiento:**

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al periodo de seguimiento:

- **Incumplimiento parcial:** En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
- **Incumplimiento esporádico:** Si el individuo incumple de forma ocasional (por olvido de dosis o tomar dosis menores por miedo a efectos adversos).
- **Incumplimiento secuencial:** El abandono es por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.
- **Incumplimiento completo:** Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
- **Incumplimiento de bata blanca:** Sólo se adhiere al tratamiento cuando está cercana la visita médica.

Una forma más de evaluar la no adherencia al tratamiento es la intencionalidad:

- **Incumplimiento intencionado:** Se refiere a dejar el tratamiento debido a los efectos adversos o al costo elevado.
- **Incumplimiento no intencionado:** Olvido de la dosis.

### **Evaluación de la adherencia del tratamiento:**

Existen varios métodos para medir la no-adherencia al tratamiento; sin embargo, actualmente no existe un método único para medirla, por lo que se deben utilizar varios de ellos para recabar la mayor información posible, ya que todos los métodos poseen carencias (32).

En la clínica es muy importante identificar a los pacientes no cumplidores, incorporando esta actividad a la rutina diaria; por lo tanto, es conveniente el uso de pruebas sencillas que no consuman grandes esfuerzos o tiempo (33).

Método de Moriski Green y Levine: Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación? Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? (34).

### **2.2.3. Esquizofrenia**

Es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Los síntomas de las fases agudas suelen ser delirios (ideas falsas que el individuo cree ciegamente), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes (35).

Los pacientes esquizofrénicos pueden perder el contacto con la realidad (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios (creencias falsas), tener pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral.

Etimológicamente significa «mente escindida». Con este término, se quería subrayar las alteraciones en el pensamiento que presentan las personas que la padecen.

**Causas:** El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza. No obstante, en los últimos años se han logrado algunos avances que permiten señalar diversos factores responsables del trastorno:

Alteraciones precoces del desarrollo del cerebro

Estudios con técnicas histopatológicas modernas y con técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética, han detectado anomalías en la estructura de determinadas regiones cerebrales. Otras técnicas, como la tomografía de emisión de positrones, han permitido observar algunas alteraciones en el funcionamiento del cerebro de estos enfermos, en comparación con el de personas sanas. Conjuntamente, estos hallazgos apoyan la teoría de que la esquizofrenia puede tener su origen en alteraciones del desarrollo cerebral muy precozmente, en concreto, durante el desarrollo del cerebro embrionario.

### **Predisposición genética**

Aunque el mecanismo de transmisión no se conoce, sí se sabe que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor cuando existen antecedentes familiares de la misma. Sin embargo, la presencia de antecedentes no es una condición necesaria ni suficiente; muchos pacientes no los presentan y muchos sanos, sí. Esto indica que otros factores no genéticos también juegan un papel importante en la génesis del trastorno.

### **Alteraciones en moléculas del cerebro**

Se ha descubierto que diversas sustancias llamadas neurotransmisores (los responsables de que las neuronas se comuniquen adecuadamente) pueden estar desequilibradas en la esquizofrenia. Los estudios sobre estas sustancias están siendo muy importantes para el diseño de fármacos cada vez más efectivos.

### **Infecciones del embarazo y complicaciones del parto**

Está en estudio si algunas infecciones por virus que padezca la madre durante el embarazo pueden ser responsables de alteraciones del desarrollo cerebral

normal del feto y que, a cierta edad, provoquen la enfermedad. Por otra parte, se ha relacionado este trastorno con complicaciones durante el parto (traumatismos, anoxia cerebral).

**Síntomas característicos:** Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

**Síntomas:** El principal problema relacionado con los síntomas de esta patología es que la mayoría son subjetivos, es decir, sólo el paciente los experimenta, por lo que no pueden comprobarse. El segundo, es que la esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchas y variadas manifestaciones, pero ninguna es específica de ella, sino que también pueden estar presentes en otros trastornos mentales.

Actualmente se dividen los síntomas en dos grandes grupos:

**Síntomas positivos** consisten en aquellas manifestaciones anormales que experimentan los pacientes, como ver cosas que no existen (alucinaciones) o pensar que ocurren cosas que no son verdad (delirios).

**Síntomas negativos** consisten en aquellas manifestaciones que hacen pensar que el sujeto está perdiendo capacidades para pensar, sentir o hacer cosas con normalidad. Por ejemplo, dejar de hablar con fluidez, tener interés por las cosas o las personas, por levantarse cada día a trabajar, etc. Es habitual que, con el paso del tiempo, muchos de los síntomas se alivien. Sin embargo, suelen quedar

algunas secuelas, como abandono del cuidado de sí mismo, frialdad hacia los demás, indiferencia o desinterés por todo.

**Prevención:** La esquizofrenia no se puede prevenir. Sin embargo, si el paciente sigue el tratamiento prescrito por los especialistas, los síntomas sí pueden prevenirse y evitarse. De hecho, si el paciente abandona el tratamiento es probable que muchos síntomas reaparezcan.

**Tipos:**

Algunos investigadores creen que la esquizofrenia es un trastorno aislado, mientras que otros creen que es un síndrome (un conjunto de síntomas) basados en numerosas enfermedades subyacentes. Se han propuesto subtipos de esquizofrenia en un esfuerzo de clasificar a los pacientes dentro de grupos más uniformes. Sin embargo, en un mismo paciente, el subtipo puede variar a lo largo del tiempo.

**Esquizofrenia paranoide:** Es el subtipo más frecuente. Predominan las ideas delirantes de persecución o de perjuicio de otras personas hacia el paciente.

**Esquizofrenia hebefrénica:** En ella predominan las alteraciones en las emociones. Son características las manifestaciones de lo que se denomina incongruencia emocional en las que, por ejemplo, el paciente se ríe sin motivo aparente. Su comienzo es más precoz que la anterior y más grave.

**Esquizofrenia catatónica:** Se caracteriza por alteraciones motoras, generalmente inmovilidad persistente, aunque puede alternar con crisis de agitación o puede presentar movimientos repetitivos. Suele responder mejor al tratamiento (35).

**Esquizofrenia indiferenciada:** Cuando una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama indiferenciada.

Aunque estas divisiones se siguen utilizando, hoy se tiende a valorar y diferenciar estos trastornos en función de la predominancia de síntomas positivos o negativos y, sobre todo, a medir la intensidad de cada uno de estos síntomas mediante cuestionarios y escalas. Esto permite evaluar al paciente en diversos momentos de su evolución, así como la efectividad de los tratamientos.

### **Diagnóstico:**

No existe una prueba diagnóstica definitiva para la esquizofrenia. El psiquiatra realiza el diagnóstico basándose en una evaluación del historial de la persona y de su sintomatología.

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, los síntomas deben durar por lo menos seis meses y asociarse con deterioro significativo del trabajo, los estudios o del desarrollo social. La información procedente de la familia, amigos o profesores es importante para establecer cuándo comenzó la enfermedad.

El médico deberá descartar la posibilidad de que los síntomas psicóticos del paciente estén causados por un trastorno afectivo. Con frecuencia se realizan análisis de laboratorio para descartar el abuso de sustancias tóxicas o un trastorno subyacente de tipo endocrino o neurológico que pueda tener algunas características de psicosis (36).

### **Tratamientos:**

El tratamiento de la esquizofrenia es farmacológico, principalmente con neurolépticos o antipsicóticos. Se diferencian dos tipos de antipsicóticos:

Los clásicos: la clorpromazina, el haloperidol o la tioridazina.

Los neurolépticos atípicos: clozapina, risperidona, olanzapina, ziprasidona o quetiapina

Ambos grupos tienen en común la capacidad de corregir desequilibrios de los neurotransmisores, sobre todo la dopamina, y aliviar los síntomas positivos. Sin embargo, los neurolépticos atípicos tienen especial capacidad de conseguir el desequilibrio del neurotransmisor serotonina. A ello se ha asociado la efectividad

de este tipo de neurolepticos sobre los síntomas negativos. Los neurolepticos atípicos tienen además la ventaja de producir menos efectos secundarios.

En casos muy concretos, como la escasa respuesta al tratamiento con medicamentos, con grave riesgo de suicidio o agresión hacia otros, en el subtipo de esquizofrenia catatónica puede estar indicado el tratamiento con electroshock. Pese a su mala prensa, las condiciones de aplicación actual del electroshock hacen que sea un procedimiento seguro, además de muy eficaz.

Los tratamientos antipsicóticos han permitido que, en la mayor parte de los casos, el paciente con esquizofrenia pueda vivir en comunidad. Es extraordinariamente importante aprovechar esta posibilidad y combinar el tratamiento farmacológico con una serie de medidas destinadas a que el paciente esté ocupado y activo (35).

Entre otras indicaciones de tratamiento, están las terapias: Como la terapia psicosocial. Precisa de mecanismos asistenciales como, por ejemplo, talleres ocupacionales, centros de día, centros de salud mental y grupos de autoayuda.

El diálogo entre paciente con esquizofrenia y el médico puede ser un instrumento terapéutico importante, si tiene como fin que el enfermo conozca su patología. El médico le puede enseñar a convivir con la patología y a utilizar sus propios recursos psicológicos y ajenos -familia, amigos, apoyo-, para acercarse más a su entorno.

Por otra parte, es importante que el psiquiatra informe tanto al paciente como a los familiares con los que convive sobre las características sintomáticas de la enfermedad y les ayude a distinguir cómo se han manifestado en su caso particular, con vistas a prevenir o intervenir en caso de reagudización. También es importante que el psiquiatra informe sobre los tratamientos antipsicóticos, sus efectos y ventajas, y los posibles efectos adversos.

Además, es necesario que el psiquiatra ayude al enfermo y allegados a que consigan una comunicación adecuada en el medio familiar. Otras técnicas de psicoterapia individual, por ejemplo, las de tipo psicoanalítico, no parece ser eficaces en la esquizofrenia.

### **Pronóstico:**

El pronóstico de esta patología es complicado y depende de cada caso. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes los síntomas mejoran con el tratamiento farmacológico. Cuando se abandona los síntomas suelen reaparecer.

### **Complicaciones:**

Los expertos señalan que los esquizofrénicos tienen más riesgo de:

- Tener problemas con el alcohol y las drogas. Además, su consumo incrementa las posibilidades de que reaparezcan los síntomas.
- Desarrollar otras enfermedades debido al estilo de vida inactivo.
- Tener efectos secundarios por los medicamentos.
- Suicidio.

### **Intervención del Médico y enfermera para lograr la adherencia al tratamiento a un paciente con Esquizofrenia:**

- Elaborar un plan lo menos complejo posible y adaptado a las necesidades de los pacientes con el menor número de medicamentos y dosis posibles y asociando la toma de medicación con actos cotidianos:
- Establecer un calendario con horarios y días donde quede establecido el nombre del medicamento, la hora en la que se debe tomar, el color del envase y la dosis.
- Pedir a un familiar que lleve un control de cada medicamento.
- Ordenar sus medicamentos por sector de hora mañana, tarde y noche y mantenerlos en un lugar visible.
- Asegurarse de que el paciente (usuario) comprende la relación entre su conducta, su salud y su enfermedad: Explicándole el problema, qué se espera

del tratamiento, cómo puede identificar su eficacia y las consecuencias de no recibirlo.

- Optimizar la comunicación médico-paciente (usuario), mediante la empatía, sinceridad y confianza.
- Facilitar la participación del paciente (usuario) en la toma de decisiones:
- Si participa, se responsabiliza del plan terapéutico. Responsabilizarse implica monitorizar los efectos positivos y negativos del tratamiento y hablarlos con el profesional sanitario (31).
- Si el paciente (usuario) tiene buenas razones para no seguir un tratamiento y las transmite al profesional, éste puede hacer ajustes en el plan terapéutico.
- Si el usuario participa activamente en su tratamiento, se aumenta su percepción de control sobre la enfermedad.

#### **Consideraciones en el paciente con Esquizofrenia:**

- Creación de grupos de apoyo en los que planteen las dificultades y se identifiquen modos de afrontarlas.
- El paciente (usuario) debe adoptar un sentido de cumplimiento y responsabilidad en cuanto a la administración del medicamento, teniendo siempre en mente que lo que le ha recetado el médico es la base para mejorar su salud.
- El paciente (usuario) debe cumplir cada una de las instrucciones escritas en su receta. Si cumple esto se compromete, se implica, y está iniciando la adherencia al tratamiento.
- El paciente (usuario) debe involucrar a su familia y amigos en la adherencia al tratamiento.
- El paciente (usuario) debe participar en su enfermedad y ser responsable de las decisiones que se adopten.
- El paciente (usuario) con una enfermedad crónica debe entender que es un proceso continuado, y que sus esfuerzos se traducirán en una mejor calidad de vida. No salir nunca de la consulta del médico con dudas.

### **2.3. Definición de términos**

#### **Estilos de vida:**

Son la forma de vivir de las personas, que al igual que el medio ambiente, están determinados por un conjunto de factores (físicos, sociales o laborales) que dependerán tanto del individuo como del complejo entorno que le rodea, dando lugar a estilos de vida menos saludables (8).

#### **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 (9).

#### **Usuario:**

El usuario es la persona que utiliza y elige los servicios de salud. El paciente en la salud mental es catalogado como “usuario” por ello paciente es igual a usuario, quien es el eje alrededor del cual se organizan las actividades del sistema de salud, es el que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención. Ahora bien, el paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo y Diseño de la investigación

- **Tipo de investigación:** Aplicada porque es la solución de problemas prácticos.
- **Nivel de investigación:** Descriptiva porque describe situaciones y eventos, es decir cómo son y cómo se comportan determinado fenómeno. Correlacional, mide dos o más variables que se desea conocer, si están o no relacionadas con el mismo sujeto, así analizar la correlación (39)
- **Diseño de investigación:** No experimental-transeccional, porque es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables en determinado momento.

#### 3.2. Población y muestra

##### 3.2.1. Población

Pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría (Consulta externa, hospitalización y Hospital de día); con un total de 463 casos).

**Tabla 1**

*Pacientes (usuarios) con esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue 2018.*

Meses	Hospitalización	Hospital de día	Consulta externa	Total
Enero	11	10	15	36
Febrero	5	10	17	32
Marzo	14	10	16	40
Abril	5	10	21	36
Mayo	12	12	15	39
Junio	14	12	16	42
Julio	11	12	18	41
Agosto	13	12	16	41
Setiembre	10	13	12	35
Octubre	13	13	15	41
Noviembre	11	13	17	41
Diciembre	8	13	18	39
<b>Total</b>				<b>463</b>

Fuente: Registros del Hospital Hipólito Unanue 2018.

### **3.2.2. Muestra**

Los elementos muestrales se determinaron bajo los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico Esquizofrenia.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con otros diagnósticos.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

**Muestreo:**

Probabilístico al azar.

**Fórmula de muestra:**

Determinándose el tamaño de muestra; con el siguiente procedimiento:

**Donde:**

n = Muestra poblacional

N = Población en estudio (463)

Z = Nivel de confianza

e = Margen de error

$$n = \frac{NZ^2}{4(N-1)e^2 + Z^2}$$

**Reemplazando:**

$$n = \frac{90 * 1,96^2}{$$

$$4(463-1)*0,05^2 + 1,96^2}$$

**n = 210 pacientes.**

**3.3. Operacionalización de las variables**

Las variables son las cualidades, propiedades o características, de los sujetos en estudio, que le interesan estudiar o conocer al investigador; pueden

ser enumeradas o medidas y que varían de un sujeto a otro. Son la base del problema, del objetivo y de la hipótesis.

### 3.3.1. Identificación de las variables

Las variables que intervienen en la investigación son:

**Variable independiente:** Estilo de vida

**Variable dependiente:** Adherencia al tratamiento

### 3.3.2. Caracterización de las variables

**Variable independiente**

**Tabla 2**

*Indicadores de la variable independiente*

VARIABLE	INDICADOR
Estilo de vida	Saludable
	No saludable

Fuente: Elaborado por Morisky (2016).

**Variable dependiente**

**Tabla 3**

*Indicadores de la variable dependiente*

VARIABLE	INDICADOR
Adherencia al tratamiento	Adherente
	No adherente

Fuente: Elaborado por Walker E, Sechrist K y Pender N. (2016).

### 3.3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
Variable independiente <b>ESTILO DE VIDA</b>	Forma de vivir de las personas, cumpliendo comportamientos saludables en: Alimentación, actividad y ejercicio, responsabilidad en salud y control de estrés (8).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación</li> <li>Actividad y ejercicio</li> <li>Responsabilidad en salud</li> <li>Autorrealización</li> <li>Control del estrés</li> </ul>	Estilo de vida saludable de 75 a 100 puntos.  Estilo de vida no saludable: de 25 a 74 puntos.	Nominal/ cualitativa
Variable dependiente <b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	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 (9).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento farmacológico</li> <li>Indicaciones de tratamiento</li> </ul>	Adherente: 6 puntos. No adherente: Menor de 6 puntos.	Ordinal cualitativa

### 3.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos

Para la recopilación de datos primarios se utilizó **Encuestas**, las mismas que fueron aplicadas a los elementos muestrales, descritos, según criterios de inclusión.

## **Instrumento 1**

Escala de Estilo de vida: Instrumento elaborado por Walker E, Sechrist K y Pender N (2016), modificado por para medir el estilo de vida a través de sus dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

Está constituido por 25 ítems distribuidos en seis dimensiones que son las siguientes:

Alimentación saludable, actividad y ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal, y autorrealización.

**Alimentación:** Ítems 1,2,3,4,5,6 constituidas por interrogantes sobre la alimentación que consume el adulto

**Actividad y Ejercicio:** Ítems 7 y 8, constituidas por interrogantes sobre la regularidad de ejercicio que realiza el adulto

**Manejo del Estrés:** Ítems 9, 10, 11, 12 constituidas por interrogantes sobre las actividades que realiza para manejar situaciones de estrés

**Apoyo Interpersonal:** 13, 14, 15, 16 constituidas por interrogantes sobre las redes sociales que mantiene el adulto y le proporcionan apoyo.

**Autorrealización:** 17, 18,19 constituidas por interrogantes sobre actividades que mejoran su satisfacción personal.

**Responsabilidad en Salud:** 20, 21, 22, 23, 24, 25 constituidas por interrogantes sobre actividades que realiza el adulto para favorecer su salud.

Cada ítem tiene el siguiente criterio de calificación

NUNCA:                      N                      = 1

A VECES:                      V                      = 2

FRECUENTEMENTE:      F                      = 3

SIEMPRE:                      S                      = 4

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es N=4; V=3; F=2; S=1

Los puntajes obtenidos para la escala total resultan del promedio de las diversas respuestas a los 25 ítems, de la misma manera se procede en cada sub escala.

## **Instrumento 2**

Escala de adherencia a la medicación de Morisky Green-Levine 6 ítems (2016): Mide comportamientos de adherencia específicos asociados a la ingesta de medicamentos, con seis preguntas cuyas alternativas de respuestas son SÍ/NO, La adherencia se determina de acuerdo a su puntuación, clasificando como adherentes a los pacientes con 6 puntos y no adherentes con puntajes menores a 6.

### **Validez y Confiabilidad:**

El instrumento Escala de Estilo de vida: Instrumento elaborado por Walker E, Sechrist K. y Pender N., modificado por Delgado R, Reyna E, Díaz R (2016), tiene el coeficiente de fiabilidad alfa para la escala total de 0,93 y test-retest fiabilidad fue 0,86; los coeficientes alfa de Cronbach de las subescalas oscilaron desde 0,70 hasta 0,87.

La Escala de adherencia a la medicación de Morisky Green-Levine 6 ítems (2016): Obtuvo un coeficiente de concordancia w de Kendall que en este caso fue 0,8 con un p valor de 0,0001 y se interpretó como un alto grado de concordancia entre las valoraciones hechas por los jueces a los diferentes ítems del cuestionario. Considerando así que la escala de medición de adherencia al tratamiento de Morisky de 6 ítems es válida para medir la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes según juicio de expertos y Alpha de Cronbach de 0,89.

### 3.5. Procesamiento y análisis de datos

- El procesamiento de los datos se efectuó en base al paquete software estadístico SPSS v.25.
- El análisis de datos, requirió de las siguientes técnicas estadísticas:
- Cuadro de resultados tabulados en escala ordinal.
- Gráficos.
- Estadística descriptiva (media aritmética y desviación estándar).
- Chi cuadrado.

#### **Consideraciones éticas:**

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaron y cumplieron los criterios éticos de:

**Anonimato:** Se aplicó el cuestionario indicándoles a las personas que la investigación fue anónima y que la información obtenida fue sólo para fines de la investigación.

**Privacidad:** Toda la información recibida en el presente estudio se mantendrá en secreto y se evitará ser expuesto respetando la intimidad de las personas, siendo útil sólo para fines de la investigación.

**Honestidad:** Se informó a las personas los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarán plasmados en el presente estudio.

**Consentimiento:** Sólo se trabajó con las personas que aceptaron voluntariamente participar en el presente trabajo (Ver Anexo 3).

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO FILOSÓFICO**

#### **Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender**

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (36).

El Modelo de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, su primer acercamiento con la enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban

Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS) (36).

El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (36).

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra el Modelo de Promoción de la Salud.

Se pueden ubicar los componentes, en primer lugar las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están arcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (37).

Los componentes de la segunda parte son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden

aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (37).

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (36).

Este análisis ha permitido evidenciar que la representación del diagrama es de fácil comprensión, los componentes se describen en los textos con claridad lo que al parecer facilita su uso por todos los conceptos incluidos en el diagrama son mencionados en los estudios como una base importante para su desarrollo, sin embargo el más utilizado es el de autoeficacia las enfermeras en el cuidado e investigación, así el MPS puede ser una propuesta para llevar a cabo intervenciones de enfermería en el contexto de promoción de la salud relacionadas con el cambio de comportamiento.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

**Tabla 4**

*Caracterización de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018*

CARACTERÍSTICAS	N°	%
<b>EDAD</b>		
15 a 19 años	13	6,2
20 a 45 años	<b>153</b>	<b>72,9</b>
46 a 59 años	38	18,1
Más de 60 años	6	2,9
Total	210	100,0
<b>SEXO</b>		
Femenino	98	46,7
Masculino	<b>112</b>	<b>53,3</b>
Total	210	100,0
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Sin instrucción	4	1,9
Primaria	<b>115</b>	<b>54,8</b>
Secundaria	76	36,2
Superior	15	7,1
Total	210	210
<b>UNIDAD DONDE ACUDE</b>		
Consulta externa	<b>148</b>	<b>70,5</b>
Hospitalización	27	12,9
Hospital de día	35	16,6
Total	210	100,0

Fuente: Encuesta Aplicada

### **Interpretación**

Se observa que; el 72,9% de los pacientes (usuarios), tienen entre 20 a 45 años y el 2,9% tienen más de 60 años. Siendo el sexo masculino el mayor porcentaje 53,3%, cursando estudios primarios en un 54,8% y el 1,9% no cuentan con un grado de instrucción. Así mismo el 70,5% acude a la unidad de consulta externa y el 12,9% a hospitalización.

