



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia

TESIS

Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública

PRESENTA

L.E. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera

DIRECTORA

Dra. Maribel Cruz Ortiz

CO ASESORA

Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez

San Luis Potosí, S.L.P, México

Septiembre del 2024

Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia © 2024 by Jessica Guadalupe Navarrete

Olvera is licensed under [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia

TESIS

Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública

PRESENTA

L.E. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera

DIRECTORA

Dra. Maribel Cruz Ortiz

CO ASESORA

Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez

San Luis Potosí, S.L.P, México

Septiembre del 2024

Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia © 2024 by Jessica Guadalupe Navarrete

Olvera is licensed under [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia

TESIS

Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública

PRESENTA

L.E. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera

SINODALES

Dr. Darío Gaytán Hernández
PRESIDENTE

Firma

Mtra. Rita de Guadalupe Martínez Rocha
SECRETARIA

Firma

Dra. Maribel Cruz Ortiz
VOCAL

Firma

San Luis Potosí, S.L.P, México

Septiembre del 2024

Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia © 2024 by Jessica Guadalupe Navarrete

Olvera is licensed under [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

DEDICATORIA DE TESIS

Dedico esta tesis a mis queridos padres María Félix e Higinio Alfredo las personas que más amo, respeto y admiro, por su perseverancia, enseñanzas, fortaleza y sacrificio para que sus hijos fueran profesionistas e individuos virtuosos. Sin duda cada éxito alcanzado se lo debo a ustedes y agradezco profundamente que hayan sido mi sostén emocional durante el posgrado.

A mis apreciados hermanos Karla Patricia y Cesar Alfredo, que desde la infancia hemos compartido momentos de alegría e infortunio, por ser mis confidentes, cómplices y consejeros e indiscutiblemente por motivarme a superar obstáculos y por su apoyo para continuar con mi preparación profesional.

De igual manera, a mi inolvidable abuela María Guadalupe, que inspiró gran parte de esta investigación, ya que, cuidar de otros en condiciones de vulnerabilidad debe preservar la dignidad humana y acompañarse de paciencia, solidaridad, empatía y amor hasta el último aliento. Tu ausencia dejó un gran vacío en mi corazón y me reconforta pensar que desde el cielo me acompañas.

Asimismo, a mis estimados amigos y otros seres queridos que influyeron de manera positiva en el trascurso de mi vida, por su apoyo invaluable, comprensión en momentos difíciles y por los lazos compartidos, gracias por ser aliados de aventuras, desafíos, metas y anhelos.

“Confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas a muchas amargas dificultades”. “Y verá el mundo que tiene contigo más fuerza la razón que el apetito”.

de Cervantes-Saavedra M. El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha. Madrid: Editio princeps; 1605.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a mi directora de tesis la Dra. Maribel y a mi co asesora la Dra. Ma. del Carmen por su paciencia, orientación invaluable, compromiso y apoyo para la culminación de esta tesis. Además, de la disposición y tiempo para brindar un asesoramiento experto durante el desarrollo de esta investigación y guiