

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

**RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA
ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA
EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO
JORGE BASADRE TACNA, 2024**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA
TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE TACNA, 2024

TESIS

Presentada por:

Bach. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO

Para optar el Título Profesional de:

QUÍMICO FARMACÉUTICO

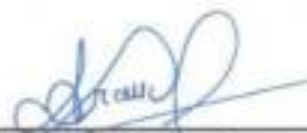
Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado



Mgr. Juan Carlos Efrain Cervantes Zegarra
Presidente



Dr. Juan José Evaristo Changlío Roas
Miembro



Mgr. Lourdes Yolanda Arana Pari
Miembro



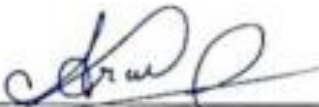
Mgr. Lourdes Yolanda Arana Pari
Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Lourdes Yolanda Arana Pari** en mi condición de **ASESOR** acreditado por la **Resolución de Facultad N°12802-2024-FACS-UNJBG** del trabajo de investigación (Tesis) titulado: **RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE TACNA, 2024**. Presentado por la Bachiller: **Cristala Abigail ROJAS MASCO**, para optar el título profesional de **QUÍMICO FARMACÉUTICO**. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual **TURNITIN**, cuenta con un nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es de: **10 %**.

Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional de la UNJBG**. Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título profesional de Químico Farmacéutico.

Tacna, 16 de enero del 2025.


Mgr. Lourdes Yolanda Arana Pari
DNI: 42001967
ASESOR




Bach. Cristala Abigail Rojas Masco
DNI: 74634060
TESISTA



DEDICATORIA

A Dios, que me guía cada día, que me da la fuerza y sabiduría en cada paso del camino. Este estudio no sería posible sin su gracia.

A mis padres, Juana Masco Luque y Andrés Rojas Mamani, por su amor, apoyo y lealtad. Gracias por enseñarme a perseverar y luchar por mis sueños.

A mis hermanos y hermanas que han sido inspiraciones, refugios y amigos de todos los ámbitos de la vida. Gracias por su confianza y amor incondicional.

A mis amigos(as), por su aprecio, aliento y alegría en los momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTO

Primero, agradezco a Dios, cuya guía y fortaleza me han acompañado a lo largo de este camino. Su presencia en mi vida ha sido el pilar que me ha sostenido en cada desafío.

A mis padres, Juana y Andrés, les debo todo lo que soy. Gracias por su apoyo incondicional, su amor sin límites y por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación. Este logro es un reflejo de todo lo que me han dado.

A mis hermanos, por ser siempre mi motivación y mi fuente de inspiración. Su apoyo y confianza en mí me han impulsado a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.

A mis amigos(as), por estar a mi lado en este proceso. Gracias por su compañía, por las palabras de aliento y por hacerme reír cuando más lo necesitaba. Ustedes han sido una parte fundamental de este logro.

Finalmente, agradezco a la Dra. Lourdes Arana y a todos aquellos que, de una forma u otra, contribuyeron a este proyecto, directa o indirectamente. Su ayuda y apoyo han sido esenciales para que hoy pueda alcanzar esta meta.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.5 OBJETIVOS	12
1.6 HIPÓTESIS.....	13
1.7 DETERMINACIÓN DE VARIABLES.....	14
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1.ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	17
2.2.BASES TEÓRICAS	24
2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	51
CAPÍTULO III.....	54
MARCO METODOLÓGICO	54
3.1.TIPO, DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	54
3.2.POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	54
3.3.TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	56
3.4.ANÁLISIS DE DATOS.....	61
CAPÍTULO IV	63
RESULTADOS	63
DISCUSIÓN	95
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES.....	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN GÉNERO 2024.....	63
TABLA 2: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL GRUPO ETARIO 2024.....	65
TABLA 3: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN SU NIVEL DE ESTUDIOS 2024.....	67
TABLA 4: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA OCUPACIÓN LABORAL 2024.	69
TABLA 5: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL ESTADO CIVIL 2024.....	71
TABLA 6: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS 2024.	73
TABLA 7: USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA 2024.....	75

TABLA 8:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA 2024.	77
TABLA 9:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO 2024.	79
TABLA 10:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA COMORBILIDAD 2024	81
TABLA 11:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO 2024.	83
TABLA 12:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR 2024.	85
TABLA 13:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL NIVEL DE ADHERENCIA 2024.	87
TABLA 14:	USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA 2024.	89
TABLA 15:	PRUEBA DE CHI CUADRADO.	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

FIGURA 1: PERU; TIPOS DE HOGAR, 2017.....	26
FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL GÉNERO.....	64
FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL GRUPO ETARIO 2024.....	66
FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS 2024.	68
FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL 2024.....	70
FIGURA 6: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL ESTADO CIVIL 2024.....	72
FIGURA 7: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS 2024.	74
FIGURA 8: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA 2024.	76
FIGURA 9: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE SEGÚN EL TIPO DE FAMILIA 2024.....	78

FIGURA 10: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO 2024.....	80
FIGURA 11: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA COMORBILIDAD 2024.	82
FIGURA 12: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO 2024....	84
FIGURA 13: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.....	86
FIGURA 14: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN EL NIVEL DE ADHERENCIA 2024.	88
FIGURA 15: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DEL CSMCU JORGE BASADRE, SEGÚN LA RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA 2024.	91

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.	MATRIZ DE CONSISTENCIA	112
ANEXO 2.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	113
ANEXO 3.	TEST DE APGAR	114
ANEXO 4.	CUESTIONARIO DE ADHERENCIA ESCALA DE MORISKY (MMAS-8)	115
ANEXO 5.	BASE DE DATOS DEL PROYECTO.....	116
ANEXO 6.	RESOLUCION DE FACULTAD DEL PROYECTO DE TESIS	119
ANEXO 7.	AUTORIZACIÓN DE LA RED DE SALUD PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	120
ANEXO 8.	EVIDENCIA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	121

RESUMEN

El presente estudio tiene como **Objetivo:** Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario (CSMCU) Jorge Basadre. **Metodología:** Estudio prospectivo, transversal, correlacional, con una muestra de 100 usuarios con trastornos depresivos, de ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo (TMAD), atendidos de abril a julio. La funcionalidad familiar se evaluó mediante la aplicación del Test de APGAR FAMILIAR, y la adherencia terapéutica se midió utilizando el Cuestionario de Adherencia Escala de MORISKI (MMAS-8). **Resultados:** La funcionalidad familiar que manifestaron los usuarios en su mayoría fue disfunción severa con un 42 % y de acuerdo a la adherencia terapéutica, la gran mayoría tuvo una baja adherencia con un 53 %. Respecto a los factores sociodemográficos un 77 % fueron mujeres y un 23 % hombres. El grupo etario predominante fueron los jóvenes adultos con un 46 % y el 60 % universitarios. En cuanto al tipo de familia, el 32 % fueron familias nucleares y un 29 % fueron monoparentales. Respecto a los factores clínicos, un 40 % padecen del TMAD, un 35% padecen depresión y un 25 % tienen ansiedad. **Conclusiones:** Se determinó que existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica. Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado dando el valor de $p= 0,006$. Concluyendo que las familias con mayores niveles de disfunción presentan usuarios con menor adherencia terapéutica.

Palabras claves: *adherencia terapéutica, ansiedad, depresión.*

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between family functionality and adherence to pharmacological therapy among users at the Centro de Salud Mental Comunitario Universitario (CSMCU) Jorge Basadre. Methodology: A prospective, cross-sectional, correlational study was conducted with a sample of 100 users diagnosed with depressive disorders, anxiety, and mixed anxiety-depressive disorder (TMAD), who attended the CSMCU Jorge Basadre from April to July. Family functionality was assessed using the APGAR Family Test, and therapeutic adherence was measured using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Results: Most users reported severe family dysfunction (42%), and the majority had low adherence to therapy (53%). Sociodemographic factors showed that 77% of the participants were women and 23% men, with young adults (46%) as the predominant age group and 60% being university students. Regarding family type, 32% were nuclear families, and 29% were single-parent families. Clinical factors indicated that 40% of users had TMAD, 35% had depression, and 25% had anxiety. Conclusions: A significant relationship was found between family functionality and adherence to pharmacological therapy. The Chi-square statistical test was applied, yielding a p-value of 0.006, concluding that users from families with higher dysfunction levels exhibit lower treatment adherence.

Keywords: *Treatment Adherence, anxiety, depression.*

INTRODUCCIÓN

La adherencia a la medicación antipsicótica es uno de los principales desafíos para el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves y persistentes (1), particularmente en aquellos pacientes con depresión y ansiedad. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico puede comprometer los resultados clínicos, provocar recaídas o cronificar la enfermedad. En este contexto, la funcionalidad familiar juega un papel determinante, ya que las relaciones y dinámicas dentro del núcleo familiar pueden influir tanto positiva como negativamente en la disposición del paciente para seguir su tratamiento de manera constante y adecuada. Asimismo, un grado bajo de aceptación de la enfermedad se ha relacionado con la falta de adherencia a la medicación, lo que se traduce en resultados clínicos negativos. (2)

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios que asisten al CSMCU Jorge Basadre. Además, se busca identificar el nivel de funcionalidad familiar, evaluar el grado de adherencia a la terapia farmacológica, y describir las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios.

La relevancia de este estudio radica en la necesidad de abordar el tratamiento de los trastornos mentales desde un enfoque integral, que no solo considere los aspectos farmacológicos, sino también los psicosociales, tales

como el entorno familiar. A través de la identificación de las barreras y facilitadores de la adherencia terapéutica, se pretende aportar conocimientos que permitan desarrollar intervenciones efectivas, no solo para mejorar el cumplimiento del tratamiento, sino también para fortalecer la funcionalidad familiar como un factor indispensable en el proceso de recuperación de los pacientes.

Asimismo, la investigación proporciona información relevante sobre las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios, lo que puede ser útil para el diseño de políticas públicas de salud mental más inclusivas y efectivas. A su vez, considerando que no hay estudios locales sobre el tema. La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

En el capítulo I: Se muestra el planteamiento, descripción y formulación del problema; se plantean el objetivo principal y los objetivos específicos, la justificación del desarrollo de la investigación y la operacionalización de las variables.

En el capítulo II se describe el marco teórico, los antecedentes y las bases teóricas científicas y definición de conceptos.

En el capítulo III se presenta el marco metodológico, el tipo y diseño de investigación usado, población de estudio, criterios de inclusión y exclusión, y las técnicas utilizadas para la recolección y procesamiento de datos.

En el capítulo IV se presentan los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Por el 2019, 1 de cada 8 personas, o 970 millones de personas en todo el mundo, vivían con algún trastorno mental, siendo los trastornos de ansiedad y depresión los más frecuentes. (3) En 2020, el número de personas que padecían de estos trastornos, aumentó significativamente debido a la pandemia del COVID-19. Las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26 % y del 28 % respectivamente para los trastornos de ansiedad y depresión, en tan solo un año. (4) La OMS señala que los trastornos afectivos son una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. (5)

A escala mundial, un aproximado de 280 millones de personas sufren depresión. (6) La depresión es aproximadamente un 50 % más frecuente entre las mujeres que los hombres. (7) En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión. (7)

El Ministerio de Salud (MINSA) atendió 280 917 casos de depresión durante el año 2023. (8) Del total de atenciones, el 75.5 % corresponden a mujeres y el 16.5 % a menores de edad. (8)

La directora de Salud Mental del MINSA, July Caballero Peralta, resaltó la importancia de tratar este trastorno oportunamente, para evitar que desencadene y se derive en una ideación o conducta suicida. (8) “El tratamiento para la depresión incluye medicamentos, psicoterapia y otras intervenciones. Sin embargo, ante una depresión grave o severa es posible que la persona necesite una estancia hospitalaria”, añadió. (8)

En América Latina se tiene el interés de ahondar en el estado de la salud mental del adolescente, Gaete, expresa que los adolescentes, tienen una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos siendo los más frecuentes: comportamientos depresivos, conducta suicida, ansiedad, problemas de conducta y déficit en la atención, cognición y aprendizaje (9)

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes, 2022), del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 32.3 % de jóvenes de 15 a 29 años presentaron algún problema de salud mental o emocional en los últimos 12 meses, siendo las mujeres jóvenes las que afrontan más problemas de salud mental (30.2 %), en comparación con los hombres (22.9 %). Asimismo, manifestó que dicha encuesta señala que la población joven de 15 a 29 años de edad es el

rango etario que reporta una cifra mayor (32.3 %), en comparación con la población total adulta de 30 años a más (29.4 %). (10)

En este sentido, la titular de la Secretaría Nacional de la Juventud (Senaju), Magaly Villafuerte Falcón, señaló que la salud mental de la población joven es una problemática que requiere especial atención. (10) “La falta de recursos, estrategias e iniciativas ha puesto a la salud mental en gran deterioro, cuando debería ocupar un lugar prioritario en la agenda política, con el fin de trabajar de manera urgente e inmediata”. (10)

Asimismo, se calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad (11). En 2019, 301 millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales (11).

Según reportes del Ministerio de Salud (Minsa), la ansiedad ocupa el primer lugar en la atención por problemas o trastornos de salud mental en el país, alcanzando un total de 433 816 casos diagnosticados en el año 2022. (12)

Los trastornos de ansiedad y depresión representan una problemática significativa para la salud pública a nivel mundial. En el Perú, estos trastornos han mostrado una prevalencia creciente, afectando tanto el bienestar psicológico como la calidad de vida de los individuos que los padecen. Un tratamiento efectivo para estos trastornos requiere no solo una intervención farmacológica adecuada, sino también

la adherencia continua a la terapia prescrita. Sin embargo, diversos factores, como el contexto familiar y las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, pueden influir de manera crucial en el cumplimiento farmacoterapéutico.

En este sentido, el entorno familiar se convierte en un factor importante que influye directamente en el tratamiento del paciente, pero su éxito o fracaso también dependerá del tipo de diagnóstico, el tipo de tratamiento y el entorno familiar que presente el paciente. (13) El apoyo familiar es importante para el soporte afectivo y moral del integrante de la familia que se encuentra cursando un proceso de enfermedad, lo que hace posible su recuperación y reinserción en la sociedad para continuar su vida con normalidad. (13)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuál es la funcionalidad familiar en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?
- b. ¿Cuál es la adherencia de la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?
- c. ¿Cuáles son las características demográficas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?
- d. ¿Cuáles son las características clínicas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?

1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación Teórica

Desde una perspectiva teórica, el estudio de la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en

pacientes con depresión, ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo se sustenta en teorías como el modelo de apoyo social, la teoría sistémica de la familia y el modelo biopsicosocial. Estas teorías sugieren que el apoyo social y familiar es un recurso vital en el manejo de enfermedades mentales. Por ejemplo, la teoría sistémica plantea que la familia actúa como un sistema interdependiente, en el cual el bienestar de un miembro afecta a todos. En el caso de los trastornos depresivos y ansiosos, el apoyo emocional y la cohesión familiar pueden amortiguar los efectos de la sintomatología (como la desesperanza y la ansiedad) que usualmente afectan la adherencia al tratamiento. Así, una familia funcional y empática puede proporcionar un contexto que refuerza la motivación y reduce la probabilidad de abandono de la terapia farmacológica.

Estudios previos han demostrado que el apoyo familiar es clave para mejorar la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas, pero hay escasa literatura que explora cómo la funcionalidad familiar influye en la adherencia específicamente en pacientes con depresión y ansiedad. Este vacío teórico justifica la realización de esta investigación, que contribuirá a profundizar en la comprensión de las dinámicas familiares y su relación con la salud mental.

1.3.2. Justificación Metodológica

Desde el enfoque metodológico, el estudio de la relación entre funcionalidad familiar y adherencia a la terapia farmacológica en esta población requiere un enfoque de diferentes métodos. Por un lado, en este estudio se utilizó instrumentos cuantitativos, como el APGAR familiar, para medir la funcionalidad de la familia, y la Escala de Adherencia Terapéutica de Morisky (MMAS-8) para evaluar el nivel de adherencia a la terapia farmacológica. Estos instrumentos permiten obtener datos objetivos y fiables que se pueden analizar estadísticamente para determinar la correlación o relación significativa entre ambas variables.

La metodología de esta investigación, al emplear herramientas validadas, proporciona rigor científico y aumenta la relevancia de los hallazgos en el campo de la salud mental.

1.3.3. Justificación Práctica

Desde una perspectiva práctica, esta investigación es relevante porque los hallazgos pueden informar el desarrollo de programas e intervenciones en salud mental que consideren a la familia como un recurso fundamental en el tratamiento de pacientes con depresión, ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo.

Mejorar los resultados del tratamiento: Entender cómo la funcionalidad familiar influye en la adherencia puede permitir desarrollar intervenciones más efectivas para mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con depresión y ansiedad.

Identificar a los pacientes en riesgo: Al identificar a los pacientes con familias disfuncionales, los profesionales de la salud pueden brindar un apoyo adicional para mejorar la adherencia y los resultados clínicos.

Informar a las políticas de salud: Los hallazgos de esta investigación pueden informar el desarrollo de políticas de salud que promuevan la participación familiar en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

1.4 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La muestra de 100 pacientes del CSMCU Jorge Basadre puede no ser representativa de todos los pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo, ansiedad y depresión en otras instituciones o regiones. Esto puede limitar la generalización de los resultados a contextos diferentes a los evaluados en el estudio.

- Al tratarse de un estudio transversal, solo se puede observar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica en un momento específico, sin poder establecer causalidad ni observar cambios a lo largo del tiempo. Esto limita la capacidad para inferir cómo la funcionalidad familiar y la adherencia pueden variar a lo largo del tiempo o en respuesta a intervenciones.
- Los datos sobre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica se obtuvieron mediante test y cuestionarios, lo que puede estar sujeto a sesgo de reporte. Los pacientes pueden haber subestimado o sobreestimado su adherencia o la funcionalidad de su familia debido a percepciones personales o deseos de presentar una imagen más positiva.
- El estudio incluyó pacientes con trastorno mixto ansioso-depresivo, ansiedad y depresión. La heterogeneidad en los diagnósticos y la severidad de los síntomas puede haber influido en la variabilidad de la adherencia terapéutica y en las percepciones de la funcionalidad familiar, dificultando la comparación directa entre diferentes grupos de diagnóstico.
- La investigación se realizó en un periodo específico (de abril a julio), lo que puede no reflejar los cambios en la dinámica familiar y en la adherencia terapéutica a lo largo del año.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.