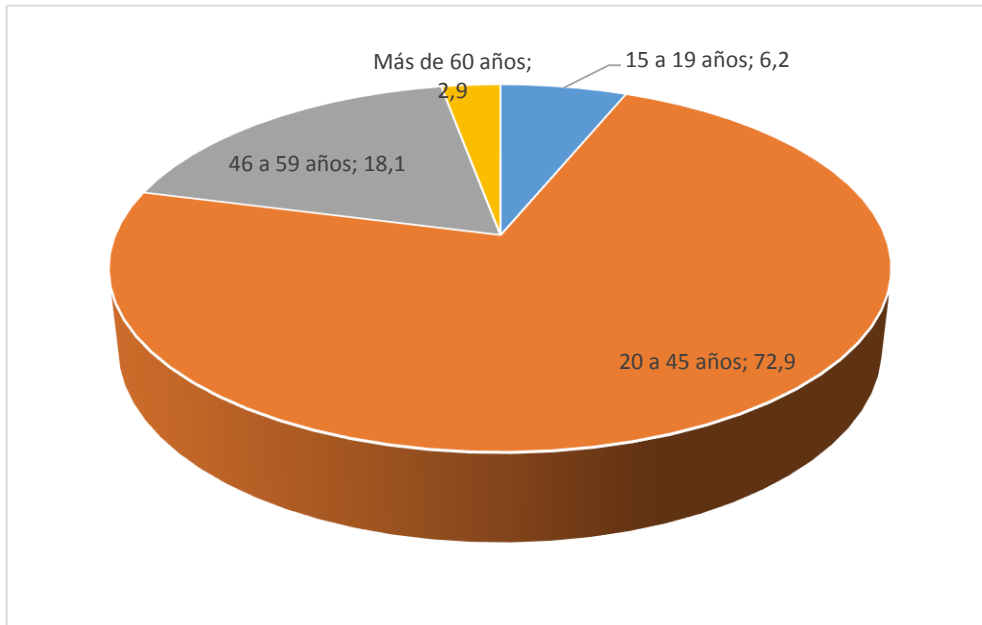


Figura 1. Edad de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018

Fuente: Tabla 4

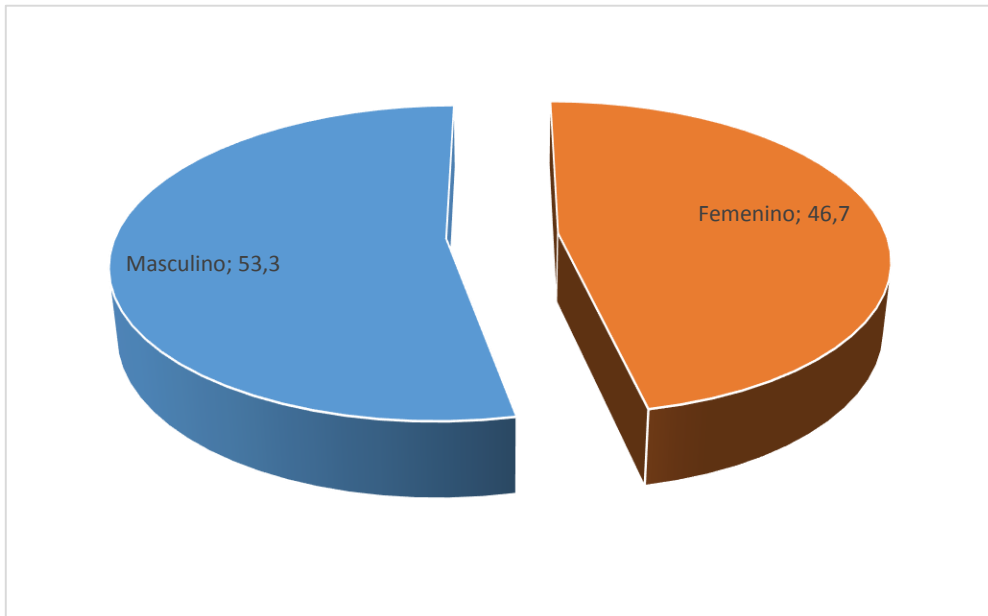


Figura 2. Sexo de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

Fuente: Tabla 4

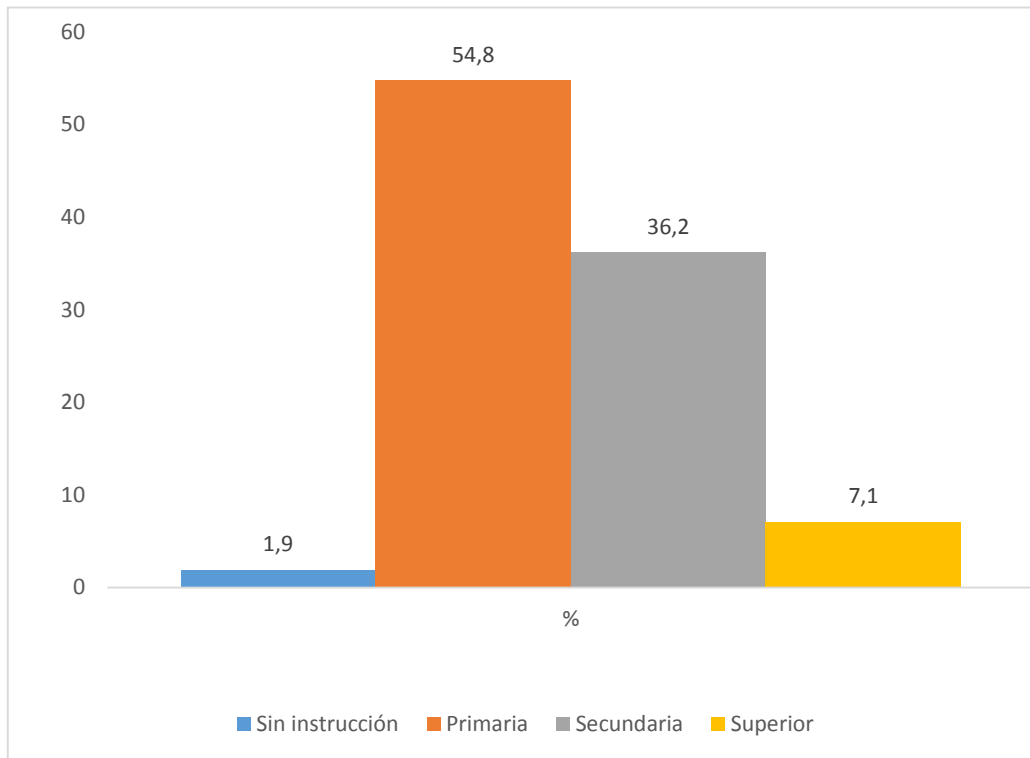


Figura 3. Grado de instrucción de los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

Fuente: Tabla 4

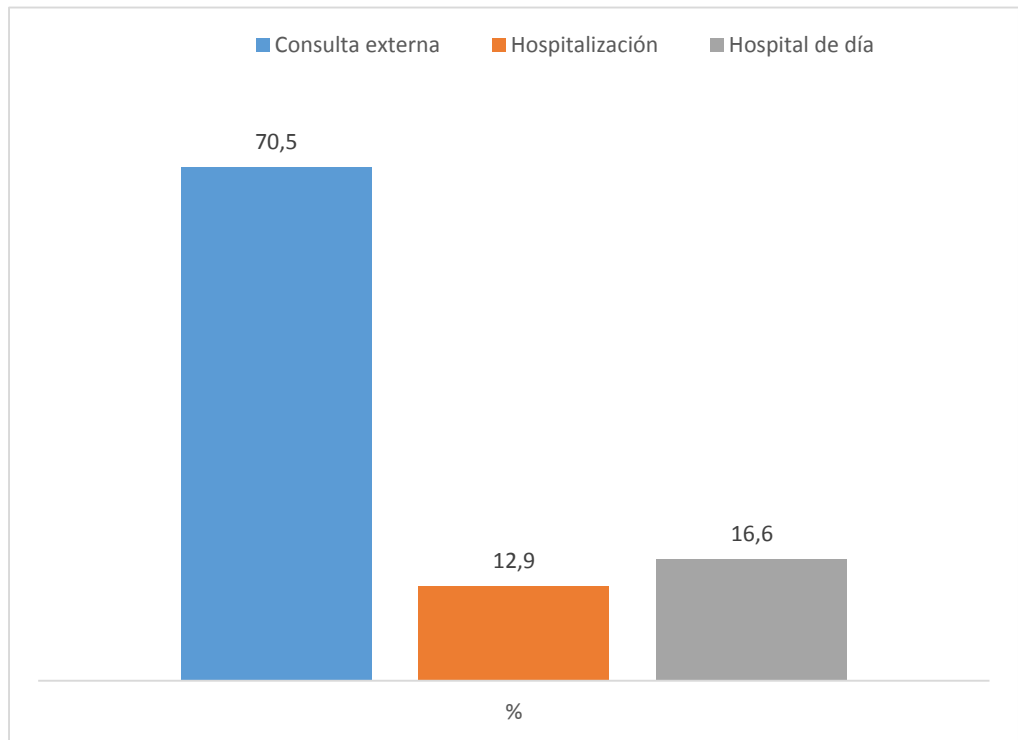


Figura 4. Unidad donde acuden los pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

Fuente: Tabla 4

**Tabla 5**

*Estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018*

<b>ESTILO DE VIDA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Saludable	83	39,5
No saludable	<b>127</b>	<b>60,5</b>
Total	210	100,0

Fuente: Encuesta Aplicada

### **Interpretación**

Se observa que el 60,5% de los pacientes (usuarios) tienen un estilo de vida No saludable, mientras que el 39,5% reportaron un estilo de vida Saludable.

