



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON  
PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS CON  
ESQUIZOFRENIA EN EL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL EN ECUADOR:  
ESTUDIO DE VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA Y  
PREVALENCIA, ENERO 2023-ABRIL 2024.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: JENNY ESTHEFANIA PAUCAR SALAZAR**

**RICARDO MARTIN RIERA CAMPOVERDE**

**DIRECTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, PhD**

**AZOGUES - ECUADOR**

**2026**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS EN  
ADULTOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL INSTITUTO DE  
NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL EN ECUADOR: ESTUDIO DE  
VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA Y PREVALENCIA, ENERO 2023-  
ABRIL 2024.

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR:** JENNY ESTHEFANIA PAUCAR SALAZAR

RICARDO MARTIN RIERA CAMPOVERDE

**DIRECTOR:** DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL, PhD

**AZOGUES - ECUADOR**

**2026**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Jenny Esthefania Paucar Salazar** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706757242**. Declaro ser el autor de la obra: **“Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia, enero 2023 - abril 2024.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, **20 de mayo de 2025**



Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
**JENNY ESTHEFANIA  
PAUCAR SALAZAR**

F: .....

**Jenny Esthefania Paucar Salazar**

**C.I. 0706757242**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Ricardo Martin Riera Campoverde** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105757710**. Declaro ser el autor de la obra: **“Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia, enero 2023 - abril 2024.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Azogues, 20 de mayo de 2026



Validar únicamente en FirmaEC.  
Firmado electrónicamente por:  
**RICARDO MARTIN  
RIERA CAMPOVERDE**

F: .....

**Ricardo Martin Riera Campoverde**  
**C.I 0105757710**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel, PhD

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERIA.

De mi consideración:

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: "**Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia, enero 2023 - abril 2024.**", realizado por: Jenny Esthefania Paucar Salazar, Ricardo Martin Riera Campoverde, con documentos de identidad: 0706757242, 0105757710, previo a la obtención del título de **Médico** ha sido asesorado, orientado, revisado y supervisado durante su ejecución, bajo mi tutoría en todo el proceso, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación que exige la Universidad Católica de Cuenca, por lo que está expedito para su presentación y sustentación ante el respectivo tribunal.

Azogues, 20 de Mayo de 2026



Validar únicamente en Firmac.  
Firmado electrónicamente por:  
ANDRÉS ALEXIS  
RAMÍREZ CORONEL

---

Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel, PhD

0302185053

DIRECTOR

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, quien ha sido mi refugio y fortaleza a lo largo de este camino. En cada desafío y en cada momento de duda, su palabra me ha recordado que debo confiar en Él: ‘Confía en el Señor con todo tu corazón, y no te apoyes en tu propia prudencia. (Proverbios 3:5-6). Sin su guía y amor, este logro no habría sido posible. A Él sea toda la gloria y el honor.

Ningún logro es individual, porque detrás de cada meta que se ha alcanzado vienen personas que me apoyaron, inspiraron y acompañaron. Expreso mi más sincero agradecimiento a mis padres Luis y Mariana que han contribuido a mi crecimiento durante este proceso. A Noah por ser mi inspiración. Sin ustedes este logro no hubiera sido posible. A mi familia por sus consejos, sus palabras de aliento y su compañía, gracias a ustedes por formar parte de este camino. Este logro es para ustedes.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi tutor Dr. Alexis, por su invaluable orientación, paciencia y compromiso a lo largo de este proceso. Su conocimiento, consejos y apoyo constante han sido fundamentales para la realización de esta tesis. Gracias por su tiempo, dedicación. Sin su guía, este trabajo no habría sido posible.

**Ricardo Martín Riera Campoverde**

## **DEDICATORIA**

Dedico a Dios, por permitirme existir con su bendición y por ser mi guía en el camino hacia mis metas. Su amor y la fe hacia él me han enseñado que cualquier sueño que me proponga es posible alcanzar.

A mis padres, Luis y Mariana, quienes son mi vida y me han inculcado que el estudio es la mejor herencia. A mi hermano Charly, mi tía Hortensia, mi sobrina Sofia y mi Noah que es la razón de mi ser, un regalo de Dios, y por último a mi Didi, aunque ya no esté físicamente conmigo seguirá siendo parte de mi vida. Este trabajo es un homenaje a todos ustedes, por brindarme cada día su amor y apoyo incondicional.

### **Ricardo Martin Riera Campoverde**

Este trabajo está dedicado a Dios, por guiarme al camino correcto, por brindarme la sabiduría y fuerza para no rendirme. A mi madre, Sara Salazar, por su amor incondicional, su sacrificio y su apoyo. Gracias por ser mi mayor ejemplo a seguir, por cada palabra de aliento y por creer en mí incluso cuando ni yo mismo lo hacía.

A mis queridos abuelos, Ceferino Salazar y Guillermina Enríquez, quienes, aunque ya no estén presentes físicamente, siguen en mi mente y corazón. Su amor y enseñanzas han sido mi inspiración y su recuerdo es mi motivación a seguir adelante. Por último, a mi hermana Kelly, por estar siempre a mi lado, brindándome su compañía y apoyo, lo que ha sido un pilar fundamental en este proceso. A todos ustedes les dedico este logro, con amor, gratitud y la promesa de que cada esfuerzo valió la pena.

### **Jenny Esthefania Paucar Salazar**

Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia, enero 2023 - abril 2024.

Jenny Esthefania Paucar Salazar, Ricardo Martin Riera Campoverde, Andrés Alexis Ramírez Coronel.

Universidad Católica de Cuenca, jenny.paucar.42@est.ucacue.edu.ec,  
ricardo.riera@est.ucacue.edu.ec

## RESUMEN

**Introducción:** La adhesión al tratamiento psicofarmacológico en personas que padecen esquizofrenia es el pilar fundamental que ayudó a optimizar el bienestar y reducir el riesgo de recaídas, lo que indicó la importancia de evaluar este comportamiento en el ámbito clínico.

**Objetivo:** Se planteó identificar la prevalencia en la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes adultos que padecen esquizofrenia y que recibieron atención en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante el periodo 2023-2024. **Metodología:** Se resaltó como un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, se tomó una muestra de 310 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Para poder cuantificar la adhesión al tratamiento, se utilizó un cuestionario denominado Escala de Morisky de Adherencia a la Medicación (MMAS-8). **Resultados:** La medida arrojada indicó que el 57,5% de los participantes mostraba una sujeción baja al tratamiento. Además, se observó que en la adherencia es menor en mujeres y en pacientes menores de 40 años. Aunque la escala MMAS-8 demostró ser válida y confiable en este contexto, no se identificó una relación estadísticamente significativa con el número de psicofármacos prescritos a los pacientes y el nivel de su adherencia.

**Conclusión:** Estos resultados evidenciaron que la adherencia al tratamiento en esta población es baja, especialmente en mujeres y personas jóvenes. Esto resaltó la necesidad de desarrollar estrategias específicas que promuevan una mayor adherencia y, en consecuencia, mejoren los resultados terapéuticos.

*Palabras clave:* adherencia al tratamiento, escala de Morisky, esquizofrenia, psicofármacos, MMAS-8

*Adherence to Psychopharmacological Treatment in Adults with Schizophrenia at the Institute of Neurosciences in Guayaquil, Ecuador: A Psychometric Validation and Prevalence Study, January 2023–April 2024*

**ABSTRACT**

**Introduction:** Adherence to psychopharmacological treatment in people with schizophrenia is the cornerstone for optimizing well-being and reducing the risk of relapse, highlighting the importance of assessing this behavior in clinical settings. **Objective:** The objective was to determine the prevalence of adherence to psychopharmacological treatment among adult patients with schizophrenia who received care at the Guayaquil Institute of Neurosciences during the 2023–2024 period. **Methodology:** This was a quantitative, cross-sectional, descriptive study involving a sample of 310 patients diagnosed with schizophrenia, selected through non-probability sampling. To quantify treatment adherence, a questionnaire called the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) was used. **Results:** The results indicated that 57.5% of the participants showed low adherence to treatment. Furthermore, it was observed that adherence is lower among women and patients under 40 years of age. Although the MMAS-8 scale proved to be valid and reliable in this context, no statistically significant relationship was identified between the number of psychotropic medications prescribed to patients and their level of adherence. **Conclusion:** These results demonstrated that treatment adherence in this population is low, particularly among women and young people. This highlights the need to develop specific strategies to promote greater adherence and, consequently, improve therapeutic outcomes.

*Keywords:* treatment adherence, Morisky scale, schizophrenia, psychotropic medications, MMAS-8

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA .....	V
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT.....	VII
<b>CAPITULO I</b>	
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	2
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>CAPITULO II</b> .....	5
<b>2. Marco teórico.</b> .....	5
<b>2.1 Adherencia al tratamiento psicofarmacológico</b> .....	5
<b>2.2 Prevalencia de la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia</b> .....	6
<b>2.3 Factores que afectan la adherencia</b> .....	6
<b>2.4 Características comunes de los pacientes con esquizofrenia</b> .....	8
<b>2.5 METODOLOGÍA</b> .....	9
<b>2.6 PROCEDIMIENTO</b> .....	13
<b>2.7 INSTRUMENTOS</b> .....	13
<b>2.8 ANTECEDENTES</b> .....	15
<b>CAPITULO III</b> .....	18
<b>3.1 Objetivos</b> .....	18
<b>3.1.1 Objetivo general.</b> .....	18
<b>3.1.2 Objetivos específicos.</b> .....	18
<b>CAPITULO IV</b> .....	18
<b>4.1 RESULTADOS</b> .....	18
<b>4.2 DISCUSIÓN</b> .....	28
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	33
<b>ANEXO</b> .....	37

## **CAPITULO I**

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

La adherencia a los tratamientos farmacológicos es un aspecto crucial para la salud mental, ya que influye directamente en la eficacia de las intervenciones terapéuticas y en el pronóstico de los pacientes con trastornos psiquiátricos. A pesar de los avances en la medicina en el área de la innovación e investigación y la progresión de nuevos fármacos. Se determina que la falta de cumplimiento con los tratamientos sigue siendo un desafío importante en el manejo de enfermedades psiquiátricas como en el caso de pacientes con esquizofrenia. Este problema se agrava por la complejidad de las enfermedades mentales, que en muchos casos incluyen una falta de conocimiento por parte del paciente de su condición, lo que puede llevar al rechazo del tratamiento (2-4).

Desde una perspectiva epidemiológica, se estima que un porcentaje considerable de personas que padecen algún trastorno mental grave y persistente no pueden seguir adecuadamente su tratamiento farmacológico. Investigaciones previas mostraron que la adherencia al tratamiento psicofarmacológico es, en general, baja, alcanzando solo niveles moderados entre los pacientes. Además, se identifican diversos factores, como es el caso de edad, género y apoyo familiar, junto con la naturaleza del trastorno y la relación del paciente con su psiquiatra, como elementos clave que influyen en la adherencia. En especial, se observa que los pacientes de sexo femenino jóvenes y las personas que padecen esquizofrenia presentan una tasa realmente baja de adherencia. Como consecuencia, este problema no solo contribuye a un aumento en la morbilidad y al deterioro funcional de estos pacientes, sino que también impone una carga socioeconómica significativa a los sistemas de salud. La falta de consistencia a la adhesión es un problema complejo con múltiples causas, por lo que es fundamental realizar estudios detallados para comprender mejor las barreras que enfrentan los pacientes (2, 10,11).

En este sentido, el estudio ratifica la finalidad de validar la escala Morisky de Adherencia a la medicación (MMAS-8) en su aplicación a pacientes en tratamiento con psicofármacos en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil. Esta escala, previamente utilizada en otros ámbitos para evaluar la adherencia al tratamiento, podría ser una herramienta clave para diseñar estrategias orientadas a mejorar el cumplimiento de los pacientes con sus tratamientos en Ecuador (2-4).

Además, un análisis integral de la validación de la MMAS-8 permite identificar patrones de adherencia en distintos grupos de pacientes y evaluar la influencia de factores como la educación del paciente, acceso servicios de salud mental y apoyo familiar. Asimismo, se explorará cómo la relación entre el paciente y su psiquiatra incide en su compromiso con el tratamiento. De este modo, este estudio no solo se centra en la medicación psicofarmacológica, sino que también busca generar conocimiento útil para la formulación de estrategias de intervención adaptadas a las diferentes particularidades culturales y sociales en nuestra población ecuatoriana (3,4).

En última instancia, al profundizar en las dinámicas de adherencia dentro de este contexto específico, se espera contribuir en el área de estudio, ya que, a pesar de su importancia, no ha recibido la atención que amerita en el campo de la investigación en la salud mental. De este modo, proporcionar a los profesionales clínicos y a los responsables de políticas sanitarias información concreta sobre la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos permitirá diseñar protocolos que optimicen la experiencia terapéutica de los pacientes y mejoren la calidad de vida. En conclusión, este estudio no solo representa un avance en la investigación académica, sino que también tiene el potencial de convertirse en un recurso valioso para fortalecer la atención en salud mental en Ecuador (2-4).

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La adherencia a los tratamientos farmacológicos es crucial en el manejo de trastornos mentales, ya que influye significativamente en la efectividad terapéutica y en la enfermedad como tal. Se ha observado que varios pacientes con trastornos mentales muestran una baja adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos. Este problema podría estar asociado con la falta de herramientas que son específicas para poder evaluar la adherencia a estos tratamientos, lo cual podría explicar los bajos niveles de cumplimiento encontrados (1).

La escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) es un instrumento validado para evaluar la adherencia general a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, aún

no ha sido validada específicamente para su aplicación en pacientes que usan psicofármacos en Ecuador. Por ello, proponemos este estudio que es validar la MMAS-8 en este contexto particular y analizar sus características en adultos con trastornos mentales que reciben seguimiento en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) entre junio de 2023 y junio de 2024 (1).

Para desarrollar esta investigación, es fundamental definir con precisión los conceptos clave y establecer los parámetros de tiempo, lugar y población de estudio. Entre los conceptos esenciales se encuentran la adhesión a psicofármacos, los trastornos mentales, y la escala Morisky. El estudio se realizó en el INC en Guayaquil, Ecuador, durante un periodo que abarco un lapso en específico entre junio de 2023 y junio de 2024, enfocándose en adultos con trastornos mentales que acuden a consultas externas de seguimiento (1,2).

El problema de la adherencia farmacológica en pacientes con trastornos mentales es relevante debido a su impacto en el pronóstico y la evolución clínica. A nivel mundial, la OMS estima un aproximado del 50% de estos pacientes no siguen adecuadamente su tratamiento farmacológico (1,2).

En Ecuador, tenemos que el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades pacta una tasa del 5,13% de la población registrada tiene alguna discapacidad mental, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos en el país. La validación de la MMAS-8 para este tipo de medicamentos en el contexto ecuatoriano podría proporcionar una herramienta específica y confiable para evaluar y mejorar el cumplimiento terapéutico en adultos con trastornos mentales (1,2).

Contar con una escala validada permitiría a los profesionales de la salud relacionar de manera eficaz a los pacientes con baja adherencia y diseñar estrategias para optimizar su tratamiento. Esto contribuiría notablemente en una mejor calidad de vida de las personas con esquizofrenia, reduciendo así las tasas de recaídas y disminuir el impacto económico y social asociado a los trastornos mentales (1,2).

En conclusión, la validación y aplicación de la MMAS-8 para evaluar la adherencia a psicofármacos en el INC de Ecuador podría generar un impacto positivo a nivel social y clínico, permitiendo una evaluación más precisa de la adherencia farmacológica y

ayudando a superar las diferentes barreras que afectan el cumplimiento del tratamiento en pacientes con trastornos mentales (1- 3).

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto fue sometido a la evaluación del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos del Hospital Luis Vernaza (CEISH-HLV) con fecha del 15 de mayo de 2023, en su versión 1.0. Tras un riguroso proceso de revisión y análisis, se le otorgó el código 7-EO-CEISH-HLV-2023 y recibió la aprobación correspondiente. A través de este estudio, se pretende fortalecer estrategias de promoción y prevención, así como optimizar los programas de intervención. Esto se debe a que una adecuada adherencia terapéutica no solo mejora el pronóstico a largo plazo, sino que también contribuye a la reducción de varios síntomas como son los de origen psicótico y ayuda a favorecer la estabilidad clínica del paciente. Adicionalmente, impacta favorablemente en la calidad de vida de quienes sufren esquizofrenia, permitiéndoles alcanzar un mayor grado de independencia y funcionalidad en su entorno diario (4).

Desde una perspectiva económica, el incremento en la adherencia al tratamiento posibilita una reducción de ingresos a nivel hospitalarios que son recurrentes y minimizara la necesidad de tratamientos de emergencia ocasionados por recaídas. Asimismo, este estudio busca generar nuevo conocimiento, considerando que en Ecuador no se han registrado investigaciones previas sobre esta temática. Para ello, se empleará la escala MMAS-8, un instrumento previamente validado y reconocido por su confiabilidad, lo que permitirá fundamentar teóricamente el estudio y diseñar estrategias de intervención más eficaces (4).

Los principales beneficiarios de esta investigación serán, sin duda, los pacientes con esquizofrenia, ya que se espera que los hallazgos contribuyan a un mejor diagnóstico, un abordaje terapéutico más efectivo y, así se podrá mejorar la condición de sus vidas. Del mismo modo permitirá a los profesionales de la salud disponer de herramientas más precisas para evaluar y tratar a estos pacientes, lo que se traducirá en intervenciones más oportunas y eficientes. Por otro lado, las familias también se verán favorecidas, ya que una mejor adherencia al tratamiento reducirá la carga emocional y el estrés asociados al cuidado del paciente, promoviendo así un ambiente familiar más armonioso. A nivel del

sistema de salud, la optimización de la adherencia contribuirá a la reducción de costos asociados a hospitalizaciones y atención de urgencias. Finalmente, en el ámbito social, este estudio favorecerá la inclusión de las personas con esquizofrenia dentro de la comunidad, promoviendo así una mayor integración y mejor así la calidad de vida para todos (4).

## **CAPITULO II**

### **2. Marco teórico.**

#### **2.1 Adherencia al tratamiento psicofarmacológico**

El cumplimiento adecuado de la medicación prescrita es un pilar fundamental para garantizar la eficacia de la psicofarmacoterapia. En este sentido, la falta de adherencia a los fármacos psicoactivos representa un obstáculo significativo para alcanzar el éxito en el tratamiento de este trastorno psiquiátrico. Desde el ámbito clínico, esta problemática suele estar asociada con desenlaces terapéuticos desfavorables, entre los que destacan un mayor riesgo de recaídas y la recurrencia del cuadro clínico. Además, dicha falta de adherencia no solo compromete la estabilidad del paciente, sino que también genera un incremento considerable en los costos sanitarios, afectando tanto al sistema de salud como a la calidad de atención brindada (5).

Una falta de cumplimiento en el tratamiento psiquiátrico prescrito es un gran problema convirtiéndole en complejo, y se ve influenciado por múltiples factores. Entre ellos se incluyen aspectos individuales del paciente, variables relacionadas con el sistema de salud, las características del tratamiento, la situación socioeconómica y factores propios de la enfermedad. Cabe destacar que no existe un método universalmente aceptado para medir con precisión el cumplimiento al tratamiento, ya que las herramientas disponibles presentan diversas limitaciones, lo que dificulta su evaluación objetiva en la práctica clínica (5).

La adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia constituye un elemento fundamental para lograr un manejo adecuado de esta enfermedad crónica. Dado que su abordaje suele requerir terapias prolongadas, es habitual el uso combinado de antipsicóticos, intervenciones psicosociales y un sólido sistema de apoyo social. No obstante, uno de los principales retos en su tratamiento es la dificultad que presentan

síntomas, afectando tanto su calidad de vida como la efectividad de las intervenciones terapéuticas (5).

## **2.2 Factores que afectan la adherencia**

Los antipsicóticos son la base del tratamiento para la esquizofrenia, pero su uso puede generar efectos secundarios que afectan la tolerancia de los pacientes. Entre los más frecuentes se encuentran el aumento de peso, la somnolencia, las alteraciones metabólicas y los síntomas extrapiramidales, los cuales pueden resultar molestos y, en muchos casos, llevar a la discontinuación del tratamiento. Además, un desafío adicional es la anosognosia, es decir, la falta de conocimiento sobre la propia enfermedad. Esta condición impide que muchas personas reconozcan su trastorno mental o comprendan la importancia de seguir el tratamiento de manera constante, representando así un obstáculo significativo para la adherencia terapéutica (5).

Por otro lado, el estigma social y el temor al aislamiento pueden desmotivar a los pacientes a buscar ayuda o mantener un cumplimiento regular con la medicación. Asimismo, el deterioro mental común en la esquizofrenia, tales como problemas de memoria y concentración, dificultan la administración adecuada del tratamiento. La presencia de comorbilidades, como depresión, ansiedad o abuso de sustancias, también agrava la condición del paciente y dificulta el seguimiento del tratamiento, lo que incrementa el riesgo de recaídas y complica el manejo de la enfermedad (5).

## **2.3 Prevalencia de la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia**

En Ecuador, no existen estudios específicos que determinen la prevalencia de la no adherencia al tratamiento en personas que padecen esquizofrenia. Sin embargo, existen diferentes investigaciones realizadas en varios países que nos han proporcionado información valiosa sobre este problema, permitiéndonos comprender los diferentes factores que influyen en la adherencia y los desafíos que enfrentan los pacientes en distintos contextos. Por ejemplo, un estudio de Stenzel reportó un 54 % de no adherencia, mientras que Bauer encontró una tasa del 23 %. De la Cruz, por su parte, identificó que la falta de adherencia fue del 27,2 % en mujeres y del 31,5 % en hombres. Estas variaciones en los resultados sugieren que la adherencia al tratamiento puede estar influenciada por factores contextuales y demográficos propios de cada población analizada (5).

Un estudio en Corea del Sur reportó que el promedio de adherencia temprana a la medicación en pacientes que padecen su primer episodio de esquizofrenia, medido a través del índice de posesión de medicación (MPR), fue de tan solo el 0,82. Esto indica que, en promedio, los pacientes siguieron su tratamiento en un 82 % durante el período evaluado. Sin embargo, el 15,6 % de los participantes presentó una baja adherencia, definida como un MPR inferior a 0,6, lo que representa un problema preocupante, que nos sugiere una gran proporción de pacientes de medida considerable no están cumpliendo adecuadamente con su tratamiento (5).

La adhesión a los medicamentos en la esquizofrenia es crucial para garantizar un manejo efectivo de esta enfermedad crónica. Dado que su tratamiento suele ser a largo plazo e incluye el uso de antipsicóticos, terapias psicosociales y apoyo social, la falta de adherencia representa un desafío significativo. Un cumplimiento inadecuado del régimen terapéutico aumenta considerablemente el riesgo de recaídas, hospitalizaciones y un deterioro en la sintomatología, lo que afecta tanto la estabilidad clínica como en la calidad de vida de los convalecientes. (5).

En EE. UU. se analizó la adherencia y la interrupción del tratamiento antipsicótico en 46,452 beneficiarios de Medicare con esquizofrenia. Se encontró que solo el 35,4 % de los pacientes cumplió con su tratamiento durante los 12 meses posteriores a su inicio, con una media en la proporción de días cubiertos (PDC) de 0,52 (DE = 0,37). Además, se observó que el 79,4 % de los pacientes interrumpió el tratamiento con antipsicóticos orales, con una mediana de tiempo hasta la interrupción de 3,6 meses (RIC = 1,0-9,9). Estos resultados evidencian una alta tasa de incumplimiento y abandono del tratamiento entre los beneficiarios de Medicare con esquizofrenia (5).

La esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades con mayor impacto en la carga global de morbilidad y presenta altas tasas de recaída. A nivel mundial, la frecuencia de recurrencia oscila entre el 50 % y el 92 %, con cifras similares en países de primer mundo en comparación de los que están en vías de desarrollo. Diversos factores contribuyen a las recaídas, se ha considerado que la falta de adherencia al tratamiento es la más común.

El incumplimiento de la medicación es un problema frecuente en personas con

esquizofrenia, con tasas que rondan el 50 % y pueden variar entre el 4 % y el 72 %. Un metaanálisis de 35 estudios que analizaron la adherencia a la medicación en esta población encontró que, en promedio, el 56 % de los pacientes mantenía su tratamiento (10).

Los principales argumentos reportan que los pacientes para no seguir la medicación se centran en la percepción de sentirse bien o saludable y la falta de conocimiento sobre su trastorno mental. Otra causa común es la presencia de efectos adversos, como el aumento de peso, la somnolencia y otros síntomas desagradables que desmotivan su uso. Además, el apoyo familiar y de los cuidadores juega un papel clave en la adherencia al tratamiento. La educación y el respaldo proporcionado por el entorno familiar pueden mejorar significativamente el cumplimiento, ya que los pacientes suelen responder mejor cuando sus seres cercanos participan activamente en su proceso terapéutico. En muchos casos, la interrupción del tratamiento se debe al miedo a depender de la medicación de por vida, la falta de información o la percepción de que no están experimentando mejoras en su condición (10).

#### **2.4 Características comunes de los pacientes con esquizofrenia**

Las personas con esquizofrenia han sido diagnosticadas con este trastorno mental grave esta afectará de manera considerable la percepción de la realidad, el pensamiento, las emociones y la conducta del enfermo. Se trata de una enfermedad crónica que suele presentarse en la adolescencia tardía o también en la adultez temprana, impactando tanto a hombres como a mujeres. No obstante, en los varones tiende a manifestarse a una edad más prematura (11).

Los diferentes síntomas que se presentarán en la enfermedad se podrán agrupar en tres diferentes categorías: positivos, negativos y cognitivos. Tenemos los síntomas de origen positivo aquí se incluye alucinaciones, que pueden manifestarse como sensaciones erróneas, como escuchar o ver cosas que no existen, y los delirios, que son creencias distorsionadas, como la convicción de estar siendo perseguido (11).

Por otro lado, los síntomas negativos afectan la capacidad de expresión emocional y la motivación. Entre ellos se encuentran la dificultad para mostrar emociones, la pérdida de interés por actividades diarias, el aislamiento social y la falta de impulso para llevar a

cabo tareas cotidianas. Asimismo, los síntomas cognitivos alteran funciones esenciales como la memoria, la concentración y la capacidad para tomar decisiones, lo que puede dificultar la realización de actividades diarias o el desempeño en un entorno laboral (11). En términos demográficos, la esquizofrenia generalmente se presenta entre los 16 y los 30 años, siendo rara en niños o adultos mayores. Los hombres suelen experimentar el inicio de los síntomas a una edad más temprana, generalmente a finales de la etapa de adolescencia o inicio de la década de los 20 años, mientras que las mujeres tienden a desarrollar los síntomas más tarde, finales de los 20 o inicio de su tercera década de vida es decir los 30 años (11).

La genética juega un papel relevante en la probabilidad de desarrollar esquizofrenia, especialmente si existen antecedentes familiares, aunque no siempre son determinantes. Además, los factores biológicos, como alteraciones en la estructura cerebral y desequilibrios químicos en neurotransmisores como la dopamina y el glutamato, así como complicaciones prenatales, influyendo así en el desarrollo de la enfermedad. Otros factores como son los ambientales también contribuyen al riesgo de esquizofrenia, destacándose el estrés extremo, el consumo de sustancias psicoactivas (como el cannabis), las infecciones virales durante el embarazo y los entornos sociales problemáticos (11).

En términos de la función social y ocupacional, muchos pacientes con esquizofrenia experimentan dificultades para mantener una vida laboral activa y establecer relaciones sociales debido a los síntomas debilitantes del trastorno. Sin embargo, con el tratamiento adecuado, algunos pacientes pueden llevar una vida relativamente normal, aunque a menudo requieren apoyo continuo (11).

Finalmente, en cuanto al manejo del tratamiento, los pacientes con esquizofrenia suelen necesitar atención a largo plazo. Esto incluye el uso de medicamentos antipsicóticos y la implementación de terapias psicosociales para mejorar su calidad de vida (11).

## **2.5 METODOLOGÍA**

Este estudio corresponde a una investigación de origen cuantitativa, no experimental, con un diseño descriptivo y correlacional, este tiene la finalidad de determinar la adherencia

al tratamiento psicofarmacológico en pacientes que padezcan esquizofrenia. Se llevó a cabo en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, una institución especializada en trastornos neurológicos y psiquiátricos ubicada en Guayaquil, Ecuador. Los pacientes fueron seleccionados específicamente los que se hicieron atender en consulta subsecuente en el área de consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil, donde se pudo aplicar un muestreo no probabilístico con conveniencia, gracias a la heterogeneidad y al riesgo de sesgo de dicha población.

En nuestro país aún se estima que alrededor de 180 000 personas podrían estar afectadas por esquizofrenia. En especial en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil se atendió en un aproximado de 7 000 consultas en un solo mes. Aquí se pudo aplicar un muestreo no probabilístico por conveniencia, accediendo al Instituto de Neurociencias de Guayaquil, donde se aplicó el instrumento de adherencia al tratamiento a un total de 310 pacientes con esquizofrenia del instituto. Para poder calcular la muestra, se empleó la fórmula de Siera Bravo, con una  $N$  de 3 500 pacientes que padecen de esquizofrenia, el valor de  $K$  del 95% que equivale a una  $Z$  de 1,96, con una probabilidad de ocurrencia del evento del 50%, y con un margen de error de tan solo el 0,05. La muestra final fue de 310 pacientes.

- $N= 3\ 500$
- $k= 95\%$

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

- $z = 1,96$
- $p = 50$
- $q = 50$
- $e = 0,05$

$$n = \frac{4 * 0.5 * 0.5 * 3500}{0.0025 * (3500 - 1) + 4 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{7000}{28.49}$$

$$n = 310$$

### **Criterios de inclusión**

Los pacientes que se les incluyó al estudio son aquellos diagnosticados con esquizofrenia, mayores de 18 años, que fueron atendidos por consulta externa en el

Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) y posteriormente firmaron un consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Los pacientes excluidos fueron aquellos cuyos diagnósticos de esquizofrenia son recientes (es decir menos de 3 meses), y que su registro en el área de consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) esté incompleto o presente alguna inconsistencia.

**Tabla 1.** *Descriptivo de sexo, DM e HTA*

	n	%
<b>SEXO</b>		
Hombre	135	43,54 %
Mujer	175	56,45 %
<b>DM</b>		
Ausencia	19	6,12 %
Presenta	291	93,87 %
<b>HTA</b>		
Ausencia	42	13,54%
Presenta	<u>268</u>	<u>86,45 %</u>

**Fuente:** Base de datos de la investigación

En la tabla 1 resaltó que la gran parte de la población estudiada es mayoritariamente mujeres, además, se puede observar que a más de presentar la Esquizofrenia, los pacientes tienen una prevalencia extremadamente alta de diabetes mellitus lo cual corresponde al 93,87 % e hipertensión arterial de 86,45 %, esto nos indica que tienen un mayor riesgo de desarrollar estas patologías debido a una combinación de factores, como malos hábitos, como sedentarismo, tabaquismo y abuso de sustancias, los niveles elevados de estrés crónico, lo que puede alterar el metabolismo y aumentar el riesgo de hipertensión arterial. La esquizofrenia puede tener una predisposición genética o metabólica que las haga más vulnerables a desarrollar DM y HTA. Por lo tanto, muchos antipsicóticos atípicos (como olanzapina, clozapina, risperidona o quetiapina) inducen resistencia a la insulina, lo que nos impide evaluar el control de niveles de glucosa en sangre y predispone a una diabetes de tipo 2. Algunos medicamentos pueden causar sedación o fatiga, lo que reduce los niveles de actividad física y contribuye a la obesidad y la diabetes. Pueden alterar la regulación del sistema

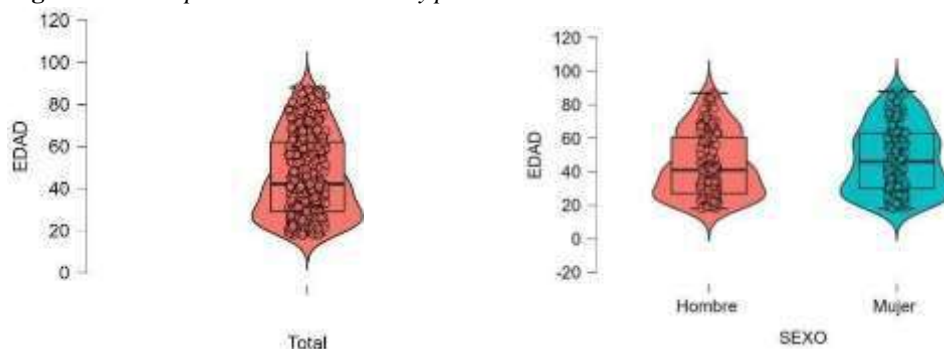
nervioso autónomo, aumentando la presión arterial o predisponiendo a desregulaciones cardiovasculares.

**Tabla 2.** *Descriptivos de edad*

	EDAD		
	Hombre	Mujer	Total
Muestra	135	175	310
Mediana	41,000	46,000	42,000
Media	44,422	47,394	46,100
Desviación estándar	18,980	19,707	19,419
Shapiro-Wilk	0,931	0,947	0,942
Valor P de Shapiro-Wilk	< ,001	< ,001	< ,001
Mínimo	18	18,000	18,000
Máximo	87,000	88,000	88,000
25th percentil	27,000	30,000	29,000
50th percentil	41,000	46,000	42,000
75th percentil	60,500	63,000	62,000

**Fuente:** Base de datos en la investigación

**Figura 1.** *Descriptivo de la edad Total y por sexo.*



**Fuente:** Base de datos en la investigación

La tabla número 2 y en la figura 1, presentó un análisis descriptivo de las edades de una muestra compuesta por 310 personas, divididas en 135 hombres y 175 mujeres. Se ofrecieron estadísticas clave para cada grupo y el total combinado, lo que permite comparar las características de cada subgrupo.

En cuanto a las medidas centrales, la mediana (valor que va a dividir la muestra en dos partes semejantes) es de tan solo 41 años en los hombres, 46 años en las mujeres. Por su parte, la media (promedio de las edades) es ligeramente superior, 44,42 años para los hombres, 47,39 años para las mujeres. Estos datos sugieren que las mujeres en esta muestra tienen, en promedio, edades más altas en comparación con los hombres.

En conclusión, el sexo femenino muestra una tendencia ligeramente mayor a los hombres y son las más afectadas, las edades se distribuyeron en un rango amplio (18-87 años).

## **2.6 INSTRUMENTOS**

Para obtener los datos necesarios, se emplearán varias técnicas de recolección en la investigación sobre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia. En primer lugar, se utilizarán cuestionarios, destacando la Escala de Adherencia a los Medicamentos de Morisky (MMAS-8). Este cuestionario, previamente validado y adaptado para el contexto ecuatoriano, permitirá evaluar la adherencia general de los pacientes a sus tratamientos psicofarmacológicos. Además, se aplicará un cuestionario demográfico y clínico que proporcionará información adicional sobre las características personales de los participantes y detalles relacionados con su tratamiento. En segundo lugar, se realizarán entrevistas semiestructuradas a una muestra seleccionada de pacientes.

Estas entrevistas están diseñadas para explorar en profundidad las barreras y facilitadores que influyen en la adherencia al tratamiento. A través de estas entrevistas, se obtendrán datos cualitativos valiosos que reflejarán las experiencias y desafíos específicos enfrentados por los pacientes en relación con su tratamiento. Finalmente, se llevará a cabo una revisión exhaustiva de las historias clínicas de los pacientes. Este procedimiento permitirá verificar y complementar la información obtenida de los cuestionarios y entrevistas, proporcionando un panorama más completo sobre el seguimiento del tratamiento y los progresos registrados en el manejo de la esquizofrenia.

## **2.7 PROCEDIMIENTO**

Primero, se realizó una convocatoria inicial a los pacientes del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC). Este contacto se efectuó mediante citas programadas, y los pacientes recibieron una invitación formal que detalló el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los posibles beneficios y riesgos. Una vez que los pacientes hayan recibido la invitación, se procedió a obtener el consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos de investigación, que incluye la Escala de Adherencia a los Medicamentos de Morisky (MMAS-8) y cuestionarios adicionales sobre

datos demográficos y clínicos, se realizó en sesiones individuales en un entorno privado para mantener la confidencialidad de los datos. Este proceso está diseñado para ser exhaustivo pero eficiente, con una duración aproximada de 30 a 45 minutos para completar todos los cuestionarios. Paralelamente, se llevó a cabo entrevistas semiestructuradas con una duración de entre 45 y 60 minutos. Finalmente, se realizó una revisión de las historias clínicas de los participantes. El personal encargado de la aplicación del instrumento estará compuesto por psicólogos clínicos y personal de investigación capacitado del INC. Los cuestionarios serán administrados por psicólogos formados en el uso de la MMAS 8 y en la realización de entrevistas semiestructuradas, mientras que el personal administrativo revisará las historias clínicas. Para participar en el estudio, es esencial que los individuos firmen el consentimiento informado. Además, es crucial que los participantes estén clínicamente estables en el momento de la aplicación de los cuestionarios y entrevistas. Los participantes también deben contar con el tiempo suficiente para completar tanto los cuestionarios como las entrevistas sin interrupciones.

### **Análisis estadísticos**

Para abordar el objetivo de validar las propiedades psicométricas de la escala de Morisky en psicofarmacoterapia para adultos, se llevó a cabo diversos análisis estadísticos. Primero, se evaluó la validez de contenido mediante la revisión de expertos en psicofarmacoterapia y salud mental, quienes revisarán los ítems de la escala para asegurar su relevancia y exhaustividad. Se calculó el Índice de Validez de Contenidos (*CVI*) para cuantificar esta validez, garantizando que los ítems representen adecuadamente el constructo de adherencia.

Posteriormente, se aplicó el Análisis Factorial Exploratorio (*AFE*) para identificar las dimensiones subyacentes de la escala y comprobar si los ítems se agrupan en factores que reflejan el constructo de adherencia. Una vez identificada la estructura, se llevó a cabo el Análisis Factorial Confirmatorio (*AFC*) para validar esta estructura a través de modelos de ecuaciones estructurales. Finalmente, se midió la fiabilidad del instrumento utilizando el “Coeficiente Alfa de Cronbach” y el “Coeficiente de Fiabilidad de McDonald”; ambos deberán ser superiores a 0.70 para indicar una buena consistencia interna. Para identificar la prevalencia de mala adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia y analizar las diferencias entre sexos, se realizó varios análisis. En primer lugar, se calculó la proporción de

pacientes con mala adherencia dentro de la muestra total, estableciendo intervalos de confianza del 95 % para esta proporción, lo que permitió evaluar la precisión de la estimación.

La Prueba de Chi-Cuadrado se utilizó para comparar la prevalencia de mala adherencia entre hombres y mujeres, evaluando si las diferencias observadas son estadísticamente significativas. Además, se aplicó la “Regresión Logística” para modelar la probabilidad de mala adherencia en función del sexo, ajustando por otros factores potencialmente confusos, como la edad y el tipo de medicación. Finalmente, para analizar los patrones de adherencia al tratamiento en relación con la frecuencia de las tomas, el tipo de medicamento prescrito y el grupo etario, se llevó a cabo diversos análisis estadísticos.

La relación entre la frecuencia de las tomas y la adherencia se evaluó mediante un análisis de correlación, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según la naturaleza de los datos. Adicionalmente, se aplicará una Regresión Lineal para determinar cómo la frecuencia de las tomas predice la adherencia, ajustando por otros factores. Para comparar la adherencia entre diferentes tipos de medicamentos, se utilizarán *ANOVA* o la Prueba *t*, dependiendo del número de categorías de medicamentos.

En caso de analizar más de dos categorías de medicamentos, se aplicó la Regresión Logística Multinomial. En cuanto al grupo etario, se llevó a cabo *ANOVA* o la Prueba *t* para comparar la adherencia entre diferentes grupos de edad, y se empleó la regresión lineal múltiple para modelar la adherencia del tratamiento en función de la edad, ajustando por otros factores como el tipo de medicamento y la frecuencia de las tomas. Estos análisis proporcionarán una visión completa del cumplimiento a la medicación en pacientes con esquizofrenia y ayudarán a identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

## **2.8 ANTECEDENTES**

En Ecuador, no se han realizado estudios previos que detallen la complejidad de los factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrenia. Sin embargo, el factor adherencia ha sido ampliamente investigada en los Estados Unidos. Diversos estudios recientes han analizado tanto los desafíos como las estrategias para mejorarla. Los resultados indican que la adherencia, medida a través de la proporción de días cubiertos (PDC), es subóptima, con una media de 0,79. Entre los principales predictores

de no adherencia se encuentran el inicio reciente del tratamiento, la edad joven, consumo de drogas y el uso de antipsicóticos de primera generación de acción prolongada (12).

Un estudio retrospectivo en Alemania incluyó 2 870 pacientes con “esquizofrenia” (SP) y 2 327 pacientes con “trastorno bipolar” (BD) que habían recibido al menos dos recetas neurolépticas de 55 consultorios psiquiátricos entre enero de 2016 y diciembre de 2018. Se calculó la proporción media de días cubiertos (PDC) por paciente. Se consideró que los pacientes adherían si su *PDC* era mayor o igual al 80 %. La media de *PDC* fue del 59,8 % (DE: 13,9 %) en los SP y del 65,0 % (DE: 11,5 %) en los pacientes con BD. La prevalencia sobre las prácticas con alta adherencia fue menor para la esquizofrenia a comparación con el trastorno bipolar (21,9 % frente a 45,5 %) (13).

Por otro lado, en Finlandia se recogieron las recetas electrónicas y sus dispensaciones del almacén de información finlandesa de recetas electrónicas de 29 956 pacientes con esquizofrenia a los que se les recetaron antipsicóticos durante 2015-2016, sin embargo, se encontró que el 31,7 % de los pacientes con esquizofrenia presentaron no adherencia primaria a los antipsicóticos, debido a la falta de dispensación del medicamento prescrito en el plazo de un año. Mediante regresión logística, se analizaron varios factores sociodemográficos y clínicos para verificar si se relacionaban con la no adherencia. Se encontró que, el 31,7% ( $n = 9506$ ) de los pacientes demostraron tener un déficit de adherencia primaria a alguno de los antipsicóticos prescritos. Los factores de riesgo identificados incluyeron la edad joven, el uso concomitante de benzodiazepinas y estabilizadores del ánimo, el abuso de sustancias, intentos previos de suicidio y comorbilidades como diabetes, asma/COPD y enfermedades cardiovasculares. Los pacientes que utilizaban clozapina y antipsicóticos inyectables de acción prolongada mostraron una mejor adherencia a comparación con los antipsicóticos orales. Estos resultados sugieren que la selección entre diferentes agentes farmacológicos y vías de administración, teniendo en cuenta los medicamentos concomitantes (benzodiazepinas en particular) y las comorbilidades de los pacientes, juegan un rol clave en la no adherencia primaria al tratamiento antipsicótico (14).

En un estudio realizado en España, se examinaron a 110 pacientes diagnosticados con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según los criterios de la CIE-10. El análisis se

realizó durante la estadía hospitalaria y a los seis meses de seguimiento. La evaluación incluyó variables sociodemográficas, clínicas, psicopatológicas y relacionadas con el tratamiento. Se observó que el 58,2 % de pacientes diagnosticados con esquizofrenia no se adherían al tratamiento después del alta hospitalaria. Los factores de riesgo identificados incluyeron un bajo nivel socioeconómico, el uso o abuso de cannabis, la no adherencia como causa de recaída e ingreso y una mayor severidad de los síntomas a los seis meses de seguimiento. La creencia de que la medicación no era necesaria fue la razón más reportada para la no adherencia (15).

En Bulgaria, un estudio identificó que el 55,8 % de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia eran no adherentes. Los factores predictivos de la adherencia incluyeron actitudes positivas hacia la medicación, menor severidad de los síntomas positivos y la capacidad de reconocer los síntomas psicóticos (16).

Un estudio elaborado en China, en 269 PWS y sus cuidadores familiares en el distrito de Xinjin, Chengdu, China, mostraron que el 37,6 % presentaron falta de adherencia a la medicación. Los pacientes que viven con cuidadores familiares tienen una tasa significativamente menor de no adherencia a la medicación (34,7 %) que los que no viven con cuidadores familiares (60,0 %). Factores como vivir con un cuidador familiar, el estigma asociado a la enfermedad mental, y el apoyo social influyeron en la adherencia. La presencia de un cuidador familiar se asoció con una menor tasa de no adherencia (16). En Hong Kong, se observó que el 38,7% de los pacientes con psicosis temprana no adherían al tratamiento. La severidad de los síntomas positivos, el autoestigma y una alianza terapéutica subóptima fueron factores asociados con la no adherencia. La actitud negativa hacia la medicación también fue un factor importante (18). En Ecuador, la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia no ha sido ampliamente documentada en la literatura específica. Sin embargo, existen hallazgos generales de estudios realizados en otras regiones que tienen un contexto similar. La no adherencia al tratamiento en esquizofrenia es un problema prevalente, afectando a más de la mitad de los pacientes en algún momento, lo que aumenta el riesgo de empeoramiento clínico, hospitalizaciones y otros resultados adversos (16). Los factores de riesgo comunes incluyen el bajo nivel socioeconómico, el uso de sustancias como el cannabis, la falta de conciencia sobre la enfermedad, y la severidad de los síntomas (17). Además,

la edad joven y el uso concomitante de benzodiazepinas también se asocian con una mayor no adherencia (18).

### CAPITULO III

#### 3.1 Objetivos.

##### 3.1.1 Objetivo general:

Determinar la adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con Esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador en el año 2024.

##### 3.1.2 Objetivos específicos

Validar las propiedades psicométricas de la escala de Morisky en psicofarmacoterapia para adultos, incluyendo su contenido, validez y fiabilidad.

Identificar la prevalencia de la mala adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, según el sexo.

Analizar los patrones de adherencia a la medicación en pacientes con esquizofrenia, considerando la relación entre la frecuencia en las tomas, el tipo de medicamento prescrito y el grupo etario.

### CAPITULO IV

#### 4.1 RESULTADOS

**Tabla 3.** Medidas del Análisis factorías exploratorio.

Índice	Valor
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.915
Índice Tucker-Lewis (TLI)	0.901
Índice de Ajuste No Normalizado de Bentler-Bonett (NNFI)	0.901
Índice de Ajuste Normalizado de Bentler-Bonett (NFI)	0.901
Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA)	0.064
Límite inferior del IC del 90% para RMSEA	0.039
Límite superior del IC del 90% para RMSEA	0.089
Valor de P de RMSEA	0.160
Residuo Cuadrático Medio Estandarizado (SRMR)	0.065
N crítico de Hoelter ( $\alpha = .05$ )	213.192
$\chi^2$	45.149
$df$	20
$p$	0.001
$\omega$	0.721
$\alpha$	0.730
AVE	0.521

**Nota.**  $\omega$  = Omega,  $\alpha$  = Alfa, AVE = Varianza de la Media Extraída (Validez convergente)

**Fuente:** Base de datos de investigación

En la Tabla 3 se indicó que, los índices de ajuste *CFI*, *TLI*, *NNFI* y *NFI* debían ser superiores a 0,90 para considerar que un modelo presentaba un ajuste adecuado. El modelo cumplió con este criterio, ya que todos los índices superaron el valor umbral de 0,90. Además, la razón  $\chi^2/\text{gl}$  (chi cuadrado sobre grados de libertad) fue inferior a 5, lo cual representó otro indicador de un buen ajuste. Por otro lado, los valores de *RMSEA* y *SRMR* fueron menores a 0,08, como se esperaba. Asimismo, los coeficientes de fiabilidad omega y alfa se encontraron dentro de los rangos aceptables, y el *AVE* confirmó la validez convergente del modelo. En conjunto, estos resultados sugirieron que el modelo propuesto fue válido y confiable.

**Tabla 4.** *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test*

Indicador	MSA
i1	0,679
i2	0,748
i3	0,592
i4	0,734
i6	0,687
i7	0,754
i8	0,715
i5	0,643
total	0,700

**Fuente:** Base de datos

En la tabla 4, el rango de los valores de *KMO* para cada indicador (0,592 a 0,754) sugirió que, en general, las variables individuales estuvieron correlacionadas entre sí en un rango de moderado a alto. Esta fue una condición necesaria para realizar un análisis factorial. El valor de *KMO* para el modelo completo (0,700) se consideró aceptable, lo que evidenció que la muestra utilizada fue válida para llevar a cabo dicho análisis. Cuando el valor de *KMO* estuvo cercano a 1, indicó que la varianza en conjunto con las variables se debía a factores comunes, lo cual fue un resultado esperado en el análisis factorial.

**Tabla 5.** *Cargas Factoriales*

Factor	Indicador	Estimado	Error estándar	Valor Z	p	95% Intervalo de confianza		Desviación estándar
						Menor	Mayor	
Factor 1	i1	0,267	0,027	9,777	< .001	0,214	0,321	0,534
	i2	0,265	0,028	9,604	< .001	0,211	0,319	0,535
	i3	0,126	0,024	5,293	< .001	0,080	0,173	0,259
	i4	0,212	0,025	8,627	< .001	0,164	0,260	0,486

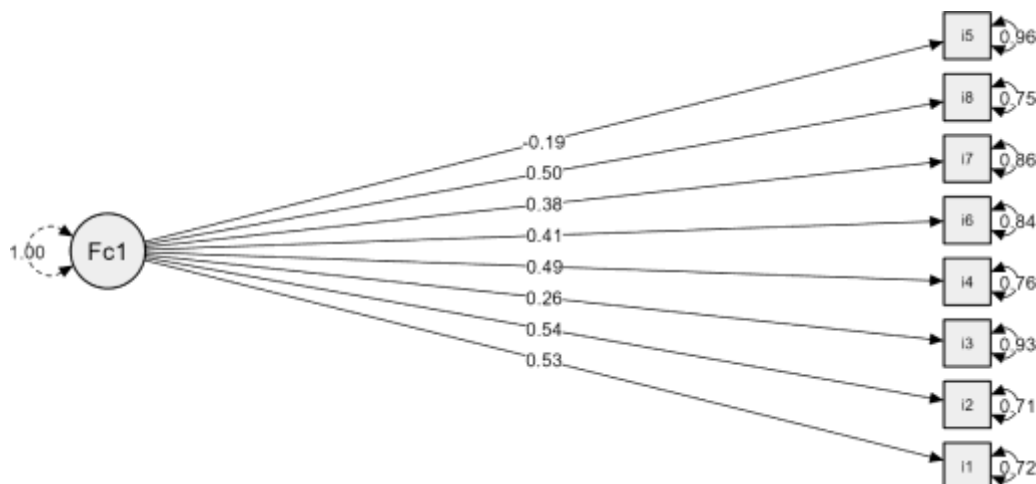
i6	0,179	0,024	7,,570	< ,001	0,133	0,226	0,406
i7	0,186	0,025	7,316	< ,001	0,136	0,236	0,377
i8	0,139	0,015	8,976	< ,001	0,109	0,169	0,497
i5	0,071	0,019	-3,855	< ,001	-0,108	-0,035	0,194

**Fuente:** Base de datos

La Tabla 5 presentó las cargas factoriales obtenidas en el análisis previo. Estas cargas señalaron la intensidad y trayectoria de la relación entre cada variable y el factor subyacente que se buscó identificar. La mayoría de las cargas factoriales fueron positivas, lo que sugirió una relación directa entre las variables y el factor. Esto significó que, a medida que aumentaba el valor de una variable, también tendía a aumentar el valor del factor. Sin embargo, algunas variables presentaron cargas factoriales más altas que otras, lo que indicó que estas contribuyeron en mayor medida a la definición del factor. En otras palabras, estos indicadores fueron más representativos del constructo que se midió.

Es importante destacar que un indicador (*i5*) presentó una carga factorial negativa. Esto significó que, a medida que aumentaba el valor de esta variable, el valor del factor tendía a disminuir. Esta relación inversa sugirió que dicho indicador podría haber estado midiendo un aspecto opuesto o complementario al resto de variables.

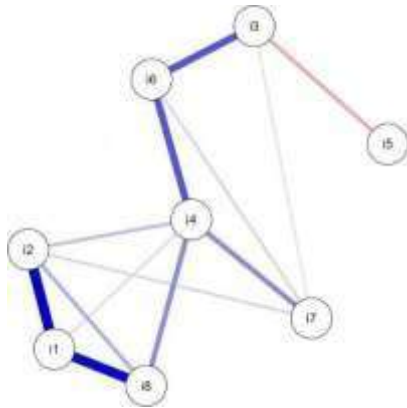
**Figura 2.** Modelo del Morisky versión ecuatoriana.



La Figura 2 indica las cargas factoriales representadas con dos decimales. Se observó que todos los ítems presentaron una relación positiva con el factor *Fc1*, excepto el ítem *i5*, que mostró una relación inversa o negativa. Estos resultados fueron consistentes con la

información previa, donde también se destacó que el ítem *i5* correlacionó negativamente con *i3*, lo que sugiere que medía un aspecto opuesto o complementario en comparación con los demás ítems.

**Figura 3.** Análisis de red de los ítems del Morisky versión ecuatoriana.



La Figura 3 mostró las correlaciones entre diferentes variables mediante líneas de distinto grosor y color. Las líneas azules representaron correlaciones positivas, se observó que, conforme el valor de una variable incrementaba, el valor de la otra también lo hacía. Se observó que las variables *i1*, *i2*, *i4*, *i8*, *i7*, *i6* e *i3* presentaron correlaciones positivas entre sí, con algunas relaciones más fuertes que otras, como lo sugirió el grosor de las líneas.

Por otro lado, el ítem *i5* mostró una correlación negativa con *i3*, lo cual se representó mediante una línea roja. Esto significó, que cuando el valor de *i5* aumentaba, el valor de *i3* tendía a disminuir, lo que podría indicar que esta variable medía un aspecto opuesto o complementario en comparación con las demás.

**Tabla 6.** Weights matrix

Variable	Network							
	i1	i2	i3	i4	i6	i7	i8	i5
i1	<b>0,000</b>	0,213	0,000	0,035	0,000	0,000	0,206	0,000
i2	0,213	<b>0,000</b>	0,000	0,058	0,007	0,040	0,070	0,000
i3	0,000	0,000	<b>0,000</b>	0,000	0,145	0,027	0,000	-0,072

**Tabla 6.** *Weights matrix*

Variable	Network							
	i1	i2	i3	i4	i6	i7	i8	i5
i4	0,035	0,058	0,000	<b>0,000</b>	0,144	0,099	0,099	0,000
i6	0,000	0,007	0,145	0,144	<b>0,000</b>	0,039	0,000	0,000
i7	0,000	0,040	0,027	0,099	0,039	<b>0,000</b>	0,000	0,000
i8	0,206	0,070	0,000	0,099	0,000	0,000	<b>0,000</b>	0,000
i5	0,000	0,000	-0,072	0,000	0,000	0,000	0,000	<b>0,000</b>

**Tabla 7.** *Adherencia según el sexo*

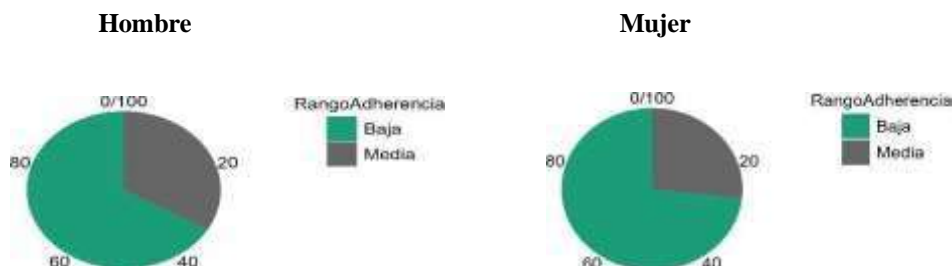
SEXO	Adherencia	N	%
Hombre	Baja	90	66,667
	Media	45	33,333
Mujer	Baja	128	73,143
	Media	47	26,857

**Fuente:** Base de datos de investigación

En la tabla 7, se reveló que las mujeres exhibieron una tasa de adherencia baja significativamente mayor (73,143 %,  $N = 128$ ) en comparación con los hombres (66,667 %,  $N = 90$ ). Por el contrario, el porcentaje de mujeres con adherencia media (26,857 %  $N = 47$ ) fue inferior al de los hombres (33,333 %,  $N = 45$ ). Estos hallazgos sugirieron que las mujeres experimentaron mayores dificultades para adherirse al tratamiento en comparación con los hombres.

Diversos factores podrían haber explicado esta disparidad. Desde una perspectiva biológica, el metabolismo de los fármacos pudo haber variado entre hombres y mujeres, entre estos las fluctuaciones hormonales. A nivel psicológico, el estigma social asociado a las enfermedades mentales, dificultando la búsqueda de ayuda. Además, la preocupación por la imagen corporal también pudo influir, debido a los efectos adversos de estos fármacos. En el ámbito sociocultural, los roles de género tradicionales y las expectativas sociales pudieron haber generado barreras adicionales para las mujeres, dificultando su acceso y adherencia a los servicios de salud mental.

Figura 4. Rango/Adherencia



Fuente: Base de datos de investigación

Tabla 8. Adherencia al tratamiento, clasificada por grupo farmacológico.

Grupo medicamentoso	Rango de Adherencia	n	%
Anticolinérgico	Baja	6	85,714
	Media	1	14,286
	Total	7	100,000
Antidepresivo ISRS	Baja	49	79,032
	Media	13	20,968
	Total	62	100,000
Antidepresivo tricíclico	Baja	1	50,000
	Media	1	50,000
	Total	2	100,000
Antiepiléptico	Baja	33	78,571
	Media	9	21,429
	Total	42	100,000
Hipnótico	Baja	1	100,000
	Media	0	0,000
	Total	1	100,000
Neuroléptico atípico	Baja	71	66,981
	Media	35	33,019
	Total	106	100,000
Neuroléptico típico	Baja	37	59,677
	Media	25	40,323
	Total	62	100,000
Normo tímico	Baja	1	100,000
	Media	0	0,000
	Total	1	100,000
Otros	Baja	11	61,111
	Media	7	38,889
	Total	18	100,000
Sedante	Baja	8	88,889
	Media	1	11,111
	Total	9	100,000

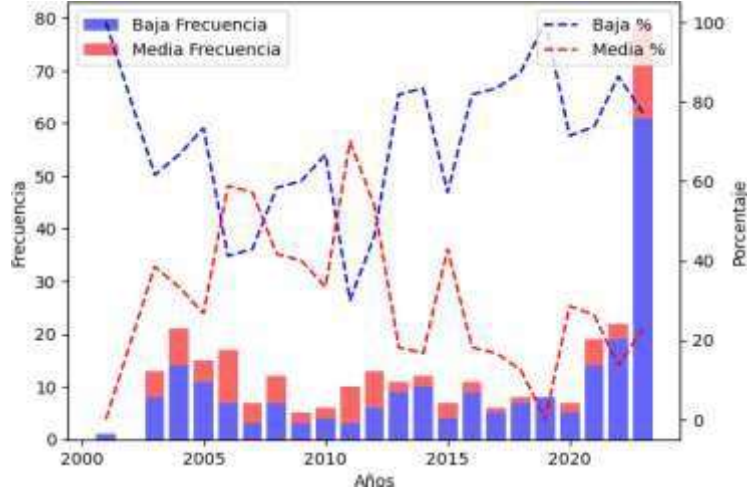
Fuente: Base de datos de investigación

La tabla 8 mostró la adherencia que hay entre los diferentes grupos de medicamentos administrados a los pacientes, se clasificó de baja y media adherencia. Se observó que los fármacos con baja adherencia eran en mayor proporción en comparación con aquellos que mostraron una adherencia media. Los grupos con el porcentaje más alto de adherencia baja fueron los hipnóticos y los normotímicos, con un 100 %. Sin embargo, hay que tener en cuenta el número de fármacos evaluados en estos grupos fue muy reducido, lo que impide determinar esta tendencia con certeza. De manera similar, los sedantes y los anticolinérgicos registraron niveles elevados de baja adherencia, con un 88,89 % y 85,71 %, respectivamente.

Asimismo, los antidepresivos ISRS y los antiepilépticos mostraron una baja adherencia, con valores similares de 79,03 % y 78,57 %, respectivamente. Por otro lado, los neurolépticos atípicos y típicos presentaron una mayor proporción de pacientes con adherencia media a diferencia de grupos anteriores, con valores de 33,02 % y 40,32 %. Sin embargo, se observó que los valores de baja adherencia continuaron predominando en términos generales. El grupo denominado como otros, reflejó un equilibrio entre los valores, con un 61,11 % de baja adherencia y un 38,89 % de adherencia media. En el caso de los antidepresivos tricíclicos, se observó una distribución equitativa, con un 50 % de pacientes en cada categoría.

De manera general, predominó la baja adherencia, lo que se evidenció de manera más notable en los hipnóticos, anticolinérgicos, ISRS, antiepilépticos, normotímicos y sedantes. Por otro lado, los neurolépticos fueron los que registraron los niveles más altos de adherencia media en comparación con los demás grupos. Esto evidenció un gran problema a nivel terapéutico, ya que se necesita una alta adherencia para evitar complicaciones y que el tratamiento sea efectivo. Este fenómeno pudo haberse debido a los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento, el desconocimiento acerca de la enfermedad, los costos y el bajo apoyo social, factores que contribuyeron a los resultados observados.

**Figura 5. Niveles de adherencia baja y media en función al año.**



Fuente: Base de datos

En la figura 5 se observó que, según el paso de los años, la frecuencia de adherencia baja mostró mayor significancia. En 2001, se evidenció solamente un caso de adherencia baja, lo cual representó el 100 % de los casos de ese año. En los siguientes años, se observó un incremento en las tasas, sobre todo en el año 2023, con 61 casos, lo que representó el 77,21 % del total de casos de ese año. En general, la adherencia baja fue más frecuente que la media, debido a que sus porcentajes oscilaban entre 30 % en 2011 y el 100 % en 2019. Por otro lado, entre 2001 y 2019, no hubo casos de adherencia media. Sin embargo, entre el 2006 y 2011, la adherencia media superó a la baja, con porcentajes del 58,82 % y 70 %. En contraste, en 2023 solo presentó 18 casos, evidenciado un valor de 22,78 % del total.

En términos generales, la adherencia baja predominó sobre la adherencia media a lo largo de los años. No obstante, hubo períodos específicos en los que la adherencia media llegó a superar a la baja. Esto indicó que, a pesar del predominio de la adherencia baja, existieron momentos en los que los esfuerzos para mejorarla pudieron haber tenido un impacto positivo, lo cual se reflejó en el aumento de la adherencia media. Este patrón resalta la necesidad de implementar intervenciones o llevar a cabo nuevas investigaciones que permitan desarrollar estrategias efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento. Entre estas estrategias se podrían incluir la educación al paciente, una mejor gestión de la medicación, el manejo de síntomas secundarios y el fortalecimiento del apoyo social.

Estas medidas serían fundamentales para asegurar una adherencia óptima y, en consecuencia, una mejor respuesta terapéutica.

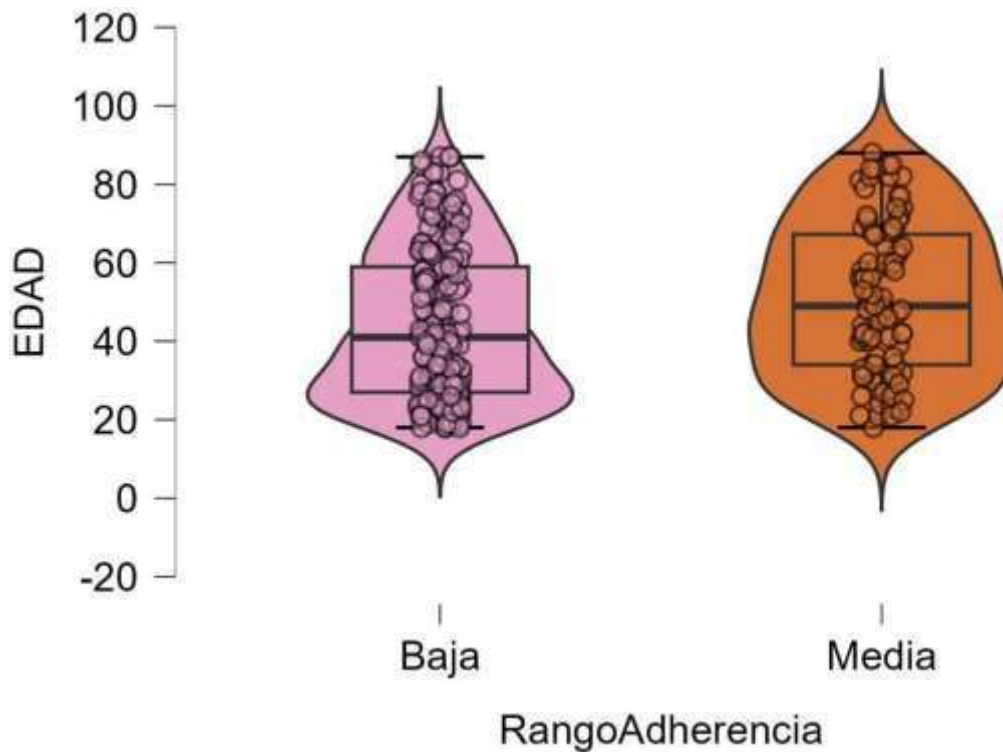
**Tabla 9.** *Estadísticas descriptivas*

	ADHERENCIA	
	Baja	Media
Valido	218	92
Mediana	41,000	49,000
Media	44,115	50,804
Desviación estándar	19,155	19,332
Shapiro-Wilk	0,931	0,960
Valor P de Shapiro-Wilk	< ,001	0,006
Mínimo	18,000	18,000
Máximo	87,000	88,000
25th percentil	27,000	34,000
50th percentil	41,000	49,000
75th percentil	59,000	67,250

En la tabla 10 se observó que, los individuos con una adherencia baja al tratamiento tendieron a ser mayores que aquellos con una adherencia media. La mediana de la edad fue de 41 años para el primer grupo, mientras que en el siguiente grupo de adherencia media fue de 49 años. Esta diferencia también se reflejó en la media de edad de ambos grupos.

Los percentiles brindaron una visión más detallada de la distribución de la edad. Por ejemplo, el percentil 25 de los individuos con adherencia baja tenían menos de 27 años. De manera similar, aquellos con adherencia media tenían menos de 34 años. Estas observaciones sugirieron que la edad podría haber estado asociada con la falta de adherencia del medicamento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los datos proporcionados solo ofrecieron una visión descriptiva.

**Figura 7.** Adherencia al tratamiento con relación a la edad



**Fuente:** Base de datos

Según la figura 7, se observó a la edad clasificada en grupos diferentes, baja adherencia en color rosa y media adherencia en color naranja. Se evidenciaron similitudes en términos de forma, aunque la adherencia media agrupó a más pacientes con edad mayor en comparación con la baja adherencia. Por ello, la mediana de edad fue de 41 años para el grupo de baja adherencia y de 49 años para el de media adherencia. La dispersión abarcó edades entre los 18 y 88 años.

Con respecto a la media, el grupo de baja adherencia fue de 44 años de edad, mientras que en el de media adherencia fue de 51 años. Esto reflejó que las personas mayores tendieron a tener una mayor adherencia en comparación con los más jóvenes. En este caso, la desviación estándar fue similar en ambos grupos, lo que indicó que la variabilidad en la edad se comparó entre ambos niveles de adherencia.

Por otro lado, los valores de la prueba de “Shapiro-Wilk” señalaron que los datos obtenidos no se ajustaron a una distribución normal en ambos grupos, con un valor de p

menor a 0,05. Además, en el percentil 25 se observó una edad de 27 años para el grupo de baja adherencia, mientras que en el de media adherencia correspondió a pacientes de 34 años. Asimismo, el percentil 50 reflejó que la mitad de los pacientes con adherencia baja correspondían a los de 41 años o menos, mientras que en el grupo de media adherencia era de 49 años. Finalmente, el percentil 75 mostró que los pacientes con baja adherencia tenían 59 años o menos, mientras que en el grupo de media adherencia el límite fue de 67 años.

En general, se evidenció que los pacientes de mayor edad presentaron una adherencia media, lo que indicó una mejor respuesta en comparación con aquellos con baja adherencia, quienes correspondieron a pacientes ligeramente más jóvenes. Se observó una distribución amplia en ambos grupos, aunque la adherencia media tendió a incluir a más personas mayores.

#### **4.2 DISCUSIÓN**

La comparación de prevalencias revela que en Ecuador se observa una alta tasa de baja adherencia al tratamiento psicofarmacológico, lo cual es similar a los resultados de los estudios ejecutados en otros países. En Finlandia, la tasa de no adherencia primaria a los antipsicóticos fue del 31,7 %, mientras que en Bulgaria fue del 5,8 % y en China del 37,6 %. Estos valores son significativamente menores que los observados en Ecuador (18,19).

Las diferencias en las prevalencias pueden explicarse por diversos factores, como la disponibilidad de medicamentos, falta de accesibilidad al servicio de salud y diferencias políticas. Por lo tanto, en naciones con sistemas de salud más organizados, los pacientes suelen recibir un seguimiento más adecuado, lo que facilita y mejora la adherencia al tratamiento (18,19).

Existen varias barreras que dificultan la adherencia a los psicofármacos. En Ecuador, entre los factores más comunes identificados se encuentran los efectos adversos de los medicamentos, tales como el incremento de peso y somnolencia. Además, el estigma social juega un papel importante, ya que desalienta a los pacientes a continuar con su tratamiento. A esto se suman comorbilidades como la diabetes mellitus e hipertensión,

que complican aún más el manejo terapéutico, dificultando la adherencia al tratamiento de manera significativa (20,21).

Estos hallazgos coinciden con estudios en España, donde factores socioeconómicos y el consumo de sustancias también influyen en la baja adherencia. Por otro lado, en China, se observó que la presencia de cuidadores familiares impactó de manera positiva al reducir, de cierta forma, la tasa de baja adherencia, esto indica que, tanto el apoyo familiar y social es determinante para continuar el tratamiento y mejorar, en general, los resultados terapéuticos (20 - 22,33).

El análisis demográfico realizado en Ecuador destaca que las mujeres presentan una menor adherencia al tratamiento en comparación con los hombres. Además, se observó que los pacientes mayores siguen su tratamiento de manera más consistente. Estos hallazgos coinciden con estudios realizados en España, donde los pacientes mayores también mostraron una mayor adherencia, posiblemente debido a su mayor experiencia con la enfermedad y al apoyo constante de sus familiares (24,25).

En China, la juventud se asoció con una mayor falta de adherencia, atribuida al estigma social y la falta de educación sobre la esquizofrenia. Por otro lado, en Bulgaria y Hong Kong, se identificaron barreras adicionales para las mujeres, como los roles tradicionales de cuidado que asumen, además de las preocupaciones con respecto a los efectos secundarios de los medicamentos, lo que dificulta aún más su adherencia al tratamiento (24,25).

Es importante que las estrategias que se implementen deben considerar intervenciones que se adapten a la cultura y las necesidades específicas del país. Entre las estrategias clave, se destacan la educación tanto al paciente como a sus familiares, asegurando que comprendan la importancia de la adherencia y el impacto de la enfermedad. Además, es crucial trabajar en la reducción del estigma social mediante campañas de concienciación para mejorar la percepción pública sobre la salud mental. También es fundamental abordar el manejo adecuado de los efectos secundarios y realizar ajustes en la medicación para minimizar las reacciones adversas, mejorando así la continuidad del tratamiento (24,25).

La intervención en el apoyo social y familiar puede jugar un papel fundamental al impulsar el aporte activo de la familia en conjunto con la toma de medicación. La implementación de estas estrategias tiene el potencial de mejorar considerablemente el bienestar de dichos pacientes, al mismo tiempo, se reduce la carga económica asociada a la esquizofrenia en Ecuador. En un estudio publicado por la Revista Colombiana de Psiquiatría, los autores destacan que la falta de adherencia es un problema con muchos efectos negativos tanto en los pacientes como en la sociedad en general, afectando el bienestar de todos los involucrados (27,28).

Se identificaron factores relacionados con la baja adherencia al tratamiento como edad, sexo, falta de apoyo familiar y de características específicas tanto de la enfermedad como del tratamiento. El principal factor es la falta de conciencia de la enfermedad, lo que dificulta que los pacientes comprendan la importancia de seguir el tratamiento. En este sentido, se propone mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental, así como la promoción de un mayor conocimiento sobre la enfermedad, podrían ser intervenciones clave. Además, fortalecer la relación entre médico y paciente es otro aspecto crucial que podría contribuir significativamente a mejorar la adherencia al tratamiento (27,28).

El estudio que se realizó en la Universidad Central del Ecuador indicó una adherencia de media a baja, reflejando que las mujeres junto con pacientes que presentaron esquizofrenia y otros trastornos fueron los de que peor adherencia tuvieron. De igual forma, las causas más asociadas a la falta de adherencia son, la falta de conciencia sobre la enfermedad y como llevar el tratamiento correctamente, así como el limitado apoyo familiar. Estas discusiones subrayan la complejidad de seguir el tratamiento en pacientes con este trastorno, enfatizando que para la mejora de estos resultados terapéuticos es fundamental abordar una serie de factores interrelacionados (29,30).

Un estudio realizado en México comparó la adherencia farmacológica en pacientes de etnia aymara y no aymara con esquizofrenia en Bolivia, Perú y Chile. Los resultados mostraron que los pacientes aymara tenían una menor adherencia en comparación con los no-aymara. Sin embargo, es importante señalar que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, lo que sugiere que otros factores podrían estar influyendo en los resultados observados (31).

Se observó que tanto la severidad del trastorno como la edad estaban significativamente asociadas con la adherencia, con los pacientes más jóvenes y aquellos con mayor sintomatología rechazo hacia la medicación. La discusión sugiere que las dinámicas migratorias han afectado la preservación de las tradiciones y sus costumbres de las etnias aymara, impulsando la adopción de estilos de vida más interculturales y alterando su concepción de la enfermedad mental. En este sentido, es importante que los médicos encargados de estos pacientes eviten aplicar estereotipos según la etnia y adherencia al tratamiento con medicación antipsicótica, promoviendo un enfoque más individualizado y sensible a las realidades culturales de los pacientes (31).

Otro estudio aborda el problema del incumplimiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia y su impacto en el ámbito sanitario, incluyendo los altos costos económicos asociados. La discusión destaca la necesidad de identificar cuáles son las causas que impiden el cumplimiento del tratamiento y el tipo de pacientes que lo concluye. Se señala que la observación de esta realidad del personal de salud es crucial para replantear cuestiones como los motivos del abandono o incumplimiento del tratamiento y la naturaleza de las relaciones con los pacientes que les impide seguir con la medicación (32).

Se enfatiza que encontrar respuestas a estas preguntas es relevante para mejorar la salud y bienestar de las personas con esta enfermedad. En los últimos veinte años, se realizaron diversos estudios sobre el tema, reflejando que el personal de enfermería juega un rol importante en la reducción de recaídas para una mejor adherencia al tratamiento (32).

Por último, se destaca la complejidad de la adherencia psicofarmacológica de estos pacientes, haciendo énfasis en cómo los factores culturales, demográficos y del sistema de salud influyen en este proceso. Se subraya la necesidad de adoptar enfoques individualizados y culturalmente sensibles, los cuales son esenciales para la mejora de la adherencia. Al mismo tiempo, estos enfoques tienen potencial de optimizar los resultados terapéuticos en esta población, reconociendo que cada paciente es único y que sus contextos sociales y culturales deben ser considerados en el manejo de su enfermedad (32).

## CONCLUSIONES

En conclusión, a través de la validación de la Escala de Morisky en adultos con trastornos mentales en general demostró ser una herramienta útil en la evaluación, ya que confirma su validez y confiabilidad, para proporcionar resultados correctos. Gracias a su respaldo psicométrico, es aplicable en Ecuador y facilita la identificación de los pacientes que necesitan más apoyo para mejorar la adherencia a los psicofármacos.

Por otro lado, el estudio realizado en Guayaquil evidenció diversos factores que influyen en este proceso, tanto a nivel social y personal como en el sistema de salud. Entre las principales barreras que lo dificultan se encuentran la falta de apoyo familiar, el estigma social y el nivel económico. En este sentido, se ha observado que la implementación de tratamientos inyectables de acción prolongada podría contribuir a mejorar la adherencia en los pacientes. Si bien ambos sexos enfrentan obstáculos para adherirse al tratamiento, las mujeres presentan mayores dificultades debido a la mayor carga emocional y el estigma social. Por ello, es importante desarrollar nuevos esquemas que se adapten a las particularidades de cada género.

Finalmente, el análisis de los datos demuestra que la frecuencia de las tomas, el tipo de medicamento y la edad son factores determinantes. Se ha evidenciado que los regímenes simplificados y de larga duración favorecen la adherencia. Asimismo, los pacientes de mayor edad mostraron un mayor compromiso en comparación con los más jóvenes, quienes enfrentan más desafíos debido a factores sociales y a la falta de conciencia acerca de su enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thiesen J, Fortes S, Cavalcanti MT. The impact of territorial care in the treatment of people diagnosed with schizophrenia and delusional disorders in a Rio de Janeiro community. *Salud Colectiva*. 2021; 17:1–17. doi:[10.18294/SC.2021.3020](https://doi.org/10.18294/SC.2021.3020)
2. Iveli MF. Tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia en la población infantojuvenil: estado del arte. *Vertex* [Internet]. 2024 [citado el 31 de enero de 2025];35(163):51–62. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/527>
3. MSD Manual. Adherencia al tratamiento farmacológico [Internet]. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/f%C3%A1rmacos-o-sustancias/factores-que-influyen-en-la-respuesta-del-organismo-a-los-f%C3%A1rmacos/adherencia-al-tratamiento-farmacol%C3%B3gico>
4. World Health Organization. (2020). \*Mental disorders\*. Retrieved from [WHO](<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-dis>
5. Zacker C, Puckett J, Kamal-Bahl S. Real-world adherence and discontinuation of oral antipsychotics and associated factors in a national sample of US medicare beneficiaries with schizophrenia. *Clinicoecon Outcomes Res* [Internet]. 2024; 16:567–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/ceor.s469001>
6. A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos, Manual de psicopatología, McGraw-Hill 2009, vol II, 372-392, 422-440, 2 ed. American Psychiatric Asociacion, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision), 2020.
7. Alvear Velásquez, M. Adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con trastornos mentales graves y persistentes: Revisión sistemática. *Rev.colomb.psiquiatr.* 2022; 53 (2): 44 p. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502024000200192](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502024000200192)
8. Choi WJ, Joo SW, Ahn S, Choi YJ, Lee JS. One-Year Clinical Outcomes After Diagnosis According to Early Medication Adherence in First-Episode Schizophrenia: A Nationwide, Health Insurance Data-Based Retrospective Cohort Study. *Rev de la Sociedad Coreana de Esquizofrenia* [Internet] 2023;

- 26:24–31. Available from: <https://www.kjsr.org/upload/pdf/kjsr-2023-26-1-24.pdf>
9. Charles H, Siva R. Percepciones de la adherencia y la falta de adherencia a la medicación entre pacientes con esquizofrenia: un estudio cualitativo de la India. *Int J Adv Nurs Res.* 2023;6(2):01-05. doi: [10.33545/nursing.2023.v6.i2.a.332](https://doi.org/10.33545/nursing.2023.v6.i2.a.332)
10. Cano JF, Fierro-Urresta M, Vanegas CR, Alzate M, Olarte A, Cendales R, et al. Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet]. 2007 [citado el 31 de enero de 2025]; 9(3): 455–64. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642007000300014](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300014)
11. Lang K, Meyers JL, Korn JR, Lee S, Sikirica M, Crivera C, et al. Medication Adherence and Hospitalization Among Patients With Schizophrenia Treated With Antipsychotics. *Psychiatric Services* [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2010 Dec 1 [cited 2025 Jan 10];61(12):1239–47. Available from: <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1239>
12. Bohlken J, Konrad M, Kostev K. Adherencia al tratamiento neuroléptico en consultas psiquiátricas: un estudio retrospectivo de 55 consultas con más de 5000 pacientes bipolares y esquizofrénicos en Alemania. *Res de Psiquiatría* [Internet]. 2020;284(112758):112758. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178119325764>
13. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Tanskanen A, Taipale H. Incumplimiento primario del tratamiento antipsicótico entre personas con esquizofrenia. *Toro esquizofra* [Internet]. 2022;48(3):655–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbac014>
14. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Falta de adherencia después del alta hospitalaria en pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo: un estudio de seguimiento naturalista de seis meses. *Compr Psiquiatría* [Internet]. 2021;108(152240):152240. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X21000183>
15. Vassileva I, Milanova V, Asan T. Predictors of medication non-adherence in Bulgarian outpatients with schizophrenia. *Community Ment Health J* [Internet].

- 2014;50(7):854–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9697-8>
16. Li X-H, Deng S-Y, Zhang T-M, Wang Y-Z, Wong IYL, Ran M-S. Medication non-adherence and its influencing factors in persons with schizophrenia in rural China. *J Ment Health* [Internet]. 2022;33(1):40–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2022.2140789>
17. YK, Chan CY, Fung SC, Lui TT, Lau FC, Chan KW. Tasas y correlaciones de conductas y actitudes de incumplimiento de la medicación en pacientes adultos con psicosis temprana. *Soc Psiquiatría Epidemiol* [Internet]. 2023;59(7):1215–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-023-02563-4>
18. Sanz Domingo AI, Ferrer Barragán L. Estigmatización y adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202210150. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8806750>
19. Muñoz Hernández A. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia. Revisión bibliográfica. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad Autónoma de Madrid; 2020. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687916/munoz\\_hernandez\\_al\\_ejandrotfg.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687916/munoz_hernandez_al_ejandrotfg.pdf?sequence=1)
20. Gómez-Revuelta M, Pelayo-Terán JM, Juncal-Ruiz M, Vázquez-Bourgon J, Suárez-Pinilla P, Crespo-Facorro B. Adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con un primer episodio de psicosis: una revisión sistemática. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13(2):78-89. Disponible en: <https://academic.oup.com/ijnp/article/23/4/217/5715030>
21. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia: una revisión sistemática. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2019;12(2):85-94. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4932152/>
22. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. No adherencia a la medicación psicotrópica y sus factores asociados entre pacientes con trastornos psiquiátricos mayores: una revisión sistemática y metaanálisis. *Syst*

- Rev. 2020;9(1):17. Disponible en:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6966860/>
23. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia (Heidelb)* [Internet]. 2023 [citado el 3 de febrero de 2025];9(1):1–8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41537-023-00356-x>
24. Llorca PM, Lançon C, Hartry A, Brown TM, Berardo L, François C. Evaluación de la adherencia al tratamiento con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia: una revisión sistemática. *J Clin Psychiatry*. 2019;78(2):e298-308.
25. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Directrices de consenso de expertos: problemas de adherencia en pacientes con enfermedad mental grave y persistente. *J Clin Psychiatry*. 2019;70 Suppl 4:1-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19686636/>
26. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. No adherencia a la medicación en pacientes con trastornos psicóticos: epidemiología, factores contribuyentes y estrategias de manejo. *World Psychiatry*. 2019;12(3):216-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24096780/>
27. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein M, Ogedegbe G. Medición de la adherencia al tratamiento psiquiátrico. *J Psychosom Res*. 2019;69(6):591-9. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3930068/>
28. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2019;176(2-3):109-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20185182/>
29. Moritz S, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Woodward TS. Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychol Med* [Internet]. 2011;41(9):1823–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002618>
30. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, et al. Physical activity and sedentary behavior in people with schizophrenia: a

- systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2019;43(2):290-9.  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28941119/>
31. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry.* 2019;16(2):163-80.  
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28498599/>
32. Firth J, Stubbs B, Teasdale SB, Ward PB, Veronese N, Shivappa N, et al. Dieta inflamatoria y síntomas de salud mental en adultos: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales. *Public Health Nutr.* 2019;22(4):654-65.  
Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6529779/>

## ANEXOS

### ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR DEFINICION OPERACIONA L	Tipo de variable
Adherencia al tratamiento	La medida en la que los pacientes siguen las indicaciones de su tratamiento farmacológico.	Cumplimiento de la medicación	Porcentaje de dosis de medicación tomadas según lo prescrito durante un período específico.	Cuantitativa continua
Tipo de medicamento	Clasificación de medicamentos para el tratamiento	Psicofármacos utilizados	Categorización de los medicamentos prescritos en antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo	Cualitativas nominal
Grupo etario	Grupo de personas que comparten edad o momento vital, y que resultan de interés estadístico o académico.	Edad de los adultos con trastornos mentales	Categorización de los pacientes en grupos de edad específicos	Cuantitativa discreta
Diagnóstico médico	Proceso para identificar una enfermedad, afección o lesión a partir de los signos y síntomas, la historia clínica y el examen físico del paciente.	Trastorno mental diagnosticado en cada paciente	Clasificación de los pacientes según su diagnóstico médico registrado en las historias clínicas (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia)	Cualitativa nominal
Frecuencia de las tomas	La regularidad con la que los pacientes toman su medicación prescrita	Número de veces al día/semana/mes que toma cada medicamento	Número real de dosis tomadas	Cuantitativa discreta
Efectividad del tratamiento	Capacidad del tratamiento para lograr los resultados clínicos esperados bajo condiciones reales	Reducción de síntomas.	Cambios en puntuaciones de escalas clínicas específicas.	Cuantitativa continua

Nivel socioeconómico	Posición económica y social de una persona en la sociedad.	Ingresos, ocupación, nivel educativo.	Clasificación por quintiles de ingresos. Nivel educativo alcanzado (Primaria, Secundaria, Universitaria, Posgrado). Tipo de ocupación	Cualitativa ordinal.
Resultados clínicos	Estado de salud de los pacientes después de recibir el tratamiento	Evolución de la enfermedad	Evaluaciones médicas periódicas.	Cuantitativa continua



## PROTOCOLO DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

Código:

F-  
DT-

Edición:

01

**Macro-Proceso:** Dirección de  
titulación UCACUE

**Proceso Interno:** Titulación Facultad  
de Medicina de la UCACUE

**Fecha  
Aprobación:**



## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

### CARRERA DE MEDICINA

*Tema:* Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con Esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia. Periodo 2023-2024

Protocolo del trabajo de titulación previo la obtención del título de

*Médico*

**Autor:** Jenny Esthefania Paucar Salazar, Ricardo Martin Riera Campoverde

**Director:** Dr. Andrés Ramírez Coronel, PH.D.

Azogues – Ecuador

2024

**Anexo 3. Formulario de Exención de Evaluación**  
**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Fecha: 01 de agosto de 2024**

<b>NOMBRE DEL INVESTIGADOR (A) PRINCIPAL:</b> Jenny Esthefania Paucar Salazar, Ricardo Martin Riera Campoverde		
<b>LA INVESTIGACIÓN INVOLUCRA PARTICIPANTES HUMANOS:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>REQUIERE DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>REQUIRE ASENTIMIENTO INFORMADO</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



ITEM	Descripción
<b>A</b>	<p><b>Título de estudio</b></p> <p>Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con Esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia. Periodo 2023-2024</p> <p>El presente estudio forma parte del proyecto “Validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) para psicofármacos y características en adultos con regímenes de tratamiento de trastornos mentales a largo plazo en un centro de salud mental de Ecuador, 2023-2024” Con código de ética: 7-EO-CEISH-HLV-2023</p>
<b>B</b>	<p><b>Resumen del estudio (antecedentes y justificaciones) (Máximo 200 palabras)</b></p> <p><b>Introducción:</b> La adherencia al tratamiento es crucial en la gestión de condiciones crónicas como la esquizofrenia, ya que influye directamente en la eficacia del tratamiento y el pronóstico de la enfermedad. Factores como la complejidad del régimen, efectos secundarios de los medicamentos y la calidad de la relación médico-paciente pueden afectar la adherencia. <b>Objetivo:</b> Determinar la adherencia a la medicación para psicofármacos en adultos con Esquizofrenia en Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador en el año 2024. <b>Metodología:</b> Se llevará a cabo una investigación cuantitativa correlacional descriptiva con una muestra de 310 pacientes utilizando el cuestionario de Morisky. <b>Resultados esperados:</b> Se anticipa que la prevalencia de mala adherencia será entre el 40% y el 60%, y que se encontrarán diferencias en la adherencia según el sexo y el grupo de psicofármacos. Se espera que la escala de Morisky tenga alta consistencia interna, con coeficientes alfa y de McDonald superiores a 0.70, lo que validará su fiabilidad. Finalmente, se espera diferencias significativas en la adherencia entre los distintos grupos de psicofármacos y edades de los pacientes en la muestra</p> <p><b>Palabras clave:</b> Adherencia psicofarmacológica, Esquizofrenia, Escala Morisky.</p>

<p><b>C</b></p>	<p><b>Objetivos de la investigación</b></p> <p><b>Objetivo general</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con Esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador en el año 2024.</li> </ul> <p><b>Específicos</b></p> <p><b>OE1:</b> Validar las propiedades psicométricas, incluyendo contenido, validez y fiabilidad, de la escala de Morisky en psicofarmacoterapia para adultos.</p> <p><b>OE2:</b> Identificar la prevalencia de la mala adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en función al sexo.</p> <p><b>OE3:</b> Analizar los patrones de adherencia a la medicación en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, incluyendo la relación entre la frecuencia de las tomas, el tipo de medicamento prescrito y el grupo etario.</p> <p><b>Preguntas de investigación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué métodos se utilizan para validar la escala de Mortinsky en adultos con esquizofrenia y cuáles son las características psicométricas clave de esta escala en adultos con esquizofrenia?</li> <li>¿En qué medida la mala adherencia entre adultos con esquizofrenia difiere según el género, el tipo de medicamento prescrito y el rango de edad, y qué factores específicos influyen en las diferencias observadas?</li> <li>¿Cuáles son los patrones generales de adherencia al tratamiento entre los adultos con esquizofrenia y cómo difieren en función de las variables sociodemográficas y clínicas, como el tipo de medicación, el género y la edad?</li> </ul> <p><b>Hipótesis</b></p> <p>La escala de Morisky, al ser validada en términos de validez de contenido y fiabilidad (alfa de Cronbach y coeficiente de McDonald), demostrará ser adecuada para medir la adherencia a la medicación psicofarmacológica en adultos con esquizofrenia, revelando además diferencias significativas en la tasa de mala adherencia según el sexo, el tipo de medicamento y el grupo etario.</p>	
<p><b>D</b></p>	<p><b>Tipo de investigación (marque todas las necesarias):</b></p> <p>-Actividades de formación en la investigación, cursos, seminarios de graduación, talleres, etc. <input type="checkbox"/></p> <p>-Evaluación de programas, servicios o necesidades para el aseguramiento de la calidad o actividades de mejora de calidad. <input type="checkbox"/></p> <p>-Investigación en repositorios, bancos de tejidos o ADN, bases de datos o materiales almacenados previamente y debidamente anonimizados. <input type="checkbox"/></p> <p>-Investigación con información privada codificada o muestras biológicas no obtenidas para el presente proyecto y donde los investigadores no pueden <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Opciones que sean</b></p> <p>-Investigación sobre instituciones o procesos generalizables sobre un individuo o grupo. <input checked="" type="checkbox"/> X</p> <p>-Entrevistas cualitativas con sujetos humanos, entrevistas abiertas, que representan un riesgo <input type="checkbox"/> mínimo para una población meta no vulnerable.</p> <p>-Informes descriptivos de caso individual que no implican investigación sistemática. <input type="checkbox"/></p> <p>- Reporte de casos</p> <p>Observacional descriptivo de registros médicos <input type="checkbox"/></p> <p>Tesis de grado <input type="checkbox"/></p> <p>Tesis de posgrado <input type="checkbox"/></p> <p>Otros (especifique) _____ <input type="checkbox"/></p>

	<p>determinar la identidad de la persona a la que pertenece la muestra. <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>E</b></p>	<p>Descripción resumida de la metodología del estudio incluyendo la interacción con participantes humanos: (Máximo 200 palabras)</p> <p>Se llevará a cabo una investigación cuantitativa, no experimental, con un diseño descriptivo y correlacional para explorar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia. El estudio se realizará en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil, una institución especializada en trastornos neurológicos y psiquiátricos ubicada en Guayaquil, Ecuador. La muestra constará de 310 pacientes con esquizofrenia, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia para mitigar el riesgo de sesgo debido a la heterogeneidad de la población. El diseño será transversal y se utilizarán el cuestionario MMAS-8, junto con cuestionarios demográficos y clínicos complementados por una encuesta sociodemográfica ad hoc. La recolección de datos se efectuará en un entorno confidencial y controlado por médicos, psiquiatras y personal especializado del Instituto. El análisis estadístico se realizará utilizando los programas JAMOV I y STATA, aplicando medidas de tendencia central y dispersión, pruebas de fiabilidad, y análisis de varianza para comparar la adherencia entre subgrupos. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de adherencia y sus factores determinantes en pacientes con esquizofrenia.</p>	
<p><b>F</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Participación de población vulnerable</b></p> <p>-Personas menores de edad o personas sin capacidad volitiva, cognoscitiva, o con deterioro cognitivo moderado o severo.</p> <p>-Personas altamente dependientes de atención en salud. <input type="checkbox"/></p> <p>-Pacientes en estado crítico en unidades cuidados intensivos o intermedios <input type="checkbox"/></p> <p>-Pacientes en situaciones de emergencia en salud <input type="checkbox"/></p> <p>-Participantes de comunidades autóctonas emigrantes y en colectivos particularmente vulnerables. <input type="checkbox"/></p> <p>-Grupos comunitarios con características particulares <input type="checkbox"/></p> <p>-Grupos subordinados. <input type="checkbox"/></p> <p>-Participantes mujeres embarazadas o en período de lactancia <input type="checkbox"/></p> <p>-Participantes privados de libertad <input type="checkbox"/></p> <p>-Estudiantes de las actividades docentes del investigador <input type="checkbox"/></p> <p>-Adultos mayores <input type="checkbox"/></p> <p>-Otros (especifique): Pacientes diagnosticados de Esquizofrenia. <input type="checkbox"/></p> <p>-No aplica <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>G</b></p>	<p><b>Criterios de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes incluidos en el estudio son aquellos diagnosticados con esquizofrenia, mayores de 18 años, que asisten a consulta externa en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) y que han firmado el consentimiento informado.</li> </ul> <p><b>Criterios de exclusión</b></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes excluidos son aquellos cuyos diagnósticos de esquizofrenia son recientes (menos de 3 meses), y que su registro en la consulta externa del Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC) esté incompleto o presente inconsistencias.</li> </ul>
<b>H</b>	<p><b>Declaración de Riesgos de la investigación</b></p> <p>Es una investigación sin riesgos, porque es un análisis secundario de datos consolidados con bases de datos anonimizadas obtenidos de registros existentes que reposan en la base de datos del proyecto “Validación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) para psicofármacos y características en adultos con regímenes de tratamiento de trastornos mentales a largo plazo en un centro de salud mental de Ecuador, 2023-2024”</p>
<b>I</b>	<p><b>Beneficios para el participante individual</b></p> <p>El estudio sobre adherencia al tratamiento psicofarmacológico en esquizofrenia busca mejorar el manejo de la enfermedad mediante encuestas y entrevistas que identifican obstáculos y problemas con el tratamiento. Ofrece planes de intervención personalizados, información actualizada, y mejora la conexión entre pacientes y proveedores de atención, lo que podría aumentar la adherencia y calidad de vida, reduciendo recaídas y promoviendo estabilidad.</p>
<b>J</b>	<p><b>Beneficios para la población</b></p> <p>Esta investigación sobre la adherencia al tratamiento psicofarmacológico en esquizofrenia busca mejorar la atención médica y adaptar herramientas a necesidades locales. Los hallazgos pueden influir en políticas de salud pública, validar la escala MMAS-8 en Ecuador y promover una mejor comprensión de los desafíos del paciente, optimizando recursos y fortaleciendo el bienestar colectivo.</p>
<b>K</b>	<p><b>Previsiones para resguardar la privacidad, confidencialidad y almacenamiento de los datos, tiempo de resguardo, detalle de la anonimización de los datos de los participantes</b></p> <p>Para garantizar la seguridad de la información en la investigación, se sustituirán los datos personales por códigos únicos. La información se almacenará en Office 365, administrado por la Universidad Católica de Cuenca, con acceso restringido al equipo de investigación. Utilizaremos cifrado y contraseñas seguras, y al finalizar, los datos serán eliminados de forma segura.</p>
<b>L</b>	<p><b>Descripción del sitio, instalaciones o lugar donde se realizará el estudio (escuela, facultad, centro, instituto, etc.)</b></p> <p>Instituto de Neurociencias de Guayaquil (INC), una institución pública ubicada en: Av. Carlos Luis Plaza Dañin, junto al Hospital del IESS Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil, Ecuador.</p>




---

**Firma del  
Investigador**



**Firma del  
Investigador**

### ANEXO C: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR DEFINICION OPERACIONAL	Tipo de variable
Adherencia a la medicación	La medida en la que los pacientes siguen las indicaciones de su tratamiento farmacológico.	Cumplimiento de la medicación	Porcentaje de dosis de medicación tomadas según lo prescrito durante un período específico.	Cuantitativa continua
Tipo de medicamento	Clasificación de medicamentos para el tratamiento	Psicofármacos utilizados	Categorización de los medicamentos prescritos en antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo	Cualitativas nominal
Grupo etario	Grupo de personas que comparten edad o momento vital, y que resultan de interés estadístico o académico.	Edad de los adultos con trastornos mentales	Categorización de los pacientes en grupos de edad específicos	Cuantitativa discreta
Diagnóstico médico	Proceso para identificar una enfermedad, afección o lesión a partir de los signos y síntomas, la historia clínica y el examen físico del paciente.	Trastorno mental diagnosticado en cada paciente	Clasificación de los pacientes según su diagnóstico médico registrado en las historias clínicas (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia)	Cualitativa nominal
Frecuencia de las tomas	La regularidad con la que los pacientes toman su medicación prescrita	Número de veces al día/semana/mes que toma cada medicamento	Número real de dosis tomadas	Cuantitativa discreta
Efectividad del tratamiento	Capacidad del tratamiento para lograr los resultados clínicos esperados bajo condiciones reales	Reducción de síntomas.	Cambios en puntuaciones de escalas clínicas específicas.	Cuantitativa continua
Nivel socioeconómico	Posición económica y social de una persona en la	Ingresos, ocupación, nivel educativo.	Clasificación por quintiles de ingresos.	Cualitativa ordinal.

	sociedad.		Nivel educativo alcanzado (Primaria, Secundaria, Universitaria, Posgrado). Tipo de ocupación	
Resultados clínicos	Estado de salud de los pacientes después de recibir el tratamiento	Evolución de la enfermedad	Evaluaciones médicas periódicas.	Cuantitativa continua

## **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Jenny Esthefania Paucar Salazar** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0706757242**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia, enero 2023 – abril 2024.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **20 de mayo de 2026**



Validar únicamente en FirmaBC.  
Firmado electrónicamente por:  
**JENNY ESTHEFANIA  
PAUCAR SALAZAR**

F: .....

**Jenny Esthefania Paucar Salazar**

**C.I. 0706757242**

## **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Ricardo Martin Riera Campoverde** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105757710**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del proyecto de titulación **“Adherencia al tratamiento con psicofármacos en adultos con esquizofrenia en el Instituto de Neurociencias de Guayaquil en Ecuador: estudio de validación psicométrica y prevalencia, enero 2023 - abril 2024.”**, de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste proyecto de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, **20 de mayo de 2026**.



F: .....

**Ricardo Martin Riera Campoverde**

**C.I. 0105757710**