1.5.2. Objetivos específicos

- a. Determinar cuál es la funcionalidad familiar en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.
- b. Determinar cuál es la adherencia de la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.
- c. Determinar las características sociodemográficas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.

- d. Determinar las características clínicas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.

1.6 HIPÓTESIS

1.6.1. Hipótesis alterna

Existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.

1.6.2. Hipótesis nula

No existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.

1.7 DETERMINACIÓN DE VARIABLES

1.7.1. Variable Independiente

Funcionalidad familiar

1.7.2. Variable Dependiente

- a) Adherencia a la terapia farmacológica de los usuarios.
- b) Características sociodemográficas de los usuarios.
- c) Características clínicas de los usuarios.

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA
Variable Independiente: Funcionalidad familiar	La presencia de la familia durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. Los integrantes de la familia deben ofrecer su apoyo emocional, mantener con el paciente una buena comunicación, participar en su cuidado.	Mediante el Test de APGAR familiar, se denominará: Función familiar normal: Paciente con puntaje de 17 a 20 puntos. Disfunción familiar: Paciente con puntaje <17.	Funcionalidad familiar	Adaptación Participación Gradiente de recursos Afectividad Recursos o capacidad resolutive.	Funcionalidad normal Disfunción leve Disfunción moderada Disfunción severa	Ordinal
Variable Dependiente: Adherencia a la terapia farmacológica	Grado en que el comportamiento de una persona -tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario cambios ejecutar del modo de vida - se corresponden con recomendaciones acordadas de un de prestador asistencia sanitaria.	Mediante la escala de Morisky (MMAS-8), se denominará: Adherencia: Paciente con puntaje de 8 puntos. No Adherencia: Paciente con puntaje < 8 puntos.	Adherencia al tratamiento farmacológico	Cumplimiento de la toma o ingesta adecuada de medicamentos.	Adherencia No Adherencia	Nominal
Características sociodemográficas	Cualidades y circunstancias de cada individuo que representan propiedades poblacionales.	Mediante la Ficha de Recolección de Datos que se entrega y evalúa a cada individuo participante al momento del estudio.	Género	Características sexual biológica.	Masculino Femenino	Nominal
			Grupo etario	Edad.	Adolescente: < 17 años Joven adulto: 18 a > 35 a Adulto: 35 a > 55 a Adulto mayor: 56 a > 65 a	De razón
			Nivel de estudios	Grado académico alcanzado.	Secundaria Superior técnico completo Superior universitario incompleto Superior universitario completo	Ordinal
			Ocupación	Desempeño laboral y gremial.	Sin ocupación Ama de casa Estudiante Trabajo eventual Trabajo dependiente Trabajo independiente	Nominal

			Estado civil	Clasificación del estado civil actual del usuario.	Soltero Casado o conviviente Divorciado o separado Viudo	Nominal
			N° de hijos	Cantidad de hijos.	Ninguno Un hijo Dos hijos Tres hijos Cuatro hijos	De razón
			Lugar de residencia	Ubicación geográfica donde una persona habita o vive permanente.	Cercado CPM La Natividad CPM Augusto B. Leguía Distrito Alto de la Alianza Distrito Ciudad Nueva Distrito Gregorio Albarracín Distrito Pocollay Distrito Calana	Nominal
			Tipo de familia	Condición del tipo de familia.	Vive solo No parental Monoparental M. Extendida M. compuesta Reconstituida Nuclear sin hijos Nuclear con hijos Extensa Compleja	Nominal
Características Clínicas	Son los aspectos específicos del estado de salud del usuario relacionado con su enfermedad. Estas características permiten evaluar el perfil clínico del paciente y guiar el tratamiento.	Mediante la Ficha de Recolección de Datos que se entrega y evalúa a cada individuo participante al momento del estudio y la revisión de historias clínicas.	Diagnóstico	Clasificación específica de la enfermedad o trastorno, según los sistemas de diagnósticos como el DSM-5 o el CIE-10.	Trastorno mixto ansioso-depresivo Trastorno de ansiedad Trastorno depresivo	Nominal
			Comorbilidad	Identificación de otras enfermedades o trastornos coexisten además del diagnóstico principal.	Sin comorbilidad	Nominal
					Con comorbilidad	
			Tiempo de tratamiento	Condición del tiempo del tratamiento.	Una semana Dos semanas Tres semanas a mas	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes internacionales:

Burdano, A., Ayola, C., et al. (2019), *“Adherencia farmacológica en relación con funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar”*. En Colombia realizaron este estudio con el Objetivo: caracterizar clínica y farmacológicamente a pacientes ambulatorios manejados en una clínica psiquiátrica en Cartagena, e identificar si hay relación entre la adherencia farmacológica, tipo de diagnóstico y grado de disfunción de familiar. (14) Métodos: estudio descriptivo de corte transversal con 160 pacientes ambulatorios mayores de 18 años y menores de 65 años diagnosticados con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, a quienes se les aplicó un cuestionario de características clínico-farmacológicas, el cuestionario de Morisky-Green y el Test de Apgar Familiar. Resultados: el 68,1% de los encuestados refirieron conocer

su diagnóstico psiquiátrico, el principal diagnóstico fue el trastorno afectivo bipolar (35,6%), seguido de la esquizofrenia (34,4%). (14) La aplicación del APGAR familiar mostró una frecuencia de familia disfuncional en el 36,3%, La escala de Morisky Green mostró una no adherencia total al tratamiento de 53,8%. (14) Al comparar la frecuencia de diagnósticos, funcionalidad familiar, estratificado, por grupos de pacientes con y sin adherencia al tratamiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. (14) Conclusiones: Se encontró un alto porcentaje de no adherencia farmacológica y la gran mayoría reportó tener familias funcionales. (14) Sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento, el tipo de diagnóstico ni el grado de disfunción familiar. (14)

Hurtado, M., Ortega, G., et al. (2021), “Asociación de la adherencia terapéutica con la funcionalidad familiar en pacientes con hepatitis C”. En México realizaron el estudio con el objetivo de asociar la adherencia terapéutica con la funcionalidad familiar en pacientes con hepatitis C. Métodos: Estudio transversal y analítico llevado a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de Mexicali, México durante el periodo mayo 2021 a mayo 2022. La muestra estuvo conformada por 102 participantes (56 hombres y 46 mujeres). Se aplicaron los test de APGAR familiar y Morisky-Green

para evaluar la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica. Resultados: la funcionalidad familiar fue buena en el 64.7% y buena adherencia terapéutica en el 63.7% de los participantes. La funcionalidad familiar se asoció con una buena adherencia terapéutica ($p=0.001$). Conclusiones: Los pacientes con hepatitis C con buena funcionalidad familiar tienen mayor adherencia al tratamiento contra la enfermedad. (15)

2.1.2. Antecedentes nacionales:

García, A., Guillermo, V., et al. (2021), “Funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi en el año 2021”. En Lima realizaron el presente artículo con el Objetivo: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi – Honorio Delgado (INSMHN-HD) 2021. Material y Método: Estudio observacional, prospectivo y transversal. (16) La muestra fue de 153 pacientes; obtenida con el programa Epidat considerando que 80% mejora la adherencia al tratamiento con el acompañamiento familiar, con una precisión 5% y un nivel de confianza 95%. (16) Se utilizó: el test de APGAR familiar

para medir la funcionalidad familiar, el test de Batalla para medir el conocimiento y Hermes para adherencia al tratamiento. (16) La información se analizó mediante el programa SPSS v21, usando estadística descriptiva y chi cuadrado para la relación entre las variables de interés. (16) Resultados: Se encuestaron 153 pacientes, 67,3% (n=103) hombres y 32,7% (n=50) mujeres. La edad promedio fue $34,62 \pm 14,61$. El 54,20% (n=83) estaban desempleados. La sustancia más consumida en ambos sexos fue el alcohol, seguida de marihuana. El 71,2% (n=109) presentó disfunción familiar en distintos grados, 17 disfunción severa. El 56,20% (n=86) no tenían conocimiento de enfermedad. El 75,20% (n=115) tenían adherencia al tratamiento. Hubo una relación significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento ($p=0,005$), pero no entre funcionalidad familiar y conocimiento acerca de enfermedad ($p=0,204$). (16) Conclusiones: La mayoría de los pacientes atendidos en el consultorio de adicciones del INSM HN-HD tenían disfunción familiar en distintos grados. (16) Hubo una relación significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento. (16)

Cordova, G. (2023), “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial”. Establece la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con Hipertensión Arterial de la Unidad Clínica

Cardiometabólica (UCAM) del Hospital I Florencia de Mora-EsSalud.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal, durante diciembre 2022 a febrero 2023, conformada por 180 pacientes hipertensos. (17) Se realizó una entrevista, recolectando datos socio-clínicos de cada paciente y se midió la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento, mediante el test APGAR familiar y la Escala Morisky de adherencia a la medicación 8 ítems (MMAS-8), respectivamente. (17) Se registró en una base de datos (Excel®), y posteriormente se exportaron a un programa de análisis estadístico (RStudio versión 4.2.2.) para su análisis correspondiente. (17)

Resultados: De los 180 pacientes, sólo el 42.8 % presentó buena adherencia al tratamiento. La frecuencia de pacientes con función familiar normal con adherencia al tratamiento fue de 54.7% (64 pacientes) frente al 45.3%(53 pacientes) que no presentó adherencia. (17) Se determinó que existe asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento con ORP 4.644, IC 95%: 2.282 - 9.452. (17) En el análisis de las covariables, fueron significativas las variables: edad, grado de funcionalidad y tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial. (17) En el análisis multivariado las variables: funcionalidad familiar ($p= 0.000$, OR 4.387, IC 95%: 2.08- 9.751), edad de 50 a 59 años ($p= 0.036$) y tiempo de diagnóstico ($p< 0.05$) tuvieron significancia estadística. (17) Conclusiones: Se concluyó que existe una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en los pacientes con Hipertensión arterial de

la Unidad Clínica Cardiometabólica (UCAM) del Hospital I Florencia de Mora-EsSalud. (17)

García, D. (2019), “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del distrito de San Martín de Porres – 2019”. Con el objetivo: Determinar la funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de salud del distrito de San Martín de Porres, 2019. (18) Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 189 pacientes con tuberculosis pulmonar sensible. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios validados, el test de Morisky Green y Apgar familiar, instrumentos que midieron la adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar, respectivamente. (18) Resultados: La funcionalidad familiar dio como resultado buena funcionalidad con 10.1%; seguido de disfunción leve con 36,5%; disfunción moderada con 38,6%; y disfunción severa con 14,8 %. En cuanto a las dimensiones, las más afectadas fueron adaptación con 9.5% y recursos con 9%. La adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis dio como resultado con adherencia un 10.1% y sin adherencia un 89.9%. (18) Conclusiones: Los pacientes con tuberculosis perciben

disfuncionalidad familiar en todas sus dimensiones y no son adherentes al tratamiento. (18)

Flores, J. (2021), “Funcionalidad Familiar y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Año Nuevo, Comas 2021”. Con el objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. (19) Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. (19) La población de estudio estuvo compuesta por 83 enfermos de tuberculosis. (19) Se manejó dos herramientas con cuestionarios validados que son el test de Apgar familiar y Morisk Green, instrumentos que midieron funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento. Resultados: La funcionalidad familiar obtuvo un 56.6% como Familia funcional y un 43,4% Familia disfuncional. (19) También se observó que un 57.8% mostraron una No adherencia al tratamiento anti Tuberculosis, en comparación a un 42.2% que son adherentes, por lo que podemos observar que al cruzar las variables de Funcionalidad Familiar y Adherencia al Tratamiento encontramos Familia Funcional Adherente es un 37.3% y Familia Disfuncional Adherente al Tratamiento 4.8% lo que ambos suman 42.2% y para nuestro estudio 35 pacientes, así mismo Familia Funcional no Adherente al Tratamiento es 19.3% y Familia Disfuncional no Adherente al Tratamiento 38.6% lo que ambos suman

57.8% y para nuestro estudio 48 pacientes (35 de 83) que si lo hicieron. (19) Conclusiones: la funcionalidad familiar se asocia con la adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis. (19)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Funcionalidad familiar

La familia es uno de los sistemas más importantes que promueven la salud y facilitan la mejora de la vida. Sin embargo, cuando el rol cambia por circunstancias inesperadas o por la presencia de condiciones en alguno de los miembros de la familia, es necesario que el sistema familiar reciba ayuda y capacitación para satisfacer las necesidades que se aplican a nivel individual (cada miembro de la familia), el nivel de grupo (toda la familia) y el nivel comunitario (la relación del grupo con el medio ambiente). (20)

Tipos de hogar y ciclos de vida familiar

En la sociedad peruana, se observa similar comportamiento al que se da en la Región, han surgido nuevas configuraciones familiares, como parejas sin hijos y hogares sin núcleo, a la vez que continúan aumentando los hogares con jefatura femenina, que conviven con los hogares tradicionales,

lo que muestra que existen nuevos arreglos familiares propios de la modernidad. (21) Estos cambios, son más notorios en las áreas urbanas y en los grupos etarios jóvenes o en los ciclos de vida familiar tempranos (cambios generacionales). (21)

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2017, el total de hogares en viviendas particulares con ocupantes presentes a nivel nacional ascienden a 8 millones 252 mil 284. (21) Por tipos de hogar, el nuclear es el más numeroso, constituyendo el 53,9% de todos los hogares del país (4 millones 451 mil 706). El segundo tipo más relevante es el hogar extendido con el 20,6% (1 millón 701 mil 64 hogares). (21) El hogar unipersonal representa el 16,8% (1 millón 384 mil 143). (21)

Finalmente, el hogar sin núcleo, es decir, en el que el jefe o jefa vive acompañado con algún familiar o un no familiar, o ambos; constituye el 6,2%. (21) Sólo el 2,5% son hogares compuestos (subdivididos en hogares nucleares y extensos). (21)

A nivel de sub-clasificación interna, los hogares con hijos, tanto nucleares como extendidos son los más representativos dentro de su tipo alcanzando el 43,3% (3 millones 572 mil 593) de todos los hogares, (32,4% en los hogares nucleares y 10,9% en los hogares extendidos). (21)

PERÚ: TIPOS DE HOGAR, 2017
(Porcentaje)

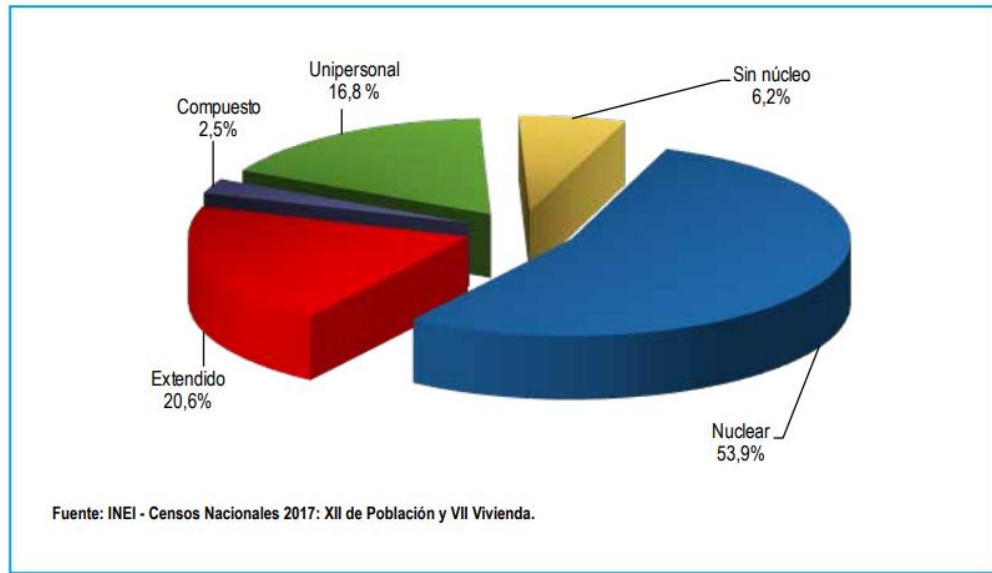


Figura 1: PERU; TIPOS DE HOGAR, 2017

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017

APGAR FAMILIAR

Apgar familiar es una herramienta que muestra la percepción de los miembros de la familia sobre el nivel de funcionamiento del grupo familiar en todo el mundo, incluyendo a los niños por ser relevante para la población infantil. (22)

El Apgar Familiar es útil para mostrar como una persona percibe el funcionamiento de una familia en un momento determinado. Registrar esta opinión es muy importante en áreas como el trabajo ambulatorio donde los pacientes y usuarios no representan directamente a sus familias, y cuando es difícil encontrar profesionales de la salud que se especializan en lograr comprender y detectar esos problemas en detalle durante la consulta. Esta herramienta también se utiliza para mejorar la relación médico-paciente en toda su amplitud. (22)

Con esta herramienta, los miembros de APS (Atención Primaria de Salud) pueden obtener el primer paso para la identificación de aquellas familias que tienen alguna disfunción familiar o conflictos, para su seguimiento y orientación; el médico de la familia está capacitado para brindar dicha ayuda a sus pacientes y usuarios, puesto que el desempeño del médico no solo es en la parte clínica, sino también la psicosocial. Sabemos que ciertas enfermedades pueden ser causada por problemas o alguna crisis familiar que afectan al núcleo y la funcionalidad familiar provocando una patología, Ej. Cefalea. (22)

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el encuestado coloca

su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. (22) Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es: (22)

- 1. Adaptación:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis. (22)
- 2. Participación:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar. (22)
- 3. Gradiente de recursos:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo. (22)
- 4. Afectividad:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia. (22)
- 5. Recursos o capacidad resolutive:** es el compromiso de dedicar tiempo a re las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. (22)

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía. (22)

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar. (22) En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

- Pacientes poli sintomático, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos.
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas. (22)

- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático. (22)

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias. (22)

2.2.2. Adherencia a la terapia farmacológica

La Organización Mundial de la salud define como adherencia a un tratamiento al cumplimiento de todo el protocolo de atención; es decir, tomar la medicación de acuerdo a la dosis y frecuencia indicada. (23) Además, la OMS añade que la adherencia hace también referencia al grado en que el comportamiento de un paciente se corresponda con las pautas y recomendaciones que el personal asistencial le brindó; ello en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida. (23)

La adherencia al tratamiento es definida por la OMS como “El grado en que la conducta de un paciente, en relación a la

toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. (24)

El origen de esta definición se encuentra en la propuesta realizada por Haynes y sus colaboradores en el año 1976 para el término cumplimiento (24); sin embargo, la adherencia al tratamiento es un concepto más amplio que hace alusión a como un paciente cumple con la pauta terapéutica prescrita, así como su compromiso durante el proceso y la adquisición de un papel activo en la gestión de su enfermedad. La OMS señala que la medición y evaluación de la misma es una necesidad que permitirá la planificación de tratamientos efectivos eficientes y de calidad. (24)

La falta de adherencia a los medicamentos es un problema de salud pública importante. (25) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), «la adherencia a la medicación se puede definir como el grado en que el uso de la medicación por parte del paciente se corresponde con el régimen prescrito». (25)

Al examinar la falta de adherencia, es vital comprender sus factores subyacentes para abordarla adecuadamente. (26) Entre los principales factores relacionados, se encuentran la falta de conocimiento, la duración más corta de la enfermedad,

las actitudes negativas hacia la medicación, la falta de apoyo social y los efectos secundarios de la medicación. (26)

2.2.3. Trastornos Afectivos

- **Definición:**

Los trastornos del estado de ánimo (del humor afectivo) constituyen un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas que abarcan el espectro afectivo; es una alteración del humor o de la afectividad. (27) Son trastornos del estado de ánimo cuando el estado emocional general está deformado o no va acorde con las circunstancias e interfiere en la capacidad para realizar tus funciones cotidianas; por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no ansiedad) o en el de la euforia. (manía)". (27)

- **Clasificación y criterios diagnósticos:**

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, abarcadas por el código F30 – F30: Trastornos del humor (afectivos). (28) Se mencionarán los más relevantes. (28)

a) Trastorno mixto ansioso depresivo definición:

Según los criterios de la CIE-10, el trastorno mixto de ansiedad y depresión (TMD) se caracteriza por la coexistencia de síntomas subsindrómicos de ansiedad y depresión, lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico psiquiátrico, pero ninguno de los cuales es claramente predominante. El TMD parece ser muy común, en particular en atención primaria, aunque las estimaciones de prevalencia varían, a menudo dependiendo de los criterios diagnósticos aplicados. Se ha asociado con una angustia, deterioro de las habilidades de la vida diaria y una calidad de vida relacionada con la salud igualmente pronunciadas que la depresión y la ansiedad totalmente sindrómicas. Aunque aproximadamente la mitad de los pacientes afectados remiten en el plazo de un año, los pacientes que no remiten tienen un alto riesgo de transición a un trastorno psiquiátrico totalmente sindrómico. (29)

El trastorno mixto depresivo y de ansiedad se caracteriza por síntomas tanto de ansiedad como de depresión más días que durante un período de dos semanas o más. (30) Los síntomas depresivos incluyen estado de ánimo deprimido o interés o placer notablemente

disminuidos en las actividades. (30) Existen múltiples síntomas de ansiedad, que pueden incluir sentirse nervioso, ansioso o al límite, no poder controlar los pensamientos preocupantes, miedo a que suceda algo terrible, problemas para relajarse, tensión muscular o síntomas simpáticos autónomos. (30) Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente como para justificar un diagnóstico de otro trastorno depresivo o un trastorno relacionado con la ansiedad o el miedo. (30) Los síntomas resultan en una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes. (30)

Cuadro clínico:

La característica esencial de este trastorno es un estado de tristeza y ansiedad persistente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes. (31) Este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluye un mínimo de cuatro de las siguientes: Dificultades de concentración o de memoria, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro inminente para él o allegados,

desesperanza y pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. (31) Estos síntomas provocan deterioro importante de la actividad social, laboral y familiar del individuo. (31)

Diagnóstico diferencial.

El trastorno mixto ansioso-depresivo no debe considerarse cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad sistémica o si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno por angustia o trastorno de ansiedad generalizada. (31) Tampoco debe establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, aunque estos se encuentren en remisión parcial. También es preciso que el cuadro sintomático no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. (31) La mayor parte de información inicial sobre esta entidad se ha recabado en los centros de asistencia primaria, donde el trastorno parece ser más frecuente, probablemente también tenga una mayor prevalencia entre pacientes ambulatorios. (31)

Complicaciones:

Dentro de las principales complicaciones se encuentran depresiones más graves con o sin intentos suicidas, así como mayor intensidad de los síntomas de ansiedad debido a la cronicidad de los síntomas. (31)

Tratamiento:

El tratamiento se realiza a través de farmacoterapia y psicoterapia. Cuando el diagnóstico es un trastorno mixto ansioso depresivo, generalmente si se requiere de un tratamiento farmacológico, donde se trata de manejar los medicamentos antidepresivos (triciclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina). (31) Las dosis se encuentran para los primeros en un rango de 75 a 150 mg por día, mientras que para los segundos es suficiente una dosis de 20 mg por la mañana, ambos durante un periodo de seis meses por lo menos. (31)

b) Trastorno depresivo:

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. (32)

La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. (32) Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarlos. (32)

La depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. (32) Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres. (32)

Síntomas y tipologías

En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del placer o del interés por actividades. (32)

Un episodio depresivo es distinto de las variaciones habituales del estado de ánimo. (32) Estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. (32)

Pueden presentarse varios síntomas más, como dificultades para concentrarse, un sentimiento de culpa excesiva o de

baja autoestima, falta de esperanza acerca del futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso, sensación de cansancio acusado o de falta de energía. (32)

La depresión puede causar dificultades en todos los aspectos de la vida, incluidas la vida comunitaria y en el hogar, así como en el trabajo y la escuela. (32)

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona. (32)

Los episodios depresivos pueden pertenecer a diferentes tipologías:

- Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio;
- Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos, y
- Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la

verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. (32)

Causas concomitantes y prevención

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. (32) A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. (32)

La depresión está estrechamente relacionada con la salud física y, por consiguiente, la salud física desempeña un papel en la depresión. Muchos de los factores que influyen en la depresión (como la inactividad física o el uso nocivo del alcohol) también son factores de riesgo conocidos para enfermedades como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. (32) A su vez, las personas con estas enfermedades también pueden estar sufriendo depresión a

causa de las dificultades asociadas con el manejo de su afección. (32)

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de afrontamiento positivo entre los niños y los adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. (32) Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión. (32)

Diagnóstico y tratamiento

Hay tratamientos eficaces para la depresión, incluidos los tratamientos psicológicos y la medicación. (32) Busque cuidados si presenta síntomas de depresión. (32)

Los tratamientos psicológicos son el primer tratamiento contra la depresión. Pueden combinarse con antidepresivos en casos de depresión moderada y grave.

(32) Los antidepresivos no son necesarios en caso de depresión leve. (32)

Los tratamientos psicológicos pueden enseñar nuevas maneras de pensar, de hacer frente a las situaciones o de relacionarse con los demás. (32) Pueden incluir terapia conversacional con profesionales y con terapeutas no especializados supervisados. La terapia conversacional puede llevarse a cabo cara a cara o en línea. (32) Puede accederse a tratamientos psicológicos a través de manuales de autoayuda, sitios web y aplicaciones. (32)

Los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión incluyen:

- la activación conductual
- la terapia cognitiva conductual
- la psicoterapia interpersonal
- el tratamiento para la resolución de problemas. (32)

Los antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina. (32)

Los proveedores de atención de salud deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. (32)

Los antidepresivos no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera elección en adolescentes, en quienes hay que utilizarlos con suma cautela. (33)

El enfermo sufre una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (33) También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).

- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito. (33)

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. (33) La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. (33)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas

son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. (33)
Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. (33)

Antidepresivos:

Con el fin de ayudar a controlar la depresión, el proveedor puede añadir un antidepresivo u otro de los medicamentos usados para tratar el trastorno bipolar que tiene efectos antidepresivos. (34)

c) Trastornos de ansiedad

Todo el mundo puede sentir ansiedad alguna vez, pero las personas con trastornos de ansiedad suelen experimentar miedo y preocupación de manera intensa y excesiva. Estos sentimientos suelen ir acompañados de tensión física y otros síntomas conductuales y cognitivos. Son difíciles de controlar, causan una angustia importante y pueden durar mucho tiempo si no se tratan. (35) Los trastornos de ansiedad interfieren en las actividades de la vida cotidiana y pueden deteriorar la vida familiar, social y escolar o laboral de una persona. (35)

No obstante, cuando su intensidad es desproporcionada, persistente y altera la funcionabilidad diaria de la persona en el trabajo, la familia y las relaciones sociales se califica como un trastorno de ansiedad que afecta la salud mental. (12) Destacó que se presenta con mayor frecuencia en mujeres, entre los 17 a 25 años de edad, pero pueden presentarse en cualquier otro periodo de vida. (12)

Aunque existen tratamientos muy eficaces para este tipo de trastornos, solo una de cada cuatro personas que lo necesitan (27,6%), aproximadamente, reciben algún tratamiento (36). Entre los obstáculos a la atención figuran la falta de concienciación de que el problema es una afección de salud que puede tratarse, la falta de inversión en servicios de salud mental, la falta de proveedores de atención de salud capacitados y el estigma social. (36)

Las personas con un trastorno de ansiedad pueden experimentar un miedo o una preocupación excesivos ante una situación específica (como por ejemplo una crisis de angustia o una situación social) o, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, ante una amplia gama de situaciones cotidianas. (35) Por lo general, padecen estos

síntomas durante un período prolongado, al menos varios meses, y tienden a evitar las situaciones que les generan ansiedad. (35)

Otros síntomas de los trastornos de ansiedad son:

- dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- irritabilidad, tensión o inquietude
- náuseas o malestar abdominal
- palpitaciones
- sudoración, tiritones o temblores
- trastornos del sueño
- sensación de peligro inminente, de pánico o de fatalidad. (35)

Los trastornos de ansiedad aumentan el riesgo de depresión y de trastornos por consumo de drogas, así como el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas. (35)

Hay diversos tipos de trastornos de ansiedad, entre ellos:

- Trastorno de ansiedad generalizada (preocupación persistente y excesiva por las actividades o eventos cotidianos). (35)

- Trastorno de angustia (crisis de angustia y miedo a que sigan produciéndose). (35)
- Trastorno de ansiedad social (altos niveles de miedo y preocupación por situaciones sociales en las que la persona puede sentirse humillada, avergonzada o rechazada). (35)
- Agorafobia (miedo excesivo, preocupación y evitación de situaciones que pueden hacer a alguien entrar en pánico o sentirse atrapado, indefenso o avergonzado). (35)
- Trastorno de ansiedad por separación (miedo o preocupación excesivos por estar separado de las personas con las que se tiene un vínculo emocional estrecho). (35)
- Determinadas fobias (miedos intensos e irracionales a objetos o situaciones concretos que llevan a conductas de evitación y angustia considerable). (35)
- Mutismo selectivo (incapacidad constante para hablar en ciertas situaciones sociales, a pesar de la capacidad de hablar cómodamente en otros entornos; algo que afecta principalmente a los niños). (35)

Las personas pueden experimentar varios trastornos de ansiedad al mismo tiempo. Por lo general, los síntomas comienzan durante la infancia o la adolescencia y se extienden hasta la edad adulta. (35) Las niñas y las mujeres tienen más probabilidades de sufrir trastornos de ansiedad que los niños y los hombres. (35)

Causas concomitantes y prevención

Los trastornos de ansiedad, al igual que otras afecciones de salud mental, son el resultado de una compleja interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. (35) Cualquier persona puede tener un trastorno de ansiedad, pero las personas que han sufrido abusos, pérdidas importantes u otras experiencias adversas tienen más probabilidades de presentarlo. (35)

Los trastornos de ansiedad están estrechamente relacionados con la salud física y, por consiguiente, esta influye en ellos. (35) Muchos de los efectos de la ansiedad (como la tensión física, la hiperactividad del sistema nervioso o el consumo nocivo de bebidas alcohólicas) son también factores de riesgo conocidos en determinadas enfermedades, como las cardiovasculares. (35) A su vez,

las personas con estas enfermedades también pueden sufrir trastornos de ansiedad por las dificultades asociadas con el manejo de su afección. (35)

Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenir la ansiedad se encuentran la formación para los progenitores y los programas escolares para promover un aprendizaje social y emocional y para crear mecanismos de afrontamiento positivo en los niños y adolescentes. (35) Los programas basados en el ejercicio físico también pueden ser eficaces para prevenir trastornos de ansiedad en los adultos. (35)

Diagnóstico y tratamiento

Existen diversos tratamientos eficaces para este tipo de trastornos. (35) Las personas con síntomas de ansiedad deberían buscar atención médica. (35)

Las intervenciones psicológicas son tratamientos esenciales de los trastornos de ansiedad y consisten principalmente en terapias conversacionales con profesionales o con terapeutas no especializados pero supervisados. (35) Estas intervenciones pueden ayudar a aprender nuevas formas de concebir la ansiedad, hacerle

frente y relacionarse tanto con la ansiedad como con las demás personas y con el mundo. (35) De ese modo, pueden enseñar cómo enfrentarse a situaciones, eventos, personas o lugares que provocan ansiedad. (35)

Las intervenciones psicológicas pueden ofrecerse a individuos o grupos, presencialmente o en línea. También puede accederse a ellas a través de manuales de autoayuda, sitios web y aplicaciones. Las intervenciones psicológicas más avaladas por las pruebas para el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad son las que se basan en los principios de la terapia cognitivo-conductual. (35) Entre ellas figura la terapia de exposición, en la que la persona aprende a enfrentarse a sus miedos. (35)

Además, aprender habilidades para gestionar el estrés, como las relacionadas con la relajación y la atención plena (*mindfulness*), puede ayudar a reducir los síntomas. (35)

Los medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), también pueden ser útiles en el tratamiento de adultos con trastornos de ansiedad. (35) Los proveedores

de atención de salud deberían tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. (35)

Las benzodiazepinas, que históricamente se han recetado para los trastornos de ansiedad, han dejado de recomendarse por su alto potencial de dependencia, así como su limitada eficacia a largo plazo. (35)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Funcionalidad Familiar:

La familia es el núcleo social más importante para el crecimiento y realización de la persona, es la que provee valores, costumbres y creencias al grupo familiar y los aportes afectivos y materiales que brinda son fundamentales para el desarrollo y bienestar de sus miembros. (37)
“El buen funcionamiento familiar es un factor determinante para la salud, según recientes estudios reportan una asociación entre la familia y problemas de salud física y emocional”. (38)

Adherencia Terapéutica:

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia a un tratamiento como el cumplimiento integral del protocolo de atención; lo que implica tomar la medicación según la dosis y frecuencia indicadas. (23) Además, la OMS añade que la adherencia hace también referencia al grado en que el comportamiento de un paciente se corresponda con las pautas y recomendaciones que el personal asistencial le brindó; ello en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida. (23)

Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre:

Es una institución que ofrece atención integral a personas con trastornos mentales en la comunidad. Proporciona tratamiento psicoterapéutico, farmacológico y psicoeducativo, con el objetivo de mejorar la salud mental y el bienestar de los usuarios. El funcionamiento del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario, que se ubica en el Local Central de la UNJBG, se sustenta en un convenio de cooperación interinstitucional entre la Red de Salud Tacna y la UNJBG, a fin de mejorar la salud mental y la calidad de vida de la población estudiantil universitaria en particular de las personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales. (39)

APGAR Familiar:

Es un instrumento de evaluación que mide la funcionalidad familiar a través de cinco dimensiones: adaptabilidad, participación, crecimiento,

afecto y resolución de problemas. Cada dimensión refleja un aspecto fundamental del funcionamiento familiar y su capacidad para apoyar al individuo en momentos de estrés o enfermedad. (22)

Atención Primaria de Salud (APS):

Un sistema de salud fundamentado en la atención primaria se organiza en torno a los principios de equidad y la solidaridad social, reconociendo el derecho de cada persona a alcanzar el máximo nivel de salud posible, sin discriminación por raza, religión, ideología política o situación económica o social. (40) Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales. (40)

Subsindrómicos:

El delirium subsindrómico (DSS) se caracteriza por la aparición de síntomas de delirium que, sin embargo, no alcanzan a cumplir con los criterios diagnósticos establecidos. (41) Según la investigación fenomenológica, estos síntomas tienen intensidad entre leve y moderada en comparación con los del delirium. (41)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO, DISEÑO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

Cuantitativa, observacional, prospectivo, analítico y transversal.

3.1.2. Diseño y nivel de investigación

No experimental y correlacional.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 100 usuarios con trastornos depresivos, de ansiedad y con trastorno mixto ansioso-depresivo, que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Jorge Basadre, en un periodo de abril a julio del 2014.

3.2.2. Muestra

Se utilizó el tipo de muestreo no aleatorio por conveniencia del investigador, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2.1. Criterios de inclusión:

- Usuarios diagnosticados con depresión, ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo, que reciben terapia farmacológica.
- Usuarios que firmen el consentimiento informado.
- Usuarios de 18 años o más.
- Usuarios que asistan regularmente a terapia en el CSMCU Jorge Basadre, con un mínimo de una sesión al mes.

3.2.2.2. Criterios de exclusión:

- Usuarios que no estén recibiendo tratamiento farmacológico.
- Usuarios que se nieguen a participar en este estudio.
- Usuarios que hayan sido dados de alta durante el periodo de recolección de datos, así como aquellos

que hayan desertado y no asistan frecuentemente a las sesiones (al menos una vez al mes).

3.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a. Técnicas

Los datos se obtuvieron en un periodo de 4 meses, de abril a julio del presente año. El horario para la recolección de datos fue desde las 8:30 am a 12:00 pm en el turno de la mañana y de 2:00 pm a 6:30 pm en el turno de la tarde de lunes a viernes. Mediante la aplicación de los instrumentos

Consentimiento informado

Este procedimiento asegura que el participante ha manifestado de manera voluntaria su deseo de participar en la investigación, después de haber comprendido toda la información proporcionada sobre los objetivos del estudio, sus beneficios, los posibles riesgos y las alternativas disponibles, así como sus derechos y responsabilidades.

b. Instrumentos

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA ESCALA DE MORISKY (MMAS-8)

El Dr. Donald Morisky, profesor en la Facultad de Salud Pública de la UCLA, es el creador de las escalas Morisky MMAS-4 y MMAS-8, o conocidas como las Escalas de Adherencia a la Medicación de Morisky, consideradas el estándar de oro en la evaluación de la adherencia a la medicación.

Para este estudio, utilizaremos el Cuestionario de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8). Esta escala puede aplicarse de manera autocontenida o en formato de encuesta y ha sido validada en 33 idiomas, incluyendo español. (42) “Diseñada específicamente para ayudar a identificar las barreras y comportamientos relacionados con la adherencia a los fármacos psiquiátricos, la MMAS-8 resulta ser una herramienta valiosa en este ámbito”. (42)

- Las respuestas para los ítems del 1 a 7 son “sí” o “no”. En el caso del ítem 8, se utiliza una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Cada “no” se

valora como 1 y cada “sí” como 0, excepto en el ítem 5, donde un “sí” se puntúa como 1 y un “no” como 0.

- Para el ítem 8, es necesario normalizar el código (0-4) dividiendo el resultado entre 4 para obtener la puntuación total.
- La puntuación total de la escala MMAS-8 varía entre 0 y 8, lo que se traduce en:
 - Una puntuación de 8 indica una alta adherencia.
 - Una puntuación de 7 o 6 refleja una adherencia media.
 - Una puntuación inferior a 6 sugiere una baja adherencia. (42)

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

El Cuestionario de Apgar Familiar es una herramienta relativamente nueva, creada en 1978 por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington. A partir de su experiencia como Médico de Familia, el Dr. Smilkstein propuso este test como un recurso valioso para los equipos de Atención Primaria, con el fin de facilitar el análisis de la dinámica familiar. (22) La base de este cuestionario radica en la idea de que los miembros de la familia son capaces de percibir y expresar como funciona su sistema familiar y su nivel de satisfacción con

respecto a los parámetros fundamentales de su convivencia.
(22)

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. (22)

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación. (22)

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia que el autor considera las más significativas: Adaptación, Participación, Gradiente de recursos personales, Afecto, y Recursos. Cada letra de la palabra APGAR representa la inicial de cada una de estas funciones familiares.

- El APGAR opera como un acróstico, donde cada letra representa la inicial de una palabra que refleja la función familiar analizada. (22)

- En su validación inicial, se observó un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR Familiar y el instrumento previamente utilizado, el Pless-Satterwhite Family Function Index. (22)
- Posteriormente, el APGAR Familiar fue objeto de múltiples investigaciones, las cuales revelaron índices de correlación que variaban entre 0.71 y 0.83, adaptándose a diferentes contextos. (22)

El cuestionario debe ser distribuido a cada paciente para que lo complete de manera personal, salvo en el caso de aquellos que no sepan leer, en cuyo caso el cual el entrevistador se encargará de aplicar el test. (22) Es importante que para cada pregunta se seleccione únicamente una opción con una "X". Las respuestas deben ser respondidas de manera individual. Cada respuesta tiene un puntaje que varía entre 0 y 4, de acuerdo con la siguiente escala: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3. Casi siempre •4: Siempre. (22)

Interpretación de los puntajes:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 13-16 puntos.
- Disfunción moderada: 10-12 puntos
- Disfunción severa: 9 puntos o menos.

c. Procedimientos para la recolección de datos

- ✓ Se utilizó una técnica basada en la aplicación de un cuestionario anónimo a los usuarios, empleando el instrumento.
- ✓ El tiempo promedio dedicado a cada usuario fue de 10 a 15 minutos. Una vez recolectados los datos, procedimos a organizarlos en una base de datos utilizando Excel ®, y los presentamos en forma de cuadros y tablas.
- ✓ Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión de las Historias Clínicas del Centro de Salud Mental Comunitario para obtener información sobre los datos sociodemográficos y clínicos de los usuarios.

3.4. ANÁLISIS DE DATOS

La información recopilada en la base de datos de (Excel ®), fue exportada al software estadístico SPSS versión 22, donde se llevaron a cabo los análisis pertinentes.

- **Estadística descriptiva:** Las variables cualitativas, tanto dicotómicas como politómicas, se presentarán a través de tablas de frecuencia, tanto relativas como absolutas. Para facilitar la comprensión, se utilizará un diagrama de sectores

para las variables dicotómicas y gráficos de barras para las politómicas.

- **Estadística inferencial:** El análisis se realizará utilizando la prueba estadística de Chi cuadrado de Independencia, que permite explorar la relación estadística entre las variables. Este análisis se organizará en una tabla de contingencia de 2x2, donde se agruparán los valores finales de las variables.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según género 2024.

GÉNERO	n	%
Masculino	23	23,0
Femenino	77	77,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

Se evidencia que del 100 % (100) de usuarios, el 77 % (77) son mujeres y el 23 % (23) son varones. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes atendidos en el centro de salud mental son mujeres.

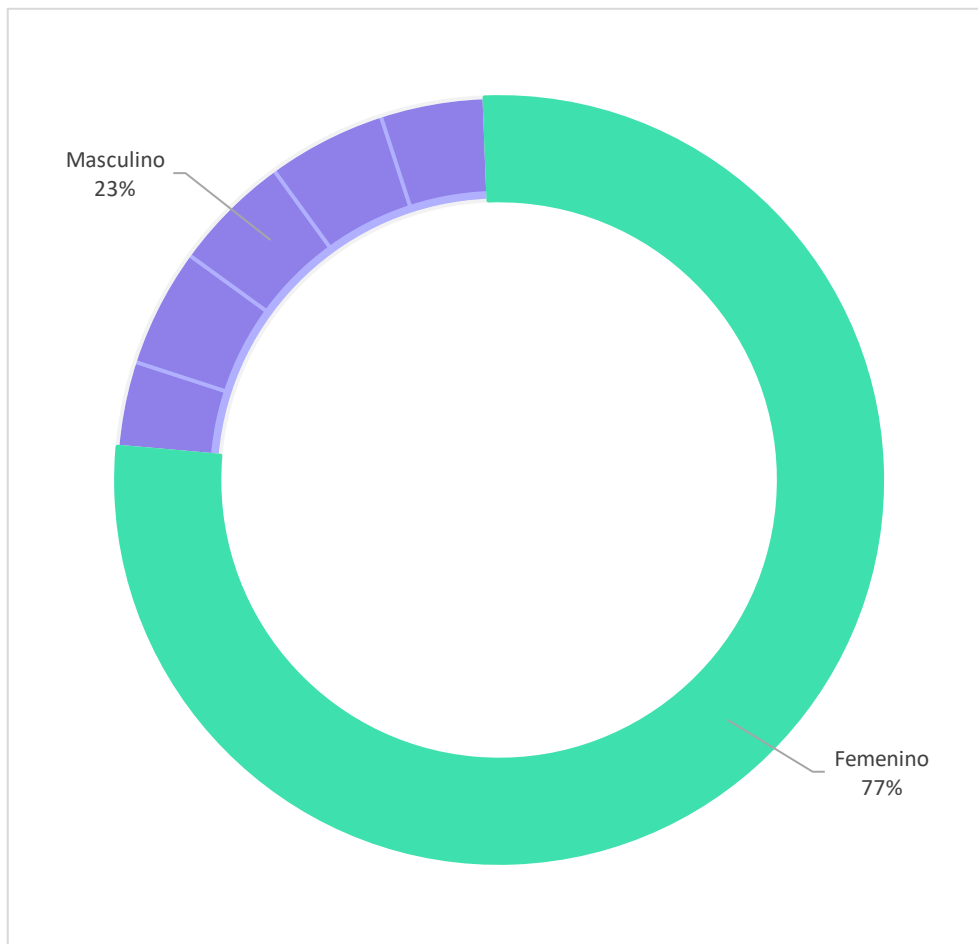


Figura 2: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el género.

Fuente: Tabla 1

Tabla 2: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el grupo etario 2024.

GRUPO ETARIO	n	%
Adolescente	26	26,0
Joven adulto	46	46,0
Adulto	25	25,0
Adulto mayor	3	3,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

El grupo predominante de usuarios son los jóvenes adultos, que representan el 46% (46). Los adolescentes constituyen el 26% (26), los adultos el 25% (25) y los adultos mayores solo el 3% (3). Esto indica que la mayoría de los pacientes son relativamente jóvenes.

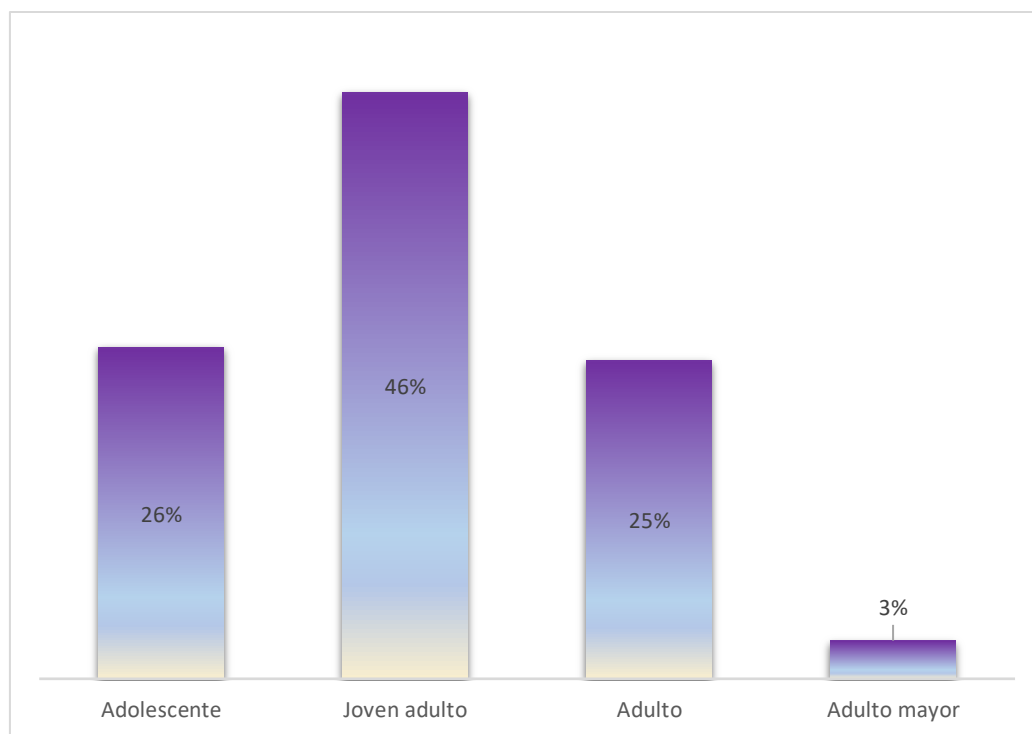


Figura 3: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el grupo etario 2024.

Fuente: Tabla 2

Tabla 3: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según su nivel de estudios 2024.

NIVEL DE ESTUDIOS	n	%
Secundaria	13	13,0
Superior técnico completo	4	4,0
Superior Universitario incompleto	60	60,0
Superior Universitario completo	23	23,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

El 60% (60) de los usuarios tiene estudios universitarios incompletos, el 23% (23) ha completado estudios universitarios, el 13% (13) tiene educación secundaria y el 4% (4) ha completado estudios técnicos. Esto refleja un alto nivel educativo entre los pacientes.

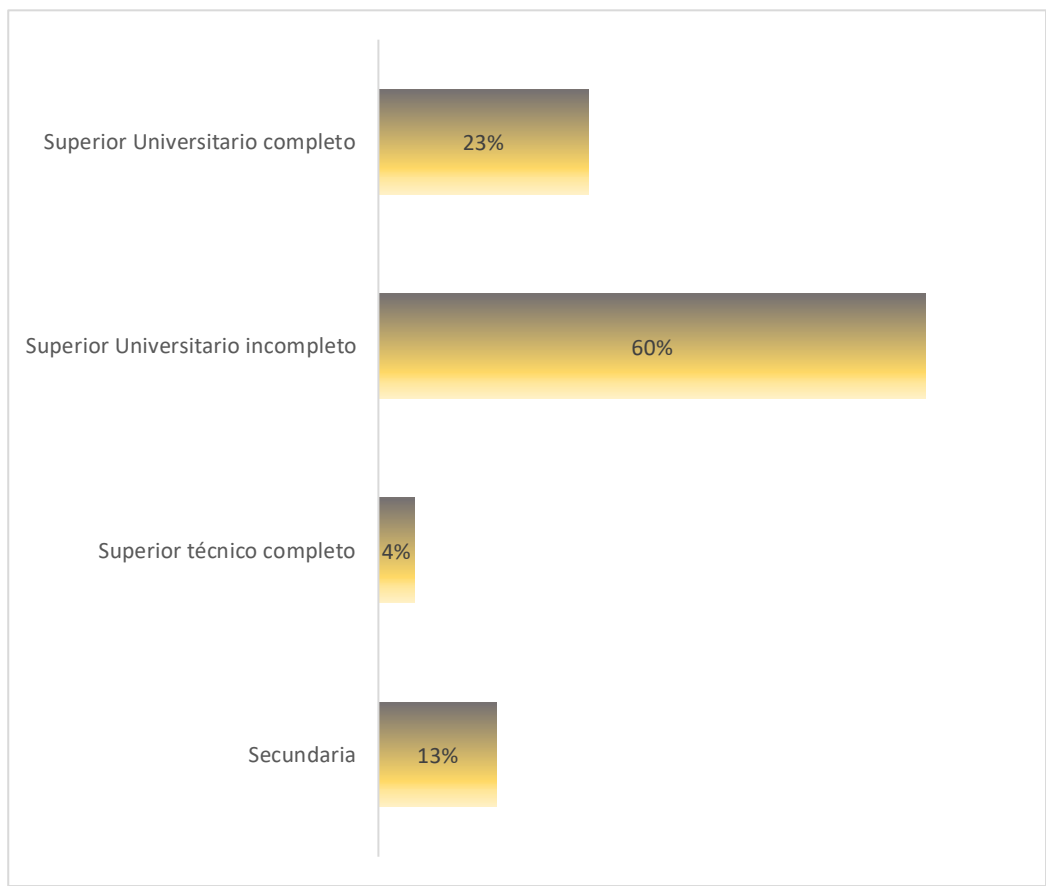


Figura 4: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el nivel de estudios 2024.

Fuente: Tabla 3

Tabla 4: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la ocupación laboral 2024.

OCUPACIÓN LABORAL	n	%
Sin ocupación	6	6,0
Ama de casa	7	7,0
Estudiante	65	65,0
Trabajo eventual	1	1,0
Trabajo dependiente	14	14,0
Trabajo independiente	7	7,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 4 se aprecia la distribución de los usuarios según la ocupación laboral. La mayoría de los usuarios, el 65% (65), son estudiantes. Un 14% (14) trabaja de manera dependiente, un 7% (7) son trabajadores independientes, otro 7% (7) son amas de casa, un 6% (6) no tiene ocupación, y solo un 1% (1) tiene un trabajo eventual. Esto sugiere que los pacientes son en su mayoría jóvenes en etapa formativa.

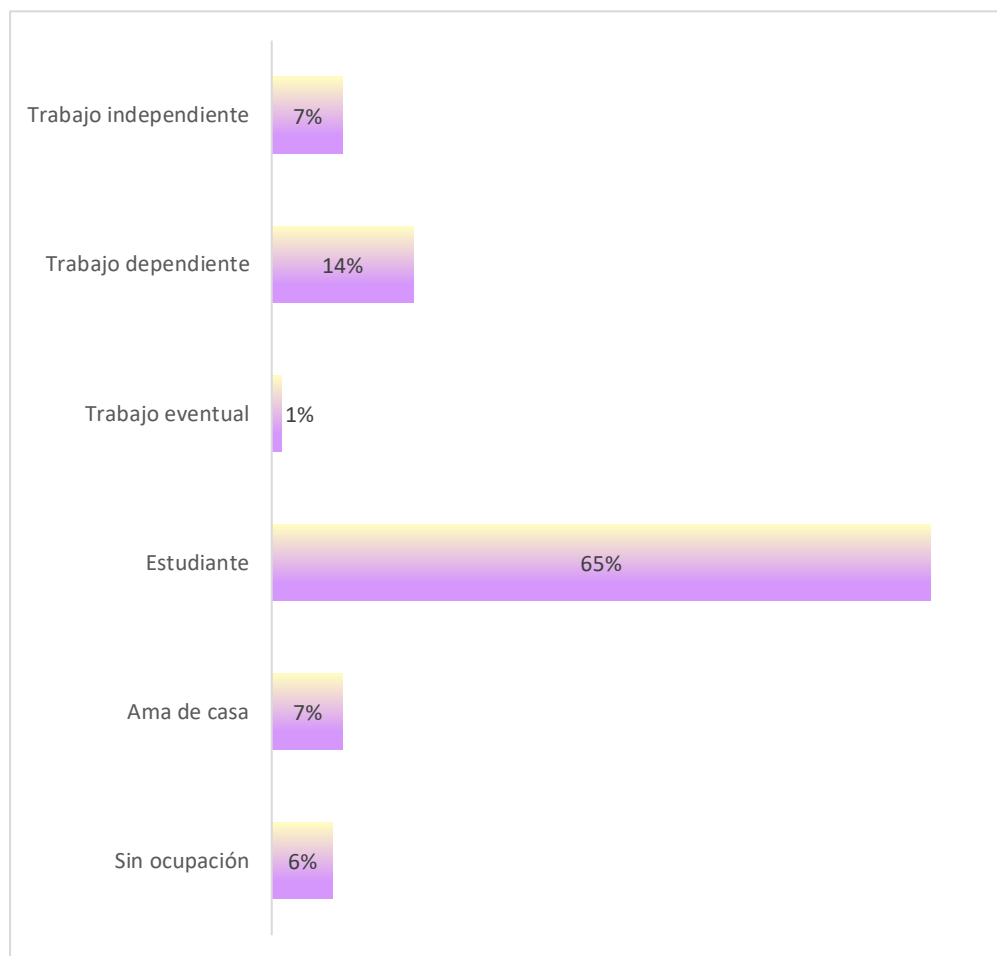


Figura 5: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según ocupación laboral 2024.

Fuente: Tabla 4.

Tabla 5: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el estado civil 2024.

ESTADO CIVIL	n	%
Soltero	74	74,0
Casado/conviviente	14	14,0
Divorciado/separado	11	11,0
Viudo	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 5 se aprecia la distribución de los usuarios según el estado civil. El 74% (74) de los usuarios es soltero, el 14% (14) está casado o convive, el 11% (11) está divorciado o separado, y solo el 1% (1) es viudo. La gran mayoría de los usuarios no está casada.

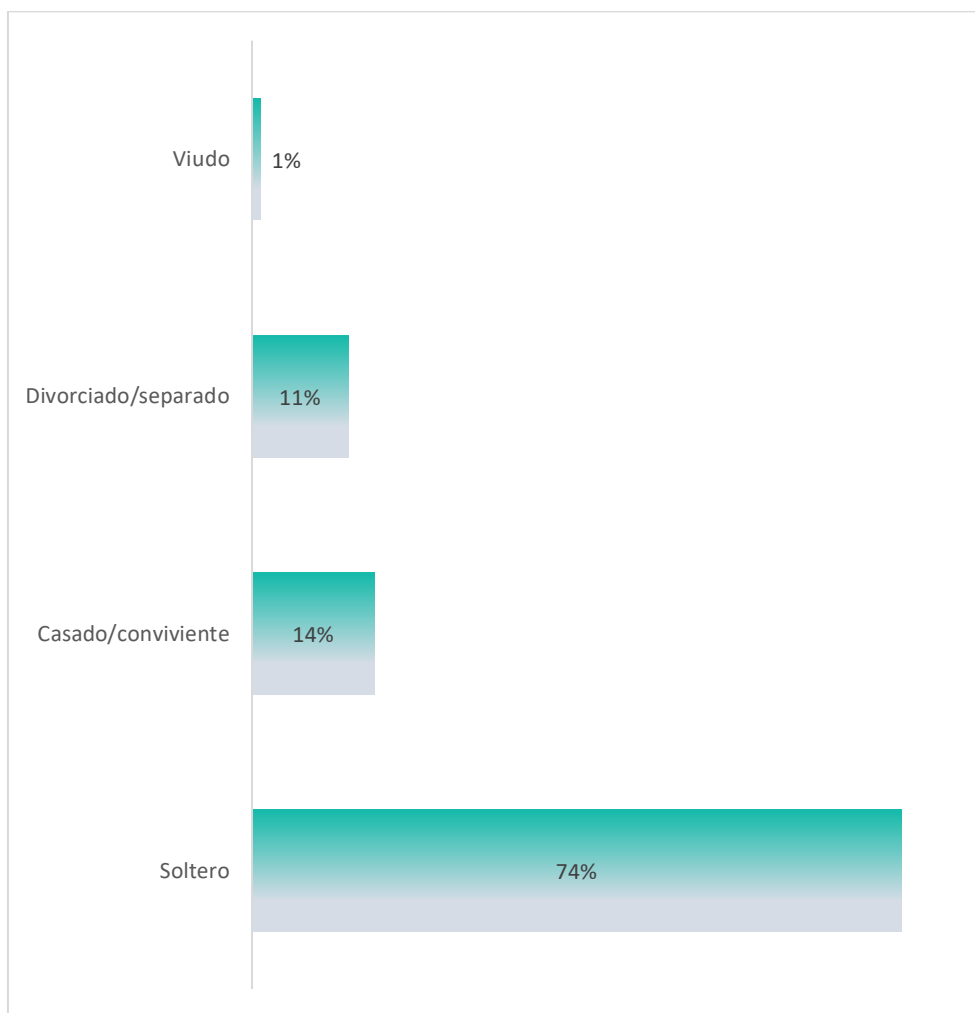


Figura 6: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el estado civil 2024.

Fuente: Tabla 5

Tabla 6: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el número de hijos 2024.

N° DE HIJOS	n	%
Ninguno	75	75,0
Un hijo	12	12,0
Dos hijos	10	10,0
Tres hijos	2	2,0
Cuatro hijos	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 7 se aprecia la distribución de los usuarios según el número de hijos, el 75 % (75) no tiene hijos, el 12 % (12) tiene por lo menos 1 hijo, el 10 % (10) tiene 2 hijos, el 2 % (2) tiene 3 hijos y solo el 1 % (1) tiene 4 hijos. Esto indica que la gran mayoría de los usuarios no tienen hijos.

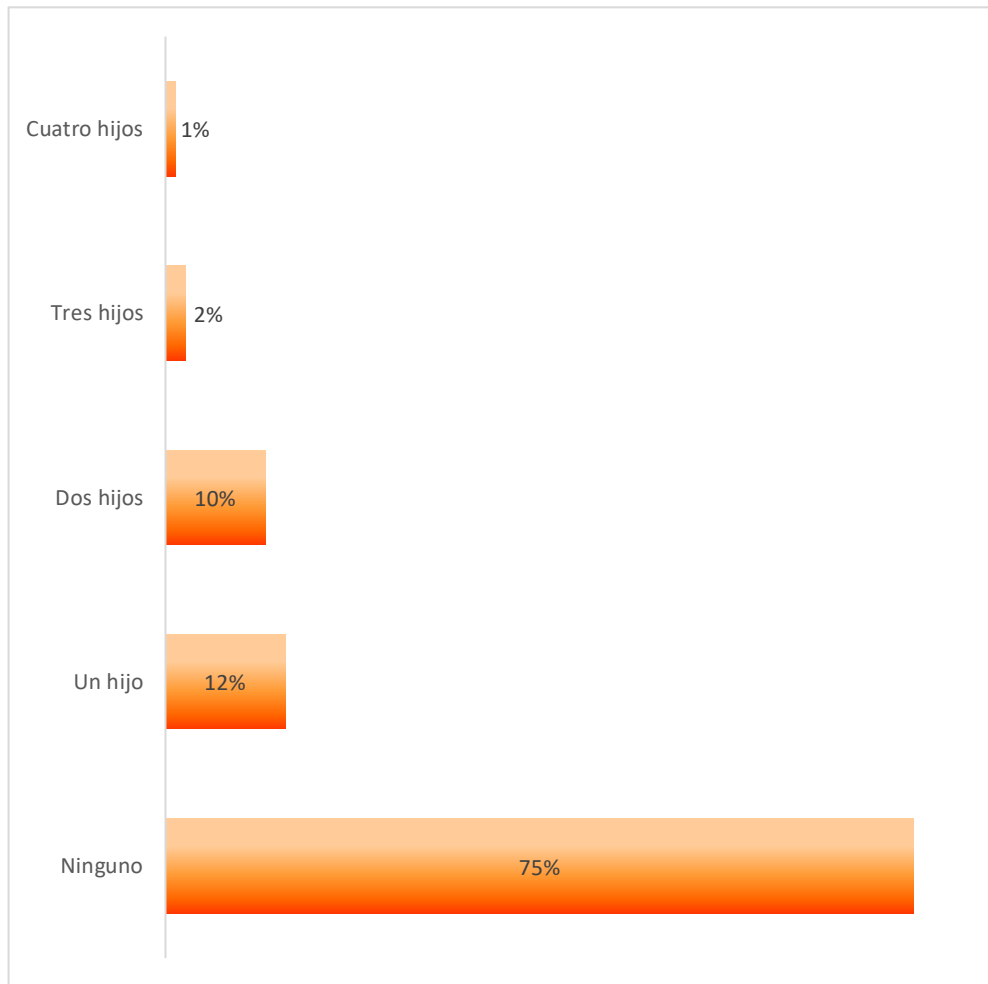


Figura 7: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el número de hijos 2024.

Fuente: Tabla 6

Tabla 7: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el lugar de residencia 2024.

LUGAR DE RESIDENCIA	n	%
Cercado	31	31,0
CPM La Natividad	3	3,0
CPM Augusto B. Leguía	8	8,0
Distrito Alto de la Alianza	13	13,0
Distrito Ciudad Nueva	4	4,0
Distrito Gregorio Albarracín	37	37,0
Distrito Pocollay	3	3,0
Distrito Calana	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 7 se aprecia la distribución de los usuarios de acuerdo al lugar de residencia, el 37 % (37) reside en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa, el 31 % (31) reside en el Cercado de Tacna, el 13 % (13) reside en el distrito Alto de la Alianza, el 8 % (8) reside en el CPM Augusto B. Leguía, el 4 % (4) reside en el distrito de Ciudad Nueva, el 3 % (3) reside en el distrito de Pocollay y otro 3 % (3) reside en el CPM La Natividad, y solo el 1 % (1) reside en el distrito de Calana. Esto sugiere que la gran mayoría de los usuarios residen en el distrito Gregorio Albarracín.

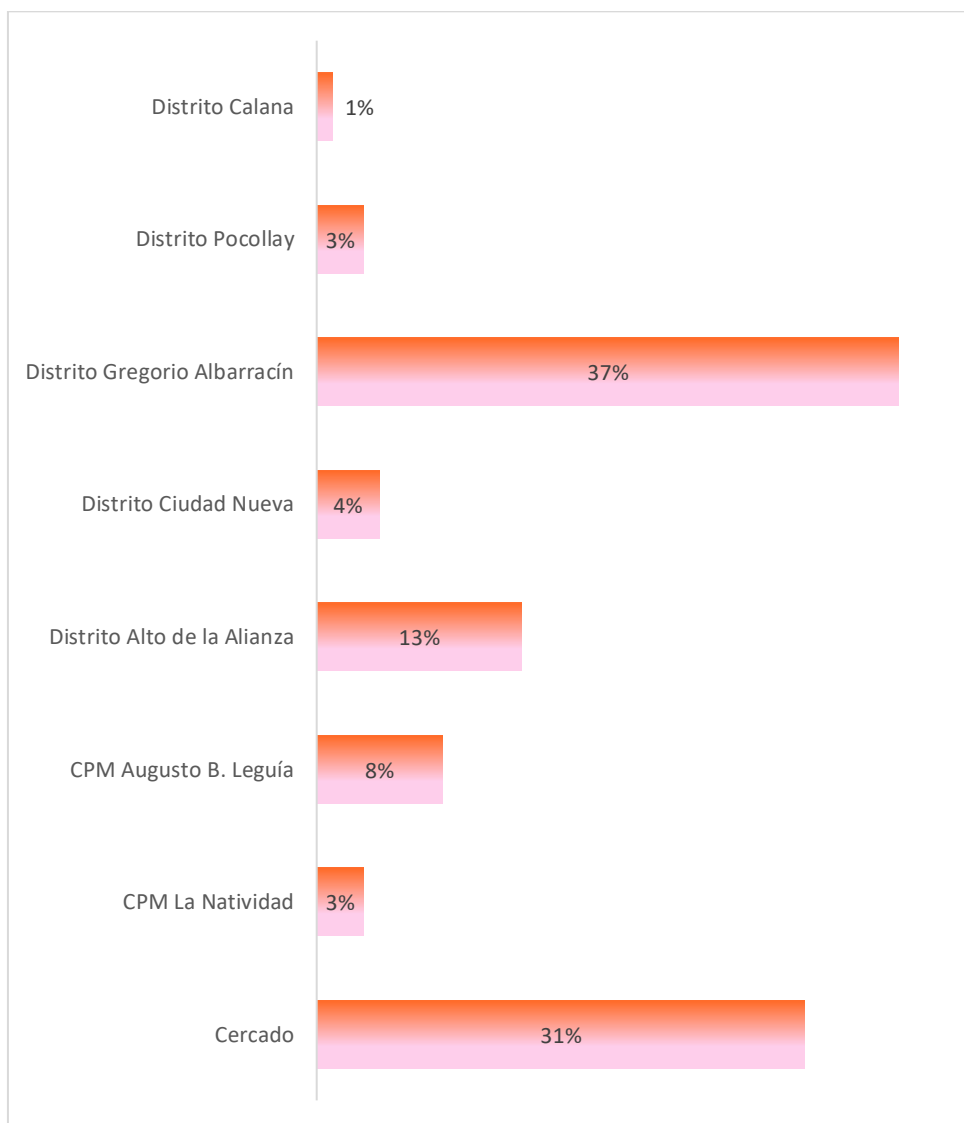


Figura 8: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el lugar de residencia 2024.

Fuente: Tabla 7.

Tabla 8: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el tipo de familia 2024.

TIPO DE FAMILIA	n	%
Vive solo	6	6,0
No parental	3	3,0
Monoparental	29	29,0
Monoparental extendida	7	7,0
Monoparental compuesta	4	4,0
Reconstituida (binuclear)	5	5,0
Nuclear sin hijos	4	4,0
Nuclear con hijos	32	32,0
Extensa	9	9,0
Compleja	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 8 se aprecia la distribución de los usuarios de acuerdo al tipo de familia. El tipo de familia predominante es el nuclear con hijos que representa el 32 % (32). El 29 % (29) es de tipo Monoparental, el 9 % (9) es de tipo extensa, el 7 % (7) es de tipo monoparental extendida. Un 6 % (6) vive solo, el 5 % (5) es de familia reconstituida (binuclear), el 4 % (4) es de tipo nuclear sin hijos y otro 4 % (4) es de tipo monoparental compuesto. También un 3 % (3) es de tipo no parental y solo el 1 % (1) es de tipo complejo. Esto sugiere que los usuarios son en su mayoría de familia nuclear.

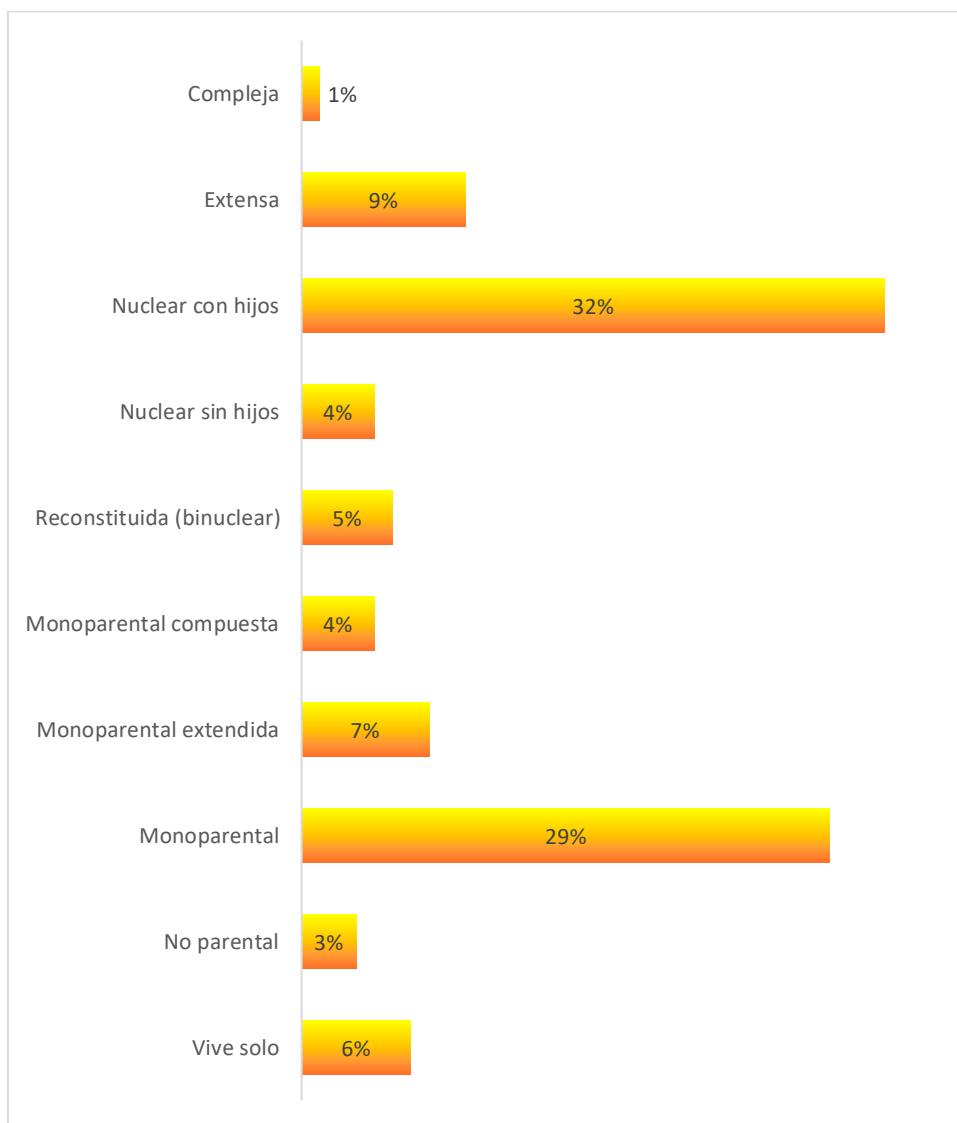


Figura 9: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre según el tipo de familia 2024.

Fuente: Tabla 8.

Tabla 9: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el diagnóstico 2024.

DIAGNOSTICO	n	%
Trastorno depresivo	35	35,0
Trastorno de ansiedad	25	25,0
Trastorno mixto ansioso depresivo	40	40,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 9 se aprecia la distribución de los usuarios de acuerdo al diagnóstico. La mayoría de usuarios, el 40 % (40) tiene Trastorno mixto ansioso depresivo. Un 35 % (35) tiene Trastorno depresivo y el 25 % (25) tiene Trastorno de ansiedad. Esto indica que la mayoría de usuarios padecen de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo.

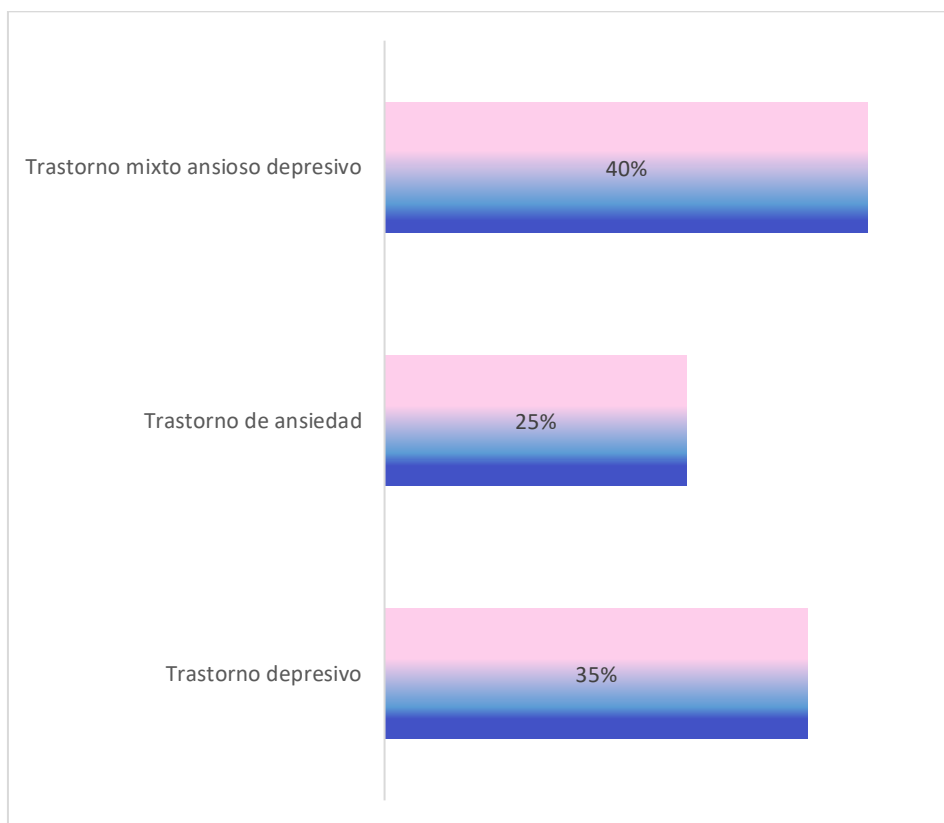


Figura 10: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el diagnóstico 2024.

Fuente: Tabla 9.

Tabla 10: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la comorbilidad 2024

COMORBILIDAD	n	%
Sin comorbilidad	96	96,0
Con comorbilidad	4	4,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 10 se observa la distribución de los usuarios de acuerdo a la comorbilidad. El 96 % (96) de los usuarios no tiene comorbilidad y el 4 % (4) ha presentado comorbilidad. Esto refleja que una gran mayoría de los usuarios se encuentran sin comorbilidad.

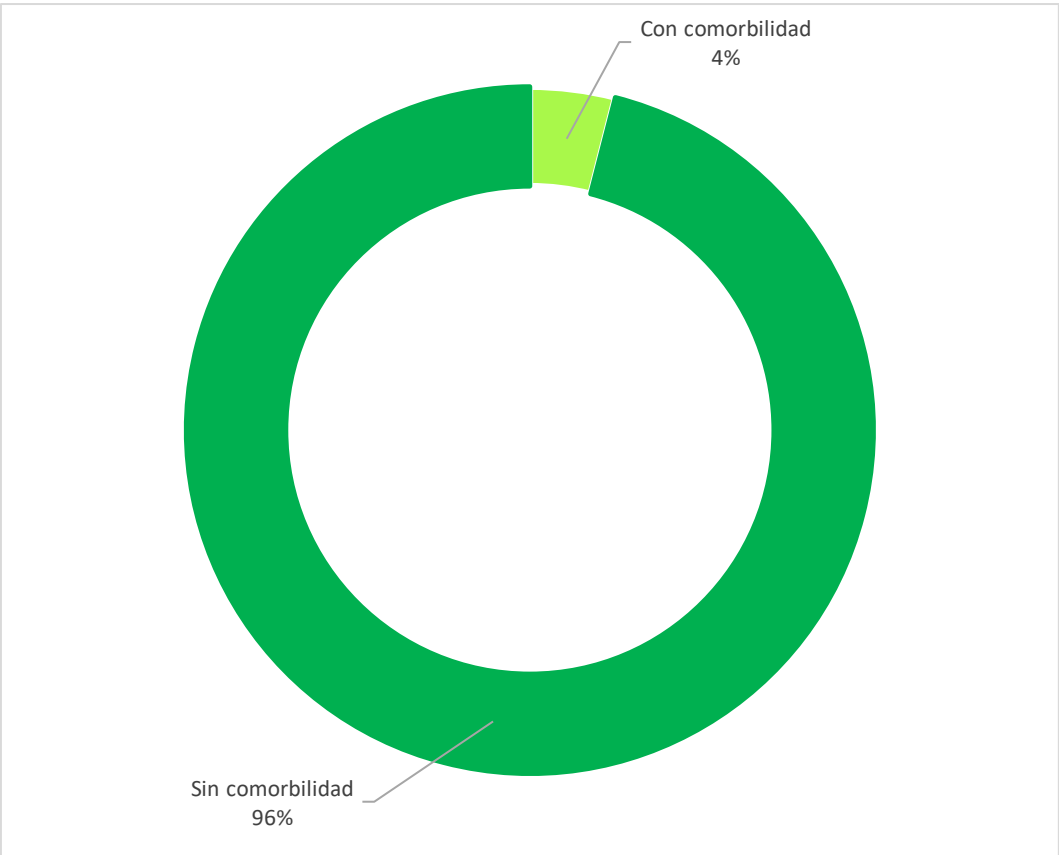


Figura 11: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la comorbilidad 2024.

Fuente: Tabla 10.

Tabla 11: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el tiempo de tratamiento 2024.

TIEMPO DE TRATAMIENTO	n	%
Una semana	53	53,0
Dos semanas	37	37,0
Tres semanas a mas	10	10,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 11 se aprecia la distribución de los usuarios de acuerdo al tiempo de tratamiento. La mayoría de los usuarios, el 53 % (53) tiene una semana de tratamiento. El 37 % (37) tiene dos semanas de tratamiento y el 10 % (10) ha completado tres semanas a más de tratamiento. Esto sugiere que la mayoría de los usuarios atendidos en el centro de salud mental tienen una semana de tratamiento.

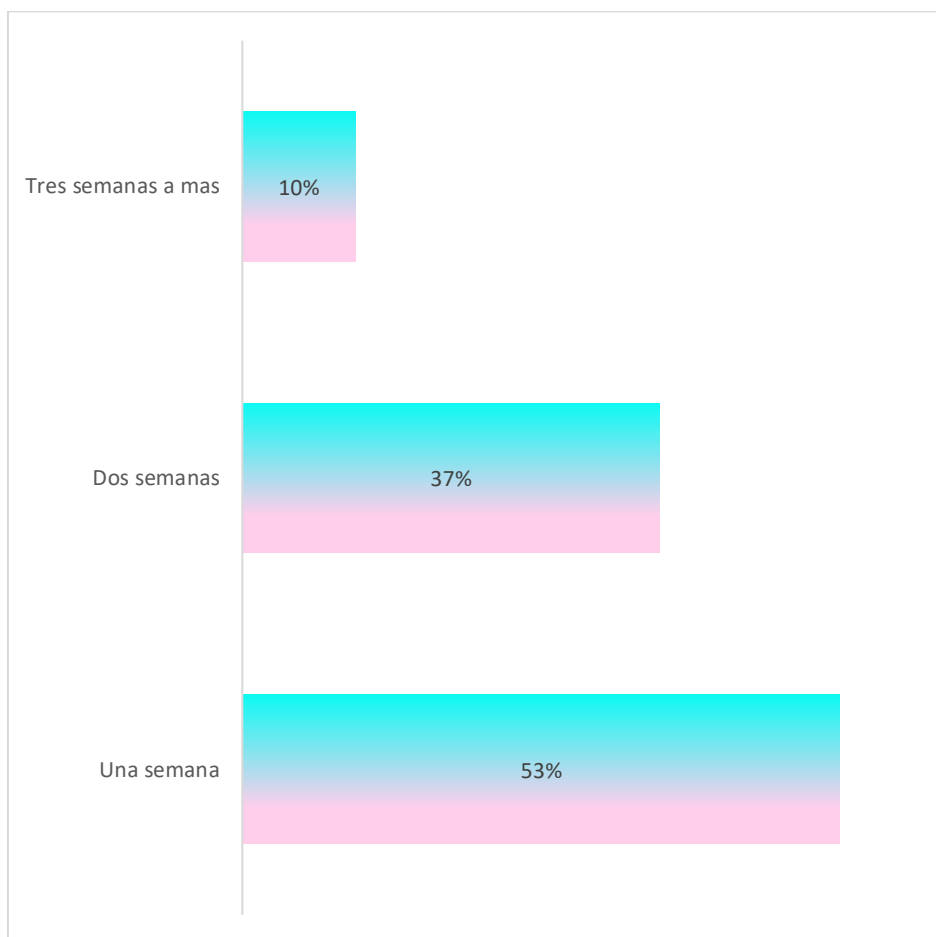


Figura 12: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el tiempo de tratamiento 2024.

Fuente: Tabla 11.

Tabla 12: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la funcionalidad familiar 2024.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	n	%
Disfunción severa	42	42,0
Disfunción moderada	28	28,0
Disfunción leve	18	18,0
Funcionabilidad normal	12	12,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 12 se aprecia la distribución de los usuarios de acuerdo a la funcionalidad familiar, donde del 100 % (100) de los usuarios, el 42 % (42) tiene disfunción severa, un 28 % (28) tiene disfunción moderada, el 18 % (18) tiene disfunción leve y el 12 % (12) tiene funcionalidad normal. Esto refleja que los usuarios son en su mayoría de disfunción severa.

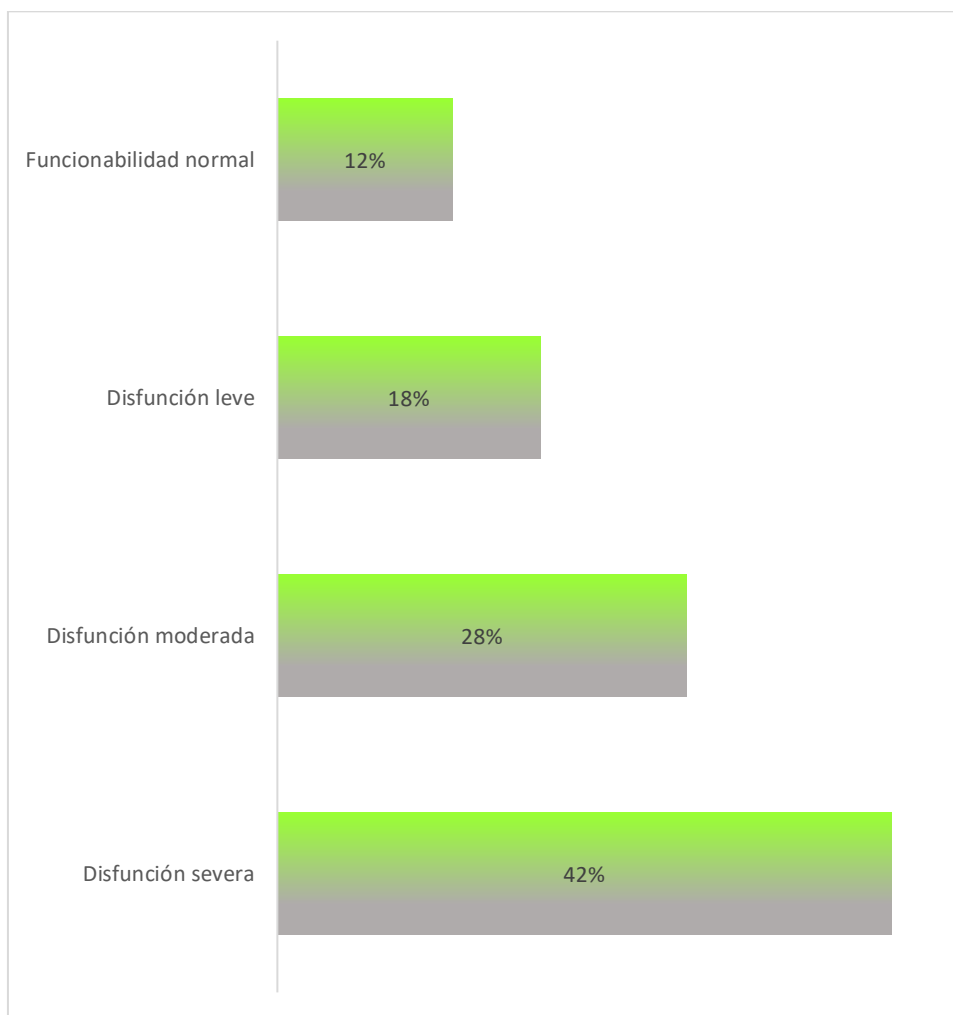


Figura 13: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la funcionalidad familiar.

Fuente: Tabla 12.

Tabla 13: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el nivel de adherencia 2024.

NIVEL DE ADHERENCIA	n	%
Baja Adherencia	53	53,0
Adherencia media	43	43,0
Alta Adherencia	4	4,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 13 se aprecia la distribución de los usuarios de acuerdo al nivel de adherencia a la terapia farmacológica, donde del 100 % (100) de los usuarios, el 53 % (53) tiene baja adherencia, el 43 % (43) tiene adherencia media y el 4 % (4) tiene alta adherencia. La gran mayoría de los usuarios no tienen una alta adherencia.

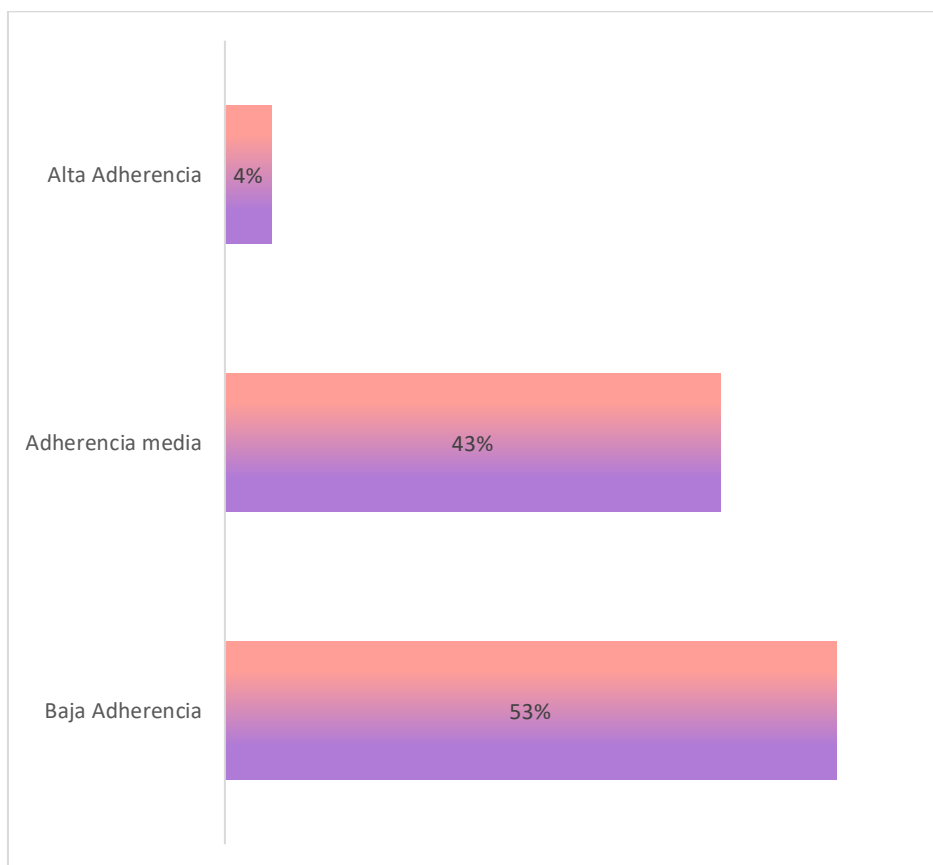


Figura 14: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según el nivel de adherencia 2024.

Fuente: Tabla 13.

Tabla 14: Usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica 2024.

		FUNCIONABILIDAD FAMILIAR				Total		
		Disfunción severa	Disfunción moderada	Disfunción leve	Funcionalidad normal			
NIVEL DE ADHERENCIA	Baja Adherencia	n	23	16	10	4	53	
		% dentro de Funcionabilidad Familiar	54,8%	57,1%	55,6%	33,3%	53,0%	
	Adherencia media	n	18	10	7	8	43	
		% dentro de Funcionabilidad Familiar	42,9%	35,7%	38,9%	66,7%	43,0%	
	Alta Adherencia	n	1	2	1	0	4	
		% dentro de Funcionabilidad Familiar	2,4%	7,1%	5,6%	0,0%	4,0%	
			n	42	28	18	12	100
			% dentro de Funcionabilidad Familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: SPSS versión 2022. Elaboración propia

Interpretación:

De 53 pacientes que tienen baja adherencia 23 pacientes (54,8 %) tiene disfunción severa, 16 pacientes (57,1 %) tiene disfunción moderada, 10 pacientes (55,6 %) tiene disfunción leve y 4 pacientes (33,3 %) tiene funcionalidad normal. Por otro lado, de 43 pacientes que tiene adherencia media 18 pacientes (42,9 %) tiene disfunción severa, 10 pacientes (35,7%) tiene disfunción moderada, 7 pacientes (38,9 %) tiene disfunción leve y 8 pacientes (66,7 %) tiene funcionalidad normal. Finalmente, de 4 pacientes que tiene alta adherencia 2 pacientes (7,1 %) tiene disfunción moderada, 1 paciente (5,6 %) tiene disfunción leve y 1 paciente (2,4 %) tiene disfunción severa.

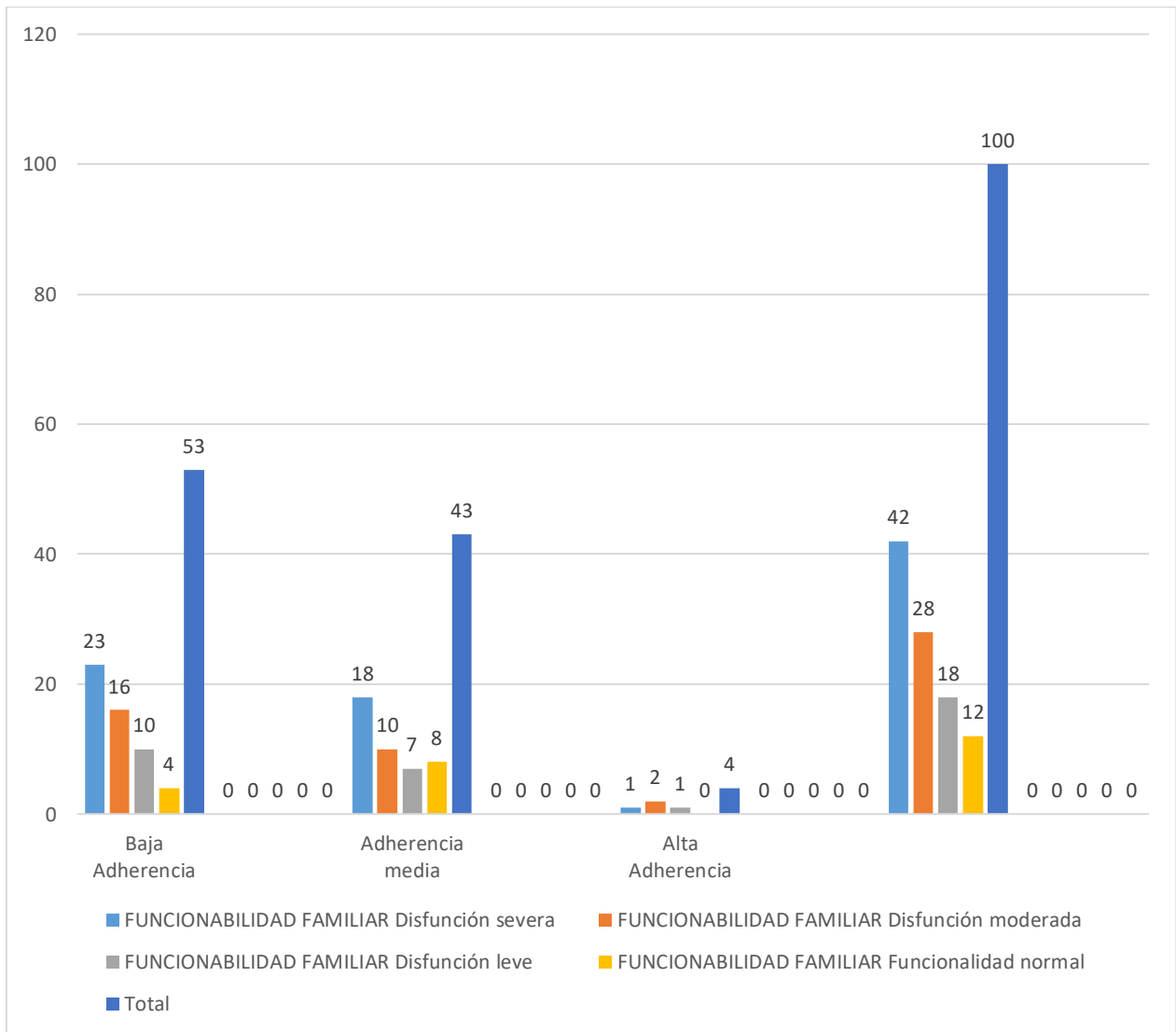


Figura 15: Distribución de usuarios del CSMCU Jorge Basadre, según la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica 2024.

Fuente: Tabla 14.

Comprobación de Hipótesis

Se ha evaluado la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre Tacna, 2024.

Planteamiento de la Hipótesis

Ho: No existe relación significativa entre la funcionabilidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica.

H1: Existe relación significativa entre la funcionabilidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica.

Estableciendo el Nivel de Significancia

El nivel de significancia, denotado como α , se fija comúnmente en un 5%, es decir, 0.05. Este valor se establece por convención y representa un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 95%.

Selección del Estadístico de Prueba

Se opta por la prueba de Chi cuadrado de independencia para evaluar la relación entre dos variables categóricas: la funcionalidad familiar y la adherencia. Esta prueba nos permitirá determinar si estas dos variables son independientes o si existe una relación entre ellas.

Determinar el valor p

Valor de $P= 0,006 < 0,05$

Prueba del Chi Cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,548	6	0,006
Razón de verosimilitud	4,860	6	0,005
Asociación lineal por lineal	0,695	1	0,004
N de casos válidos	100		

Tabla 15: Prueba de Chi Cuadrado

Fuente: Fuente SPSS v 22.0. Elaboración propia

Interpretación:

Estableciendo el nivel de significancia del 5% (0,05) y aplicando un test estadístico no paramétrico de Chi Cuadrado de independencia, se obtuvo un valor de 4,548, que resultó en un valor de $p: 0,006$. Dado que este valor es inferior a 0,05, se acepta la hipótesis alterna. Esto indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la funcionabilidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica entre los usuarios del centro de salud mental comunitario universitario Jorge Basadre.

Toma de decisiones

Existe relación significativa entre la funcionabilidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica

DISCUSIÓN

La funcionalidad familiar y su impacto en la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos, ansiosos y con trastorno mixto ansioso-depresivo es un área de creciente interés en la investigación contemporánea, si bien la salud mental ha sido objeto de estudio pos pandemia Covid-19 debido al gran incremento de casos con trastornos afectivos ya mencionados anteriormente y certificado por la OMS (4), asimismo también por el MINSA que atendió 280 917 casos durante el año 2023 (8), corroborando así la importancia de estudiar las dinámicas familiares que juegan un rol crucial en el proceso de la recuperación y tratamiento del paciente.

Por ese motivo en el presente estudio, se pretende relacionar la funcionalidad familiar en relación con la adherencia terapéutica en el manejo y tratamiento de usuarios. Se aplicó dos herramientas para la recolección de datos, la primera herramienta que se utilizó es el APGAR Familiar, que mide el funcionamiento y la participación familiar en un tiempo determinado. La segunda herramienta de medición es el Cuestionario de Morisky Green (MMAS-8) que mide el cumplimiento del tratamiento a la terapia farmacológica.

La funcionalidad familiar y su impacto en la adherencia terapéutica tiene implicaciones en función al género y al grupo etario. Los resultados de la investigación arrojan que estos trastornos afectan más frecuentemente a las mujeres en un 77 % en comparación con los hombres que son el 23 %. Por

un lado, el grupo etario predominante de los usuarios son los jóvenes adultos que representan el 46 % lo que indica a una población joven de 20 a 29 años de edad. Sin embargo, también hay un porcentaje significativo de usuarios adolescentes con el 26 % entre 18 y 19 años, con una distribución casi equitativa de usuarios adultos del 25 % entre las edades de 30 a 59 años y el 60 % de los usuarios son estudiantes universitarios resultados que concuerdan con una encuesta realizada por ENDES el 2022 del INEI donde nos señala que el 32,3 % de la población joven que comprende las edades de 15 a 29 años es el grupo etario que reporta una mayor cifra de casos de problemas de salud mental o emocional (10).

De acuerdo al lugar de procedencia el 37 % reside en el distrito Gregorio Albarracín Lanchipa y con respecto al tipo de familia que predominó en nuestro estudio encontramos que el 32 % de las familias son nucleares y un 29 % de familias son monoparentales, datos que discrepan con el Censo Nacional de Población y Vivienda que se realizó el 2017, dando al tipo de familia nuclear como el más numeroso de todos los hogares del país, constituyendo el 53,9 %. (21) Lo que quiere decir que, ha habido un notable cambio en la estructura familiar en nuestra sociedad, reflejando un ligero aumento en la prevalencia de familias monoparentales y una significativa disminución de las familias nucleares.

En cuanto a los factores clínicos, respecto al diagnóstico, los resultados que obtuvimos fue una ligera mayoría del porcentaje en el Trastorno mixto

ansioso depresivo con un 40 %, en comparación con el trastorno depresivo que resulto en un 35% y el trastorno de ansiedad con un 25 %. Sin embargo, en un reporte realizado por el MINSA, la ansiedad ocupa el primer el lugar de casos atendidos en el país, alcanzando un total de 433 816 casos en el 2022. (8) Lo que quiere decir que el TMAD es objeto de creciente interés en la investigación clínica debido a una alta prevalencia y el impacto significativo en la salud mental de nuestra población estudiada.

De acuerdo a la comorbilidad el 96 % no presento alguna y el 53 % se encontraba iniciando el tratamiento. Con respecto a la funcionalidad familiar, exactamente el 42 % de usuarios reflejaron una disfunción severa familiar, y por otra parte el 28 % de los usuarios presentaron una disfunción moderada, también hubo un porcentaje menor, representado por el 18 % que manifestó una disfunción leve en sus familias. Con respecto al nivel de adherencia a la terapia farmacológica, el 53 % tuvo una baja adherencia y el 43 % una adherencia media. Estos resultados se invierten con un estudio de García D, (2019) en pacientes con tuberculosis, en el cual predominó la disfunción moderada con 38,6 %, seguido de una disfunción leve con 36,5 %, y una disfunción severa con 14,8 %. Asimismo, se encontró una afectación en la adherencia al tratamiento dando los siguientes resultados; sin adherencia en un 89.9% y con adherencia en un 10.1 %. (18) Esta evidencia sugiere que, un entorno familiar disfuncional puede ser un importante factor que contribuye a la baja adherencia al tratamiento, exacerbando los problemas de salud mental y dificultando el proceso de recuperación.

Al igual que con el estudio de Córdova G, (2023) de los 180 pacientes con tuberculosis, se observó que los pacientes con disfunción familiar, el 79.4 % no presentó adherencia al tratamiento, dando evidencia que los pacientes con disfunción familiar son quienes presentan mayor porcentaje en no adherencia al tratamiento. (17) En un hogar disfuncional, no existe la capacidad para poder dar una atención de calidad a una persona que está enferma, en cambio en un hogar que está constituido y sólido con la presencia de los cónyuges, podrían brindar una mejor atención y animar a que él usuario se adhiera con mayor facilidad al tratamiento.

Sin embargo, en el estudio de Hurtado M. et al (2021) que estuvo conformada con 102 pacientes con hepatitis C, la funcionalidad familiar fue buena en el 64.7 % con una buena adherencia terapéutica en el 63.7 % de los participantes, lo cual ayudaría a una mejor recuperación. (15) Sin embargo, este estudio discrepa con Burbano A. (2019), ya que al aplicar el APGAR familiar mostró una frecuencia de familia disfuncional en el 36,3 %, sin embargo, se encontró un alto porcentaje de no adherencia farmacológica de 53,8 % y la gran mayoría reportó tener familias funcionales (14), resultados que concuerdan con el estudio de Flores J (2021) que estuvo conformada por 83 enfermos de tuberculosis donde la funcionalidad familiar obtuvo un 56.6 % como familia funcional y un 43,4 % familia disfuncional, también se observó que un 57.8 % mostraron una no adherencia al tratamiento con anti tuberculosis, en comparación a un 42.2 % que son adherentes concluyendo que los pacientes con estado familiar funcional

tienen un menor nivel de adherencia que aquellos con estado familiar disfuncional. Estos hallazgos pueden diferir por la diferencia de población. (19)

Hay discrepancia con el estudio de García A. et al (2021) con 153 pacientes con problemas de adicciones a sustancias. Ya que el 71,2 % presentó disfunción familiar en distintos grados, 17 % disfunción severa y el 75,20 % tenían adherencia al tratamiento. (16)

En conclusión, a mayor disfuncionalidad familiar menor adherencia terapéutica. La disfunción familiar representa un obstáculo significativo para la adherencia terapéutica en pacientes con trastornos depresivos y ansiosos. Las dificultades en la comunicación, el apoyo emocional insuficiente y los conflictos familiares pueden reducir el estado emocional del paciente para seguir el tratamiento, afectando negativamente los resultados clínicos. Incorporar a la familia en el proceso terapéutico puede ser una estrategia efectiva para mejorar la adherencia y facilitar la recuperación. Ya que los pacientes con estos tipos de trastornos son muy inestables emocionalmente y tienden a dejar en abandono su tratamiento y afecta directamente a la adherencia.

El estudio presentó algunas limitaciones a considerar. Al ser un estudio de diseño transversal, no se pueden establecer relaciones de causa-efecto entre las variables analizadas. (17) Además, los datos proporcionados por los pacientes sobre su tratamiento podrían haber introducido un sesgo informativo. La investigación se llevó a cabo en un único establecimiento y

utilizo un muestreo no probabilístico, lo que puede restringir la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros hospitales. (17)

CONCLUSIONES

1. Se determinó que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre. Aquellos pacientes que pertenecen a familias con los bajos niveles de cohesión y funcionalidad familiar tienden a mostrar una menor adherencia al tratamiento prescrito. Esto sugiere que la funcionalidad familiar juega un papel muy crucial en el cumplimiento terapéutico y que el entorno familiar positivo puede facilitar el seguimiento del tratamiento farmacológico en usuarios con trastornos depresivos, de ansiedad y trastorno mixto ansioso-depresivo.
2. Respecto a la funcionalidad familiar, se determinó que una gran mayoría de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Jorge Basadre presentan niveles severos de disfunción familiar en un 42 % y un porcentaje significativo presentaron disfunciones moderadas en un 28 %, lo que podría influir en los procesos de recuperación de los usuarios.
3. En cuanto a la adherencia a la terapia farmacológica, se concluye que en un porcentaje considerable de los usuarios se detectaron casos de baja adherencia en un 53 % debido a la falta del apoyo familiar. Un 43

% de los usuarios siguen de manera regular el tratamiento farmacológico y presentan adherencia media.

4. En relación con las características sociodemográficas de los usuarios, se observó que la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes en un 46 %, con una ligera predominancia de mujeres siendo el 76 %. La mayoría de los usuarios son jóvenes universitarios en un 60 %, y un porcentaje significativo no cuentan con empleo estable por ser estudiantes con un 65 %. Además, se detectó que una gran mayoría residen del distrito Gregorio Albarracín Lanchipa en un 37 % y el 32 % pertenecen a familias nucleares y un 29 % son familias monoparentales.
5. Por último, en cuanto a las características clínicas de los usuarios, se determinó que los trastornos más prevalentes entre los usuarios es el trastorno mixto ansioso depresivo con un porcentaje significativo de 40 %, seguido del trastorno depresivo en un 35 %, seguidos por el trastorno ansioso con un 25 %. El 96 % de usuarios no presentan comorbilidades y el 53 % tenían una semana de tratamiento.

RECOMENDACIONES

1. Dado que la funcionalidad familiar está directamente relacionada con la adherencia a la terapia farmacológica, se recomienda a los profesionales de la salud, que laboran en los Centros de Salud Mental Comunitarios, implementar programas psicoeducativos dirigidos a las familias de los pacientes. Estos programas deben enfocarse en mejorar la comunicación, la cohesión y habilidades para la resolución de problemas en el núcleo familiar, lo que puede fortalecer el entorno de apoyo y mejorar el seguimiento del tratamiento.
2. Se recomienda la intervención del Químico Farmacéutico, para implementar el seguimiento farmacoterapéutico en los usuarios con trastornos depresivos y de ansiedad, con el objetivo de mejorar la adherencia.
3. Se recomienda al personal de salud mental, consideren realizar evaluaciones familiares regulares y que incluyan terapias familiares como parte del plan de tratamiento integral de los pacientes. Al identificar disfunciones familiares a tiempo, se podrían diseñar estrategias para prevenir que dichas disfunciones afecten la adherencia a los tratamientos.

4. Al equipo de salud, es recomendable que futuras investigaciones se enfoquen en analizar en mayor profundidad las barreras que impiden la adherencia farmacológica en los pacientes, incluyendo factores socioeconómicos, educativos y personales. Este tipo de estudios permitirá diseñar intervenciones más específicas y dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico en diferentes contextos.
5. Finalmente, a las autoridades de salud, se sugiere implementar un registro clínico digital actualizado que incluya información detallada sobre las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios. Esto permitirá a los profesionales de salud mental el monitoreo más eficiente de las necesidades del paciente, su adherencia al tratamiento y las posibles intervenciones necesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dou L, Hu L, Zhang N, Cutler H, Wang Y, Li S. Factors associated with medication adherence among patients with severe mental disorders in China: a propensity score matching study. *Patient Prefer Adherence*. 2020; 14:13, 29–39.
2. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Res*. 2015;225: 14–30.
3. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). [citado el 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
4. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1)
5. Organización mundial de la salud. “Depresión WHO 2018”. [citado el 01 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
6. Institute of Sanimetry and Sanitary Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). [citado el 02 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

7. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86–92.
8. Plataforma del estado peruano. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país. Sitio web de la Plataforma del estado peruano. 12 de enero del 2024. [citado el 02 de setiembre 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
9. Gaete J, Labbe N, Del Villar P, Allende C, & Valenzuela E. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Revista Médica de Chile*; 2014
10. SENAJU. El 32.3 % de jóvenes de 15 a 29 años presentaron algún problema de salud mental. 2023 jun 20. [citado 3 de setiembre 2024] Disponible en: <https://juventud.gob.pe/2023/06/el-32-3-de-jovenes-de-15-a-29-anos-presentaron-algun-problema-de-salud-mental/>
11. GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019. [citado 3 de setiembre 2024] Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results?params=gbd-api-2019-permalink/716f37e05d94046d6a06c1194a8eb0c9>
12. Plataforma del estado peruano. Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad?. Sitio web de la Plataforma del estado peruano. 05 de febrero del 2023. [citado el 02 de setiembre 2024]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>

13. Liza, M. apoyo familiar y adherencia al tratamiento de pacientes adultos mayores con úlceras venosas atendidos en topico de curaciones del hospital II. L.N.C “Luis Negreiros Vega” Esalud, periodo enero 2020 (tesis pregrado). Lima- Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2020 [revisado el 10 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5642>
14. Burbano A, Adherencia farmacológica en relación con funcionalidad familiar en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. *Revista Ciencias Biomédicas*.2019; 8(2):40-50.
15. Hurtado M, Asociación de la adherencia terapéutica con la funcionalidad familiar en pacientes con hepatitis C. *Archivos en Medicina Familiar*. 2021; 25(4): 153-156.
16. Garcia A, Funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias en el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi en el año 2021, Lima. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*,2021;16(3):1-13
17. Cordova G, Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial. Lima,2023. [tesis]. Lima: Universidad Privada Antenor Orrego; 2023
18. Garcia D, Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar sensible atendidos en establecimientos de

- salud del distrito de San Martín de Porres-2019 [tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener;2019.DOI:<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3111>
19. Flores J, Funcionalidad Familiar y Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Año Nuevo, Comas, 2021 [tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener;2023.
DOI:<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6150>
20. López Jiménez MT, Villalpando, Barrera MI, Cortés Sotres JF, Guines M, Jaime M. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Artículo Orig Salud Ment [Internet]. 2011 [citado agosto 2024];3434(2):111–20. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n2/v34n2a4.pdf>.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares. Lima: INEI; 2017. [citado 31 de setiembre de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/peru_perfil_2022.pdf
22. Suarez M, Alcalá Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev Med La Paz. 2014; 20(1):53-57
23. Roca M. et al. “Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. [Internet] Actas Esp Esp Psiquiatr 2006:386-392”. [citado el 01 de agosto de 2024]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia_terapeutica.pdf

24. Organización mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004 [citado 01 agosto 2024]; Available from:
https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/77887/mod_resource/content/2/adherencia.pdf
25. Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*. 2020;168:107–18.
26. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Disponible en:
https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.
27. Clínica Mayo. “Trastornos del estado de ánimo. [Internet]. Mayo Clinic 2018”. [citado el 01 de agosto de 2024]. Disponible en:
<https://www.mayoclinic.org/eses/diseases-conditions/mood-disorders/symptoms-causes/syc-20365057>
28. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. WHO. [Internet]. 2010. Madrid: Editorial Medica Panamericana. [citado el 02 de agosto 2024] Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42326>
29. Hans-J, Borwin B, Hans P, Utako B, Erich S, Siegfried K. La relevancia de la 'ansiedad y depresión mixtas' como categoría diagnóstica en la práctica clínica. *Clínica de Psiquiatría y Neurociencias del Arco Europeo*. Diciembre de 2016;266(8):725-736. DOI: 10.1007/s00406-016-0684-7.

30. CIE-11, Trastorno mixto de depresión y ansiedad. CIE-11 website. 2024 enero 01. [citado 2 de setiembre 2024] Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#314468192>
31. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: guía de bolsillo para la clasificación internacional de enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento. 1ra ed. Ginebra: Editorial Médica Panamericana; 1994. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>
32. World Health Organization. Depression. World Health Organization website. 2023 marzo 31. [citado 2 de setiembre del 2024] Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwxNW2BhAkEiwA24Cm9GJ1dPwMUy9j4isouzfMCKuQNI-BTsMh5on33oCc38McH839IHQ35RoCRmEQAvD_BwE
33. Martina M. et al. "Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An. Fac. med. [Internet]. 2017; 78(4): 393- 397". [citado 01 de agosto del 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004&lng=es.
34. Hall Flavin, D. "Tratamiento para el trastorno bipolar: el tratamiento para el trastorno bipolar I es diferente del tratamiento para el trastorno bipolar II. [Internet]. Mayo Clinic 2018". [citado el 01 de agosto del 2024]. Disponible

- en: [:https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/expertanswers/bipolar-treatment/faq-20058042](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/expertanswers/bipolar-treatment/faq-20058042)
35. World Health Organization. Trastorno de ansiedad. World Health Organization website. 2023 sep 27. [01 de agosto del 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
36. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35(3):195–208. doi:10.1002/da.22711.
37. Higueta, L.F., y Cardona, J. (2016). Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia). *Rev. CES Psicol.*, 9(2), 167-178.
38. Vallejos-Saldarriaga, J. y Vega-Gonzales, E. (2020). Funcionalidad familiar, satisfacción con la vida y trastornos alimentarios en estudiantes universitarios. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 26(3), 1-20.
39. Plataforma del estado peruano. Centro de salud mental universitario. Sitio web de la Plataforma del estado peruano. 27 de abril del 2022 [citado el 02 de setiembre 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/unjbg/noticias/802802-centro-de-salud-mental-universitario>
40. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud. OPS; 2023 [citado el 02 de setiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

41. Leonard M, Spiller J, Keen J, MacLulich A, Kamholtz B, Meagher D. Symptoms of depression and delirium assessed serially in palliative-care inpatients. *Psychosomatics* 2009; 50: 506-14.
42. De las Cuevas C, Peñate W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.2015;15(2):121-129.DOI:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33738719005>

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE GROHMANN.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	TECNICAS INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.</p>	<p>HIPOTESIS ALTERNA Existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.</p>	<p>VARIABLE X Funcionalidad familiar.</p>	<p>Tipos de investigación Cuantitativa</p> <p>Diseño de investigación Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>Técnica de recogida de datos Consentimiento informado</p>
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cuál es la funcionalidad familiar en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre? ¿Cuál es la adherencia de la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre? ¿Cuáles son las características demográficas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre? ¿Cuáles son las características clínicas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS - Determinar cuál es la funcionalidad familiar en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre. - Determinar cuál es la adherencia de la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre. - Determinar las características sociodemográficas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre. - Determinar las características clínicas de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.</p>	<p>HIPOTESIS NULA No existe relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre.</p>	<p>VARIABLE Y -. Adherencia a la terapia farmacológica de los usuarios. -. Características sociodemográficas de los usuarios. - Características clínicas de los usuarios.</p>	<p>POBLACION Y MUESTRA Población: El universo está conformado por los usuarios portadores de la patología mental; Depresión, Ansiedad y Trastorno mixto ansioso-depresivo, que asisten al Centro de salud mental comunitario Jorge Basadre.</p> <p>Muestra: La selección de la muestra es no probabilística a conveniencia o intencional, bajo criterio único del investigador.</p>	<p>Instrumentos de medición Cuestionario adherencia escala de MORISKY (MMAS-8). Cuestionario de APGAR FAMILIAR.</p>

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

RELACION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE TACNA, 2024.

FECHA: (día/ mes/año) ___/___/___

El presente estudio es realizado por la Escuela de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna y el C.S.M.C. Universitario Jorge Basadre.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

La finalidad de la investigación es determinar la relación de la funcionalidad familiar y la adherencia a la terapia farmacológica en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Universitario Jorge Basadre Tacna, 2024.

PROCEDIMIENTOS

Si usted decide participar se le aplicará una ficha de recolección de datos además de ser entrevistado por el profesional farmacéutico, quien incurrirá en una serie de preguntas para determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y la adherencia a la terapia farmacológica que lleva actualmente para remediar su enfermedad. Las respuestas que otorgue serán registradas en el Test de APGAR familiar y el Cuestionario de Adherencia Escala de Morisky (MMAS-8).

RIESGOS Y MOLESTIAS

Este procedimiento no implicará ningún daño a su integridad ni salud física ni económica.

BENEFICIOS

Usted será entrevistado por el profesional especialista en el medicamento. Cuando concluya la entrevista después de responder todas las preguntas del cuestionario, el profesional le brindará atención farmacéutica integral brindándole toda la información necesaria sobre sus medicamentos.

CONFIDENCIALIDAD

Se guardarán sus respuestas a las preguntas y los formatos con códigos y no con nombres. Sólo la persona que le hace las preguntas tendrá acceso a su nombre

CONSENTIMIENTO

Yo _____, he leído el formato de

consentimiento /asentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de discutirlo y hacer preguntas. YO, por medio de este documento, consiento participar en este estudio.

Firma del participante

Investigador Principal
Cristala Abigail Rojas Masco
Bachiller en Farmacia y Bioquímica

Anexo 3

TEST DE APGAR FAMILIAR

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE TACNA, 2024.

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y marque con una X su respuesta.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Anexo 4

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA ESCALA DE MORISKY (MMAS-8)

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica

RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE TACNA, 2024.

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y marque con una X su respuesta. Las frases se refieren únicamente a la medicación que toma actualmente.

N°	Pregunta	Si	No
1	¿A veces se olvida de tomar su medicamento?		
2	2. La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. ¿En las últimas 2 semanas hubo algún día que no tomo su medicamento?		
3	3. Alguna vez ha reducido la dosis y/o dejado de tomar sus medicamentos sin haberle dicho a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4	Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?		
5	Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?		
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?		
7	7. Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?		
8.	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos? Nunca/raramente... De vez en cuando... A veces... Normalmente... Siempre...		

Anexo 5

BASE DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

N	Características sociodemográficas							Caraterísticas clínicas			TEST APGAR					TEST MORISKI								
	Edad	Sexo	Nivel de estudio	Ocupacion	Estado civil	Nro de hijos	Residencia	Tipo de familia	Diagnóstico	Comorbilidad	Tiempo de tto	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8
1	19	2	5	3	1	0	4	8	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
2	18	1	5	3	1	0	6	8	3	1	2	3	2	2	2	2	0	0	1	0	1	1	1	4
3	20	2	5	3	1	0	6	8	3	1	1	4	4	4	4	3	1	1	1	0	1	1	1	0
4	24	2	5	3	1	0	2	9	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
5	29	2	5	3	2	1	6	8	1	1	2	4	4	3	3	4	0	1	1	0	1	1	1	1
6	38	2	5	3	3	1	3	4	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
7	33	2	6	4	2	1	4	9	1	1	2	1	3	1	4	0	0	1	1	0	1	1	1	1
8	22	2	5	3	1	0	7	5	3	1	2	3	2	2	2	2	0	1	1	0	1	0	0	3
9	66	2	6	5	2	2	1	8	2	2	1	2	2	3	4	2	0	1	0	0	1	0	1	2
10	60	2	6	5	2	3	6	8	1	2	1	4	4	4	3	3	1	1	1	1	1	0	1	0
11	46	1	6	5	1	0	6	1	3	1	2	3	2	3	4	2	0	1	1	0	1	0	0	4
12	18	2	3	1	1	0	1	3	3	1	1	3	2	3	2	2	0	1	0	0	1	0	1	1
13	24	2	5	3	1	0	1	4	3	1	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
14	29	2	6	5	1	0	6	3	1	1	1	3	3	3	2	3	1	1	1	0	1	1	1	2
15	21	1	5	3	1	0	3	8	3	1	1	2	3	3	1	0	0	1	1	0	0	0	1	3
16	19	2	5	3	1	0	6	3	1	1	2	2	1	2	2	2	0	0	1	0	0	0	1	2
17	28	2	5	3	3	2	6	9	3	1	1	3	0	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0
18	24	1	3	1	1	0	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	1	0	0	0	1	2
19	43	2	3	5	3	1	4	9	2	1	2	3	3	2	2	3	0	1	1	0	1	0	1	3
20	20	2	5	3	1	0	3	3	3	1	1	2	2	3	1	1	0	1	1	0	1	0	1	4
21	25	1	6	3	1	0	6	6	2	1	2	4	3	4	3	3	0	1	0	0	1	1	0	1
22	25	1	5	3	1	0	2	3	2	1	1	2	1	2	1	2	0	1	1	0	1	0	1	1
23	28	2	5	3	1	0	5	8	2	1	1	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	0	1	1
24	45	2	4	2	3	2	1	3	3	1	1	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	0
25	19	2	5	3	1	0	7	2	3	1	2	2	3	4	3	3	1	0	1	1	0	1	1	0
26	20	2	5	3	1	0	1	9	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	4
27	20	2	5	3	1	0	4	9	1	1	1	3	1	2	2	1	1	0	1	0	1	1	1	2
28	18	2	5	3	1	0	1	6	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
29	20	2	5	3	1	0	1	3	3	1	1	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	1	2
30	46	1	3	5	3	1	1	8	1	1	1	4	4	4	4	4	0	1	1	0	1	1	0	2

31	28	1	6	1	1	0	6	3	3	1	2	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0
32	42	2	3	2	3	0	1	8	1	1	1	4	2	3	4	4	0	1	1	0	0	0	1	2
33	21	1	5	3	1	0	3	8	1	1	1	2	2	2	2	3	0	1	1	0	1	1	1	1
34	19	2	5	3	1	0	1	8	3	1	1	3	1	2	1	3	0	0	1	0	1	1	1	2
35	29	1	5	3	1	0	6	8	3	1	2	2	1	2	2	2	0	0	1	0	0	0	1	2
36	20	2	5	3	1	0	4	9	3	1	1	3	1	2	2	1	0	1	1	0	1	1	1	0
37	59	2	6	6	2	1	1	8	3	1	1	4	4	4	2	2	0	0	0	0	1	1	1	0
38	18	2	3	3	1	0	6	3	2	1	3	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	2
39	19	1	6	3	1	0	6	1	2	1	1	2	2	1	1	2	0	0	0	0	1	1	0	3
40	18	2	5	3	1	0	6	3	2	1	1	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	3
41	18	1	3	3	1	0	6	3	3	1	1	2	3	2	3	2	0	0	1	1	1	1	1	0
42	27	2	5	3	2	2	6	8	2	1	1	4	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	4
43	31	2	5	3	1	0	6	3	2	1	2	3	2	3	2	3	0	0	1	1	1	1	1	0
44	21	2	5	3	1	0	6	6	3	1	1	3	2	2	2	2	0	1	1	0	1	1	1	1
45	22	2	5	3	1	0	6	3	1	1	1	4	3	4	3	3	0	1	0	1	1	1	1	0
46	22	2	5	3	1	0	4	3	3	1	2	2	2	2	2	2	0	0	1	0	1	1	1	2
47	42	2	3	2	3	3	4	8	1	1	1	4	2	3	4	4	0	1	1	0	1	0	1	3
48	39	2	5	5	1	1	6	8	3	1	1	3	3	2	3	0	1	1	1	1	1	1	1	0
49	19	2	5	3	1	0	6	8	3	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1	0	1	1	1	1
50	22	1	3	3	1	0	3	7	3	1	2	1	2	2	2	1	0	0	1	1	0	1	1	2
51	25	2	3	2	1	0	4	7	1	1	1	3	0	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0	4
52	18	2	5	3	1	0	6	1	2	1	2	2	2	3	1	3	0	0	1	0	1	0	1	2
53	23	1	5	3	1	0	1	5	2	1	1	2	1	2	3	3	0	1	0	0	1	1	1	1
54	66	2	6	5	4	2	1	1	1	2	1	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	3
55	22	2	5	3	1	0	6	3	3	1	2	2	2	1	2	2	0	1	1	0	1	1	1	0
56	41	2	6	2	2	2	1	3	3	1	1	4	3	3	2	2	0	1	0	0	1	1	1	1
57	50	2	6	6	2	0	1	7	1	1	1	2	2	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0	4
58	32	2	4	3	3	2	8	3	3	1	2	4	3	4	2	1	0	0	1	0	1	0	0	4
59	20	1	5	3	1	0	4	8	1	1	1	3	2	2	2	3	0	1	0	0	1	1	0	2
60	46	2	6	6	3	4	1	4	1	1	1	2	2	2	2	1	0	0	1	0	0	1	0	2
61	18	2	5	3	1	0	1	8	3	1	2	4	3	4	3	3	0	0	1	1	0	1	1	3
62	22	2	5	3	1	0	5	5	3	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1	0	1	1	0	2
63	53	1	6	5	2	2	6	8	2	1	2	2	2	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	3
64	59	2	4	5	3	1	1	5	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
65	19	2	5	3	1	0	6	8	3	1	2	3	3	3	2	3	0	0	1	0	0	1	0	1
66	19	1	5	3	1	0	1	9	2	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
67	34	2	5	5	3	1	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
68	19	2	5	3	1	0	6	3	2	1	1	2	2	2	1	2	0	1	0	0	1	1	1	2
69	21	2	5	3	1	0	6	6	3	1	1	4	1	4	4	1	0	1	0	0	0	0	0	1
70	19	1	5	3	1	0	4	3	1	1	2	3	2	4	2	2	0	1	0	0	1	0	1	3
71	18	2	3	1	1	0	6	4	2	1	3	2	2	4	2	3	0	0	1	0	1	1	1	2

72	19	2	5	3	1	0	5	3	2	1	2	2	3	3	2	2	0	0	1	0	0	1	0	2
73	24	2	3	1	1	0	1	8	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0
74	19	2	5	3	1	0	6	8	3	1	1	2	2	3	3	2	0	1	0	0	0	1	0	2
75	24	2	5	3	1	0	6	9	1	1	2	2	2	2	1	2	0	1	0	0	1	0	1	1
76	18	2	5	3	1	0	3	8	3	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1
77	36	1	6	5	1	1	4	4	2	1	2	3	2	2	3	2	0	1	1	0	1	1	1	0
78	27	1	5	3	1	0	7	2	3	1	1	3	2	2	2	2	0	1	0	0	1	1	0	2
79	20	2	5	3	1	0	6	8	3	1	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1
80	20	2	5	3	1	0	1	4	1	1	3	1	1	3	1	3	0	0	1	0	0	0	0	2
81	33	2	6	2	2	0	1	7	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	0
82	20	2	5	3	1	0	6	8	1	1	2	4	4	4	4	3	0	0	1	0	1	1	1	1
83	47	2	6	6	2	2	6	8	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	0
84	47	2	6	6	2	1	1	3	2	1	3	2	2	2	2	3	1	0	0	0	0	0	0	1
85	24	2	6	5	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
86	21	1	5	3	1	0	2	3	1	1	1	1	0	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	2
87	19	2	5	3	1	0	1	2	2	1	2	2	3	4	3	4	0	1	0	0	1	1	1	2
88	29	2	5	3	1	0	5	8	3	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
89	18	2	5	3	1	0	3	6	1	1	1	2	2	2	1	2	0	0	1	0	1	1	0	3
90	23	2	5	3	1	0	6	3	1	1	1	3	3	4	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1
91	32	2	6	6	1	0	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	2
92	23	2	5	3	1	0	6	3	3	1	2	3	3	3	3	3	0	1	1	0	1	1	1	0
93	47	1	6	6	2	1	3	8	2	1	3	1	2	2	3	2	1	1	0	1	1	0	1	0
94	23	1	6	1	1	0	1	1	3	1	2	3	3	3	3	4	0	0	0	1	1	0	0	2
95	19	2	4	3	1	0	4	8	2	1	1	2	1	2	2	2	0	0	1	0	1	1	0	2
96	18	2	5	3	1	0	6	3	2	1	2	4	3	4	3	3	0	1	1	0	1	1	1	2
97	26	2	5	3	1	0	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	2
98	25	2	6	5	1	0	4	3	2	1	2	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2
99	35	2	3	2	2	2	1	8	3	1	2	2	0	1	1	4	0	0	1	1	1	1	1	1
100	25	2	5	3	1	0	6	1	3	1	3	2	2	2	2	2	0	1	1	0	1	1	1	3

Anexo 6

RESOLUCION DE FACULTAD DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 12802-2024-FACS-UNJBG
Tacna, 17 de abril de 2024

VISTO:

Hora: _____ Firma: _____

El Oficio N° 127-2024-ESFB/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, solicita designación de Asesor para el Proyecto de tesis presentado por el(la) Bach. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO;

CONSIDERANDO:

Que, el(la) BACH. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO, de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 127-2024-ESFB/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, solicitando designación de Asesor para el proyecto de tesis titulado: RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE GROHMANN TACNA, 2024, presentando por el(la) BACH. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO designando a la MGR. LOURDES YOLANDA ARANA PARI, como asesora;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora se procede a dar continuidad de trámite;


De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, Art. 169 inc) b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

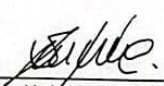
ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesora a la MGR. LOURDES YOLANDA ARANA PARI, para el Proyecto de Tesis titulado: RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE GROHMANN TACNA, 2024, presentado por el(la) BACH. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO, de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por el(la) BACH. CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO, de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. Rina Mynam Pilco Velásquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTR. ESFB., Interesado., arch.


Miro. Valdesa Varlét Valle Cohaila
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VVC/tr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

Anexo 7

AUTORIZACIÓN DE LA RED DE SALUD PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



REDST
RED
SALUD
TACNA

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Nº 013-2024-AFI-UESA-ODI-DE-REDS.T.-

AUTORIZACIÓN

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD, DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA, AUTORIZA A:

CRISTALA ABIGAIL ROJAS MASCO



BACHILLER DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, A FIN DE EJECUTAR EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE GROHMANN TACNA, 2024", APROBADO CON RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°12802-2024-FACS-UNJBG, POR LO QUE SÍRVASE BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO EN MENCIÓN.

Tacna, 23 de abril del 2024



MAAT/KASC/FCL/CGCC

Anexo 8

EVIDENCIA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