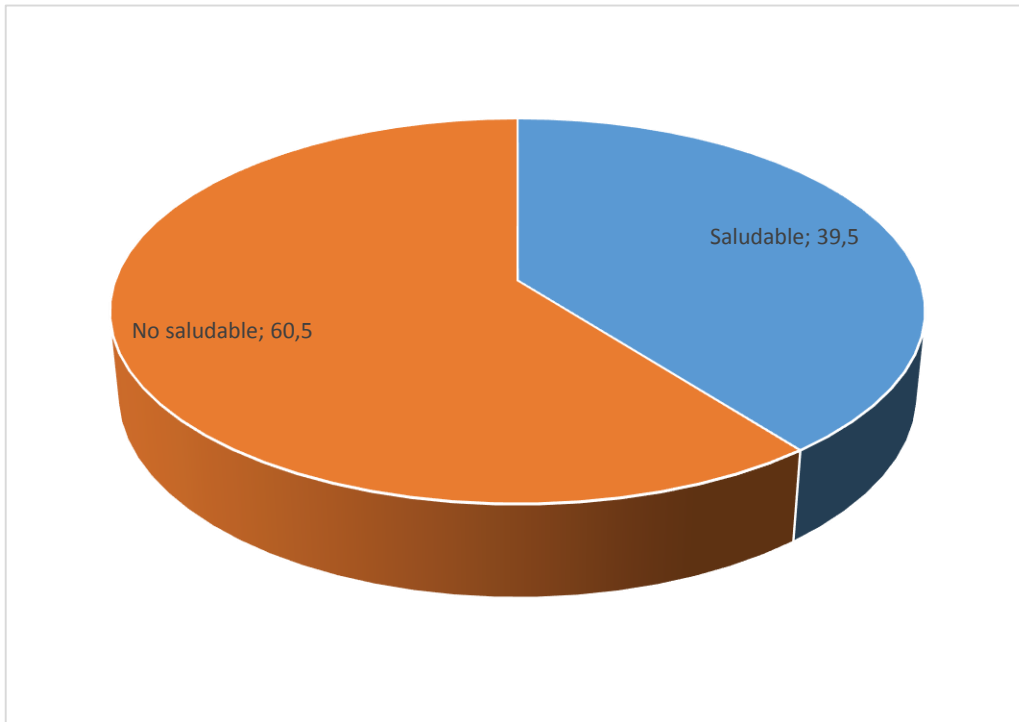


Figura 5. Estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018

Fuente: Tabla 5

**Tabla 6**

*Dimensiones del estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018*

Dimensiones	Estilo de vida				Total	
	Saludable		No Saludable		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alimentación	98	46,7	112	53,3	210	100,0
Actividad y ejercicio	82	39,1	128	60,9	210	100,0
Manejo del estrés	83	39,5	127	60,5	210	100,0
Apoyo interpersonal	102	48,6	108	51,4	210	100,0
Autorrealización	76	36,2	134	63,8	210	100,0
Responsabilidad en salud	86	40,9	124	59,1	210	100,0

Fuente: Encuesta Aplicada

### Interpretación

Se observa que el 53,3% de pacientes (usuarios) presentó alimentación No saludable; mientras el 60,9% actividad-ejercicio No saludable; el 60,5% manejo del estrés No saludable; el 51,4% apoyo interpersonal No saludable; el 63,8% autorrealización No saludable y el 59,1% responsabilidad en salud No saludable.

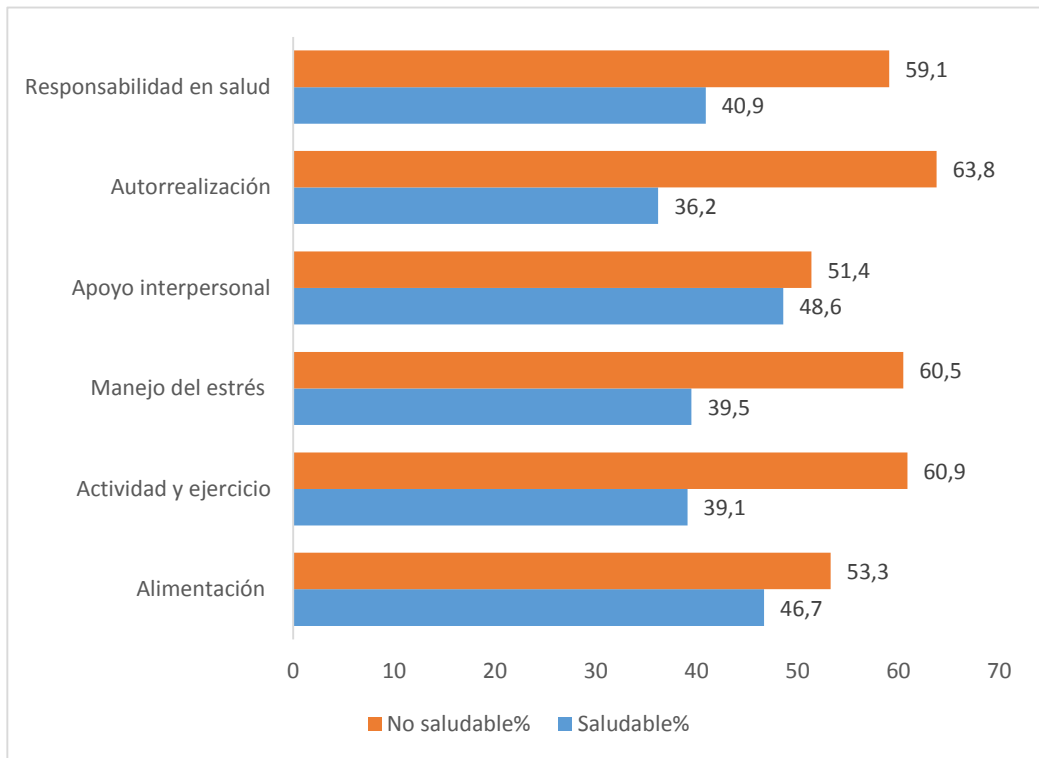


Figura 6. Estilo de vida en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018

Fuente: Tabla 6

**Tabla 7**

*Adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018*

<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adherente	48	22,9
No adherente	<b>162</b>	<b>77,1</b>
Total	210	100,0

**Fuente:** Encuesta Aplicada

### **Interepretación**

Se observa que el 77,1% de los pacientes (usuarios) que acuden al servicio de psiquiatría No tienen adherencia al tratamiento, mientras que el 22,9% de pacientes tienen adherencia del tratamiento.

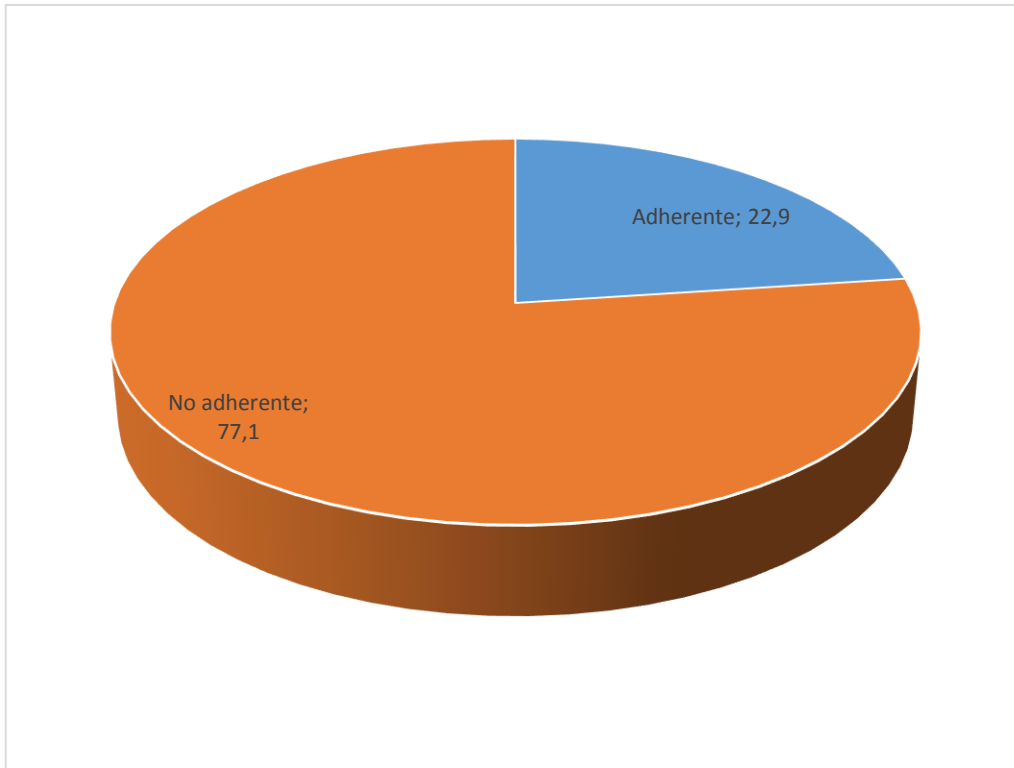


Figura 7. Adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018

Fuente: Tabla 7

**Tabla 8**

*Dimensiones de la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018*

Ítems	Sí		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?	51	24,3	<b>159</b>	<b>75,7</b>	210	100,0
¿Los toma a la hora indicada?	<b>204</b>	<b>97,1</b>	6	2,9	210	100,0
Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomarlo?	89	42,4	<b>121</b>	<b>57,9</b>	210	100,0
Si alguna vez los medicamentos le sientan mal ¿Deja Ud. de tomarlos?	51	24,3	<b>159</b>	<b>75,7</b>	210	100,0
¿Asiste a los controles regularmente?	78	37,1	<b>132</b>	<b>62,9</b>	210	100,0
¿Asiste a las terapias regularmente?	<b>135</b>	<b>64,3</b>	75	35,7	210	100,0

Fuente: Encuesta Aplicada

### **Interpretación**

Se observa que el 97,1% de los pacientes (usuarios) Si toman sus medicinas a su hora indicada, 75,7% no se olvidan de tomar alguna vez los medicamentos; mientras que el 62,9% No asiste a los controles regularmente.

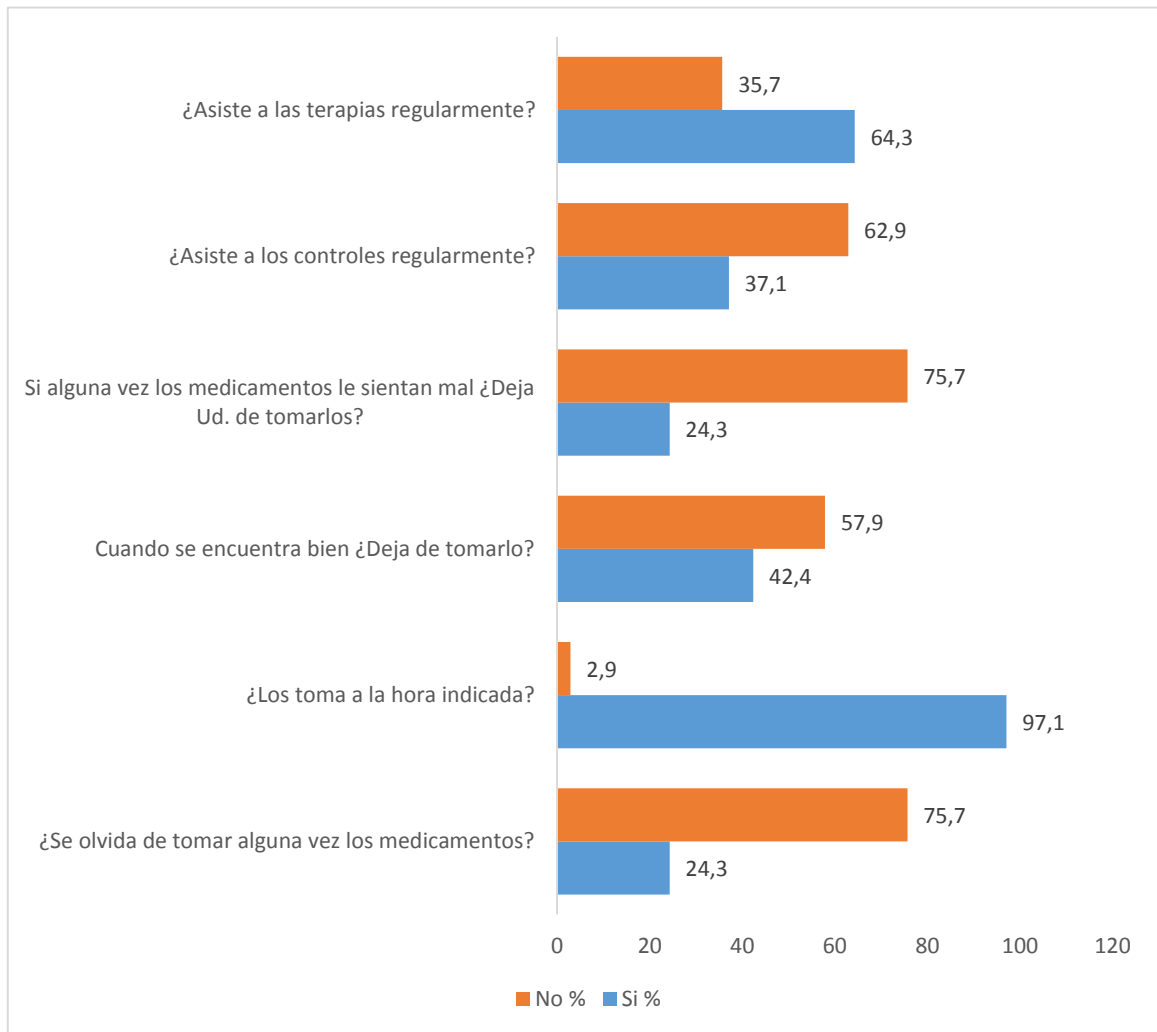


Figura 8. Dimensiones de la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

Fuente: Tabla 8

**Tabla 9**

*Relación entre el estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018*

Adherencia de tratamiento	Estilo de vida				Total N°	X <sup>2</sup> %	
	Saludable		No Saludable				
	N°	%	N°	%			
Adherente	16	7,6	32	15,2	48	22,9	X <sup>2</sup> =0,99 gl=1 P=0,31,8
No Adherente	67	31,9	<b>95</b>	<b>45,2</b>	162	77,1	
Total	83	39,5	127	60,5	210	100,0	

Fuente: Encuesta Aplicada

### Interpretación

Se observa que los pacientes (usuarios) en un 45.2% tienen un estilo de vida No saludable y así mismo no tienen adherencia al tratamiento.

En cuanto a la relación, no existe dependencia entre las variables  $p > 0,05$  (0,318).

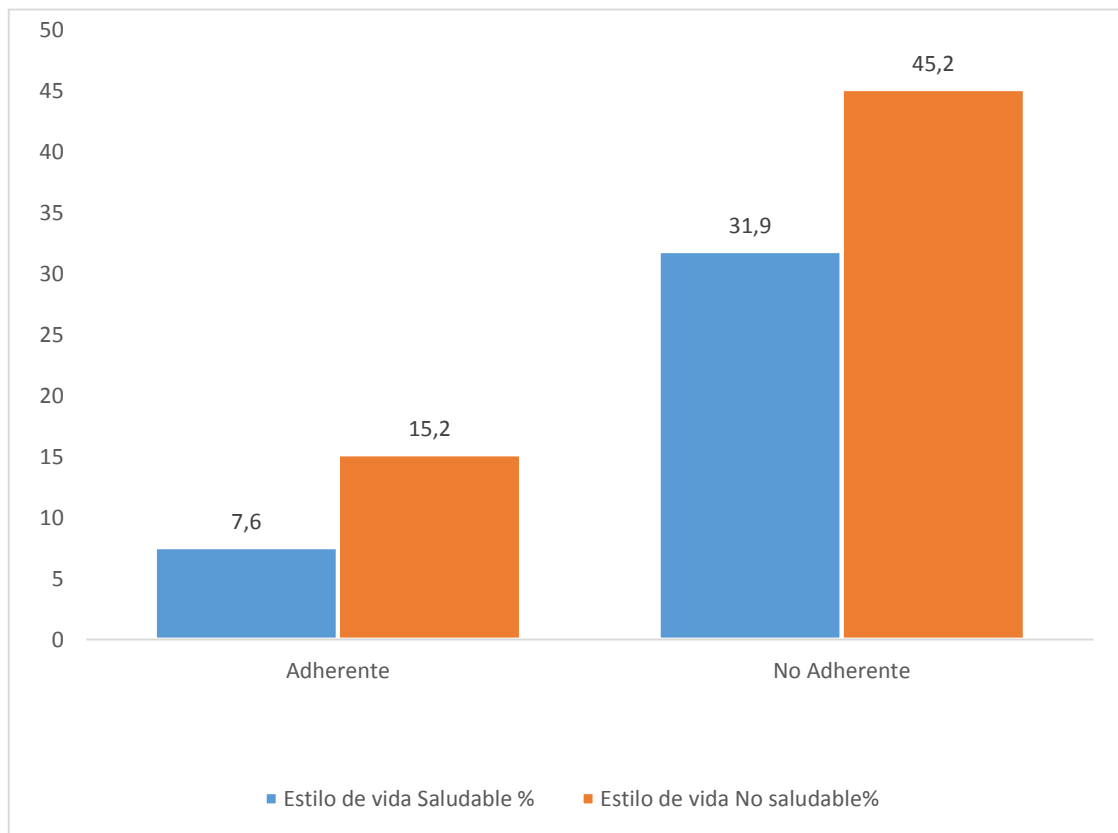


Figura 9. Relación entre el estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

Fuente: Tabla 9

**Tabla 10***Comprobación de hipótesis*

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,998 <sup>a</sup>	1	0,318		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	0,690	1	0,406		
Razón de verosimilitudes	1,013	1	0,314		
Estadístico exacto de Fisher				0,401	0,204
Asociación lineal por lineal	0,993	1	0,319		
N de casos válidos	210				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Planteamiento y decisión**

Se plantea la hipótesis específica	<b>Hi:</b> Existe relación significativa entre las variables. <b>Ho:</b> No existe relación entre las variables.
Nivel de significancia	5%=0,05%
Elección de la prueba	Prueba X <sup>2</sup> .
Estimación del p_valor	P=0,318
Valor p	Para aceptar el valor p >0,05 P>0,05=0,318
<b>Hipótesis general</b>	Se concluye que no existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar el estilo de vida y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2018.

Obteniendo como resultados que el mayor porcentaje (60,5%) de pacientes (usuarios) con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría reportaron estilo de vida No saludable; y en menor porcentaje (39,5%) estilo de vida Saludable.

El mayor porcentaje (77,1%) de pacientes (usuarios) que acuden al servicio de psiquiatría No tienen adherencia del tratamiento; y en menor porcentaje (22,9%) Si son adherentes al tratamiento.

Se realizó la prueba  $X^2$  ( $X^2 = 0,998$ ) y un valor  $_p$  ( $p = 0,318$ ) demostrando que No existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue.

Resultados que difieren al estudio de **Tobar M. (11)**, con la tesis “Calidad de vida en esquizofrenia Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, España 2018” donde concluye: La calidad de vida objetiva en los pacientes con esquizofrenia es inferior a la calidad de vida presentada por sujetos de la población general.

Contrastando con la tesis de **Burgos E. (12)**, “Estilo de vida y salud en pacientes con esquizofrenia y en población no psiquiátrica en Granada España 2018”. Resultadando: Existe asociación de ciertas características

sociodemográficas y clínicas (como el IMC o la morbilidad psiquiátrica) y de algunos rasgos de la personalidad con el estilo de vida de las personas. Concretamente, en cuanto a la personalidad, nuestro estudio muestra una mayor adherencia a la dieta mediterránea en los pacientes no psiquiátricos con altas puntuaciones en el rasgo del carácter auto-directividad (self-directedness, SD) y mayor adherencia a la actividad física en las personas con menor puntuación en el rasgo temperamental evitación de daño (harm avoidance, HA). El rasgo temperamental búsqueda de novedad (novelty seeking, NS) se asocia fuertemente, entre las personas con esquizofrenia a fumar y tanto entre personas con esquizofrenia como entre pacientes no psiquiátricos- al consumo de drogas ilegales.

Resultados que se diferencian con el estudio de **Pérez L.** (16), “Carga del cuidador y Adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el departamento de salud mental Huancavelica.Perú.2018”. Donde: 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.

Difieren sus resultados a la tesis de **Paucar C.** (17), “Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD.Lima.2013”. Concluyendo: La adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia 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.

Los estilos de vida son comportamientos, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener su salud.

Los estilos de vida de las personas pueden conducir a comportamientos considerados no saludables y, por ende, se convierten en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (40).

Llevar un estilo de vida saludable, se relaciona con la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles. Una etapa, que se considera puede llevar a que las personas tomen diferentes decisiones y entre estas la adquisición de buenos hábitos (2).

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo (41).

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor (42).

Analizando nuestros resultados, en donde se observa que en su mayoría los pacientes con esquizofrenia que acuden al servicio de psiquiatría tienen estilo

de vida no saludable, y no tiene adherencia al tratamiento; comportamiento que no ayuda a que el paciente restaure o mantenga su salud.

El incumplimiento del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas, como las enfermedades psíquicas como a la esquizofrenia, es un problema mundial de gran magnitud y que tiende a aumentar. Los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, o la familia (42).

«El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales», ha dicho el Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud (OMS) (43).

Todas estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población. Una mayor observancia de los tratamientos por el personal o la familia no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria. Por el contrario, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos.

«Los profesionales sanitarios son testigo de la necesidad de que los pacientes cumplan mejor los tratamientos que se les prescriben, ante la conciencia de la enfermedad por el paciente y su familia. Dado que el sistema de atención de salud también es parcialmente responsable de la situación, hay

que crear incentivos para reforzar los esfuerzos de todos los profesionales sanitarios a favor del cumplimiento del tratamiento» (41).

Las personas que presentan un trastorno psicótico como la esquizofrenia no se da cuenta que están enfermos, le ocurre principalmente al inicio de la enfermedad. Observando nuestros resultados no existe relación entre el estilo de vida y adherencia de tratamiento, es decir que deben existir otros factores personales o del entorno que influyen significativamente directa e indirectamente.

Y es más complejo la práctica de estilos de vida saludables y adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia, hoy en día se discute si esta escasa consciencia de padecer una enfermedad pueda ser un síntoma más de la propia enfermedad. Esta dificultad para reconocer su enfermedad hace que las personas que la padecen no acepten que tienen que tomarse la medicación y no se la tomen recayendo casi matemáticamente.

Además de esto, diversos estudios indican que cuanto mayor sea la complejidad del régimen terapéutico, cuantos más fármacos se incluyan o cuanto mayor sea el cambio que se requiere en los hábitos de vida, existen más probabilidades de que la persona lo incumpla. Dosis, duración, efectos adversos vía de administración de fármacos son otros factores implicados.

Por ello y para solucionar esta dificultad, han surgido nuevas opciones que mejoran el perfil del fármaco además de presentar unas nuevas formas de administración antipsicótica que permiten que la persona reciba el tratamiento con una frecuencia mayor y que facilitan el cumplimiento. Además, es importante trabajar también con la familia y el soporte social de los pacientes con esquizofrenia.

## CONCLUSIONES

1. Se observa que; el 72,9% de los pacientes (usuarios), tienen entre 20 a 45 años y el 2,9% tienen más de 60 años. Siendo el sexo masculino el mayor porcentaje 53,3%, cursando estudios primarios en un 54.8% y el 1,9% no cuentan con un grado de instrucción. Así mismo el 70,5% acude a la unidad de consulta externa y el 12,9% a hospitalización.
2. Se observa que el 60,5% de los pacientes (usuarios) tienen un estilo de vida No saludable, mientras que el 39,5% reportaron un estilo de vida Saludable.
3. Se observa que el 53,3% de pacientes (usuarios) presentó alimentación No saludable; mientras el 60,9% actividad-ejercicio No saludable; el 60,5% manejo del estrés No saludable; el 51,4% apoyo interpersonal No saludable; el 63,8% autorrealización No saludable y el 59,1% responsabilidad en salud No saludable.
4. Se observa que el 77,1% de los pacientes (usuarios) que acuden al servicio de psiquiatría No tienen adherencia al tratamiento, mientras que el 22,9% de pacientes tienen adherencia del tratamiento.
5. Se observa que el 97,1% de los pacientes (usuarios) Si toman sus medicinas a su hora indicada, 75,7% no se olvidan de tomar alguna vez los medicamentos; mientras que el 62,9% No asiste a los controles regularmente.
6. Se observa que los pacientes (usuarios) en un 45.2% tienen un estilo de vida No saludable y así mismo no tienen adherencia al tratamiento.

7. En cuanto a la relación, no existe relación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes (usuarios) con Esquizofrenia que acuden al Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue, demostrado a través de  $X^2$  y  $p > 0,05$ .

## RECOMENDACIONES

1. Que la Dirección del Hospital fortalezca con capacitación al personal de salud para mejorar la adherencia del tratamiento y prácticas de estilo de vida saludable.
2. Incentivar y concientizar la importancia de una adecuada salud mental en la población de Tacna, realizando las actividades con el apoyo de las redes y microredes de los centros de salud del primer nivel de atención.
3. Que el personal de salud reoriente acciones preventivas promocionales y recuperativas en la familia y paciente con esquizofrenia. Realizando una rehabilitación integral para disminuir recaídas, para tener un paciente reinsertado socialmente.
4. Plantear estrategias preventiva promocionales en salud mental con la finalidad de concientizar tanto al paciente como a la familia de la importancia del cumplimiento terapéutico, mediante charlas informativas por profesionales especializados en salud mental que tengan capacitaciones en manejo de esquizofrenia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los medios de comunicación. España: OPS; 2017. Disponible desde: [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludmental/docs/salud\\_mental\\_guia\\_de\\_estilo.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludmental/docs/salud_mental_guia_de_estilo.pdf)
2. Organización mundial de la salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Estados Unidos: OPS; 2016. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
3. Rodríguez JJ. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Investigación en Salud [Internet] May.2016. [citado 20 Ago. 2018] 28(2);pp.1-2. Disponible desde: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2010000200011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000200011)
4. Castillo F. Estilo de vida y factores socioculturales de las madres de los niños del 1er grado del nivel primario. I.E.P San Jose – Chimbote, 2014. Disponible desde: <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/147/>
5. Organización mundial de la salud. Determinantes de salud. *Disponible desde* [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5165%3a2011-determinants-health&catid=5075%3ahealth-promotion&itemid=3745&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3a2011-determinants-health&catid=5075%3ahealth-promotion&itemid=3745&lang=es)
6. Salas E. Esquizofrenia. Washington: OMS; 2017. Disponible desde: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html>

7. Hospital Hipólito Unanue. Incidencia de casos registrados en el servicio de psiquiatría. Tacna: Vigilancia epidemiológica; 2018.
8. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. [Documento en internet]. [Citado 12 de Jul. 2012]. Disponible desde: [www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf](http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf)
9. Castro E. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. España: OMS; 2013. Disponible desde: [https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones\\_pacientes//FOROpfizer\\_2013.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes//FOROpfizer_2013.pdf)
10. Inger S. Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental Ecuador 2018. Disponible desde: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
11. Tobar M. Calidad de vida en esquizofrenia. Disponible desde: <http://eprints.ucm.es/46953/1/T39753.pdf>.
12. Burgos E. Estilo de vida y salud en pacientes con esquizofrenia y en población no psiquiátrica en Granada 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62475>
13. Castillo A. Problemas de Salud mental y su estigma en el Perú 2015.
14. Zúñiga J. Estilo de vida y factores sociales en pacientes de consultorio de psiquiatría del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, 2013.
15. Tacuri M. Relación entre Adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera. El Agustino – 2013.

16. Quispe O. Cambios percibidos en sus estilos de vida en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, del Centro de Salud "Huáscar", Santa Anita, 2013.
17. Cueva E. Adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo y factores asociados, en pacientes de cardiología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015.
18. Gil L. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta previo diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2015.
19. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. [Documento en internet]. Canadá. 2014. Disponible desde URL:[http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-)
20. Maya L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2011. [Citado 2012 Julio. 12]. [alrededor de 3 pantallas]. Disponible desde: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
21. Elejalde M. Principales Enfoques que han dominado la Promoción de Salud y su influencia en la práctica de Enfermería Comunitaria. [Artículo en internet]. [Citado el 20 de febrero 2013]. Disponible desde: <http://www.revista.ciencias.com/publicaciones/EkZykZFpFVmMcHJrEq.php>
22. Pino J. Estilo de vida relacionado con la salud. [documento en internet]. [citado el 02 abril del 2012]. Disponible desde el URL: [http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo de](http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de)

23. Gamarra M, Rivera H, Alcalde M. Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes. [Documento en internet]. Perú, 2018. Citado el 22 de setiembre del 2012]. Disponible desde el URL: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a08v2n2.pdf>
24. Mayo I. Actualidad y pertinencia del enfoque personalógico del estilo de vida. [Monografía en internet]. [Citado el 24 de setiembre del 2012]. Disponible desde el URL: <http://www.monografias.com/trabajos27/estilo-vida/estilo-vid>
25. Vargas S. Los estilos de vida en la salud. [Documento en internet]. [Citado el 2 de octubre del 2012]. Disponible desde el URL: [http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06 Los estilos.pdf](http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf)
26. Ministerio de Salud. Guía de implementación del programa familias y viviendas saludables. [Documento en internet]. Perú. 2015. [Citado el 20 de octubre del 2012]. Disponible desde el URL: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/151\\_guiafam.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/151_guiafam.pdf)
27. Lopategui E. La salud como responsabilidad individual. [Artículo en internet]. 2012. [Citado 2010 Ago. 26]. [Alrededor de 1 pantalla]. Disponible en URL: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
28. Hernández M. Estilo de vida y estrés en estudiantes universitarios del UDLA-P. [Tesis para optar el título de licenciado en Enfermería]. México. Universidad de las Américas Puebla 2016. [Citada el 15 de marzo del 2013]. Disponible desde el URL: [http://Catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/hernandez\\_d\\_md/portada.html](http://Catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/portada.html)
29. Sánchez E. Factores económicos y socioculturales asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico en adultos 2018. Perú: UNAS; 2018. Disponible desde:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5562/MDsaure.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. López I. Adherencia al tratamiento. Colombia: OMS; 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
31. Asociación americana de psiquiatría (apa). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales dsm. Disponible desde: [https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/spanish\\_dsm5update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/spanish_dsm5update2016.pdf)
32. Galván M. Papel de la enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia 2014. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/51777/7/tfg-h124>
33. Ortega M. Validación del cuestionario SMAQ. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v31n6/original4.pdf>
34. Giacaman J. Adherencia al tratamiento en pacientes. Chile: Cybertesis; 2010. Disponible desde: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fcg429a/doc/fcg429a.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Washington: OMS; 2018. Disponible desde: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
36. Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Esquizofrenia. Chile: Revista Chilena de Neuro-psiquiatría; 2014. Disponible desde: [https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)

37. Hoyos A. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. México: 2013. Disponible desde: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991>
38. Marriner S. Modelos teorías. México: Editorial Interamericana; 2017.
39. Hernández R. Metodología de la investigación. México: Editorial Interamericana; 2015.
40. Moscoso L, Díaz P. Adopción de comportamientos saludables: Análisis del concepto. Colombia: scielo.org; 2018. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n2/1657-5997-aqui-18-02-00171.pdf>
41. Organización Mundial de la Salud. Incumplimiento del tratamiento. EUA: OMS; 2013. Disponible desde: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/pr54/es/>
42. Organización Panamericana de la Salud. Criterios diagnósticos CIE10. México: OPS; 2017. Disponible desde: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/ESQUIZOFRENIA/cie.php>
43. Organización Mundial de la Salud. Alerta sobre la baja adherencia a los tratamientos. El Médico interactivo. EUA; 2011. Disponible desde: <http://elmedicointeractivo.com/oms-alerta-baja-adherencia-tratamientos-parte-pacientes-enfermedades-cronicas-20110824143154026752/>

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

#### ESCALA DE ESTILO DE VIDA de Walker E, Sechrist K y Pender N. modificado por Delgado R, Reyna E, Díaz R (2016)

No.	ÍTEMS	CRITERIOS			
	<b>ALIMENTACIÓN</b>				
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
	<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>				
7	Hace Ud., ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
	<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>				
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	N	V	F	S

12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
<b>APOYO INTERPERSONAL</b>					
13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
<b>AUTORREALIZACION</b>					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

**CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:**

NUNCA: N = 1

A VECES: V = 2

FRECUENTEMENTE: F = 3

SIEMPRE: S = 4

El ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario

N= 4 V=3 F=2 S=1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**CUESTIONARIO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

**INSTRUCCIONES.**

Conteste las siguientes interrogantes, la información es confidencial.

**DATOS GENERALES:**

**1. Edad**

- a) de 15 a 19 años
- b) 20 a 45 años
- c) 46 a 59 años
- d) Mayor de 60 años

**2. Sexo**

- a) Femenino
- b) Masculino

**3. Grado de instrucción**

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

**4. Unidad a dónde acude:**

- a) Consulta externa
- b) Hospitalización
- c) Hospital de día

Adherencia al tratamiento

**5. DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**6. ACOMPAÑANTE:** \_\_\_\_\_

## **TEST DE VALORACIÓN A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE MORINSKY GREEN-LEVINE:**

Para la evaluación de la adherencia al tratamiento se utiliza el Test de Morisky-Green-Levine. Este test consta de seis preguntas. Se consideran adherentes a quienes contestan adecuadamente las 6 preguntas y no adherentes a quienes contestan menos de 6.

Es cumplidor quien responde correctamente las siguientes preguntas:

### **EN CUANTO AL TRATAMIENTO PISCOFARMACOLÓGICO:**

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos?  
a) SI                      b) NO
2. ¿Los toma a la hora indicada?  
a) SI                      b) NO
3. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?  
a) SI                      b) NO
4. Si alguna vez los medicamentos le sientan mal ¿Deja Ud. de tomarlos?  
a) SI                      b) NO

### **EN CUANTO A LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO:**

5. ¿Asiste a sus controles médicos regularmente?  
a) SI                      b) NO
6. ¿Asiste a sus terapias grupales regularmente?  
a) SI                      b) NO

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO:** “ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ACUDEN AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2018”

Yo,.....

acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la Investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

El investigador se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de las personas entrevistadas. Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

.....

**FIRMA**

**ANEXO 3  
(FOTOS)**



**ENCUESTA REALIZADA EN INSTALACIONES DE CONSULTORIO DE  
ENFERMERIA 1**



**ENCUESTA REALIZADA EN INSTALACIONES DE HOSPITAL DE DIA**



**ENCUESTA REALIZADA EN INSTALACIONES DE HOSPITALIZACION  
(AMBIENTE DE TRABAJO)**



**ENCUESTA REALIZADA EN INSTALACIONES DE HOSPITAL DE DIA**



**ENCUESTA REALIZADA EN INSTALACIONES DE HOSPITALIZACION  
(AMBIENTE DE TOPICO)**



**ENCUESTA REALIZADA EN INSTALACIONES DE CONSULTORIO DE  
ENFERMERIA 2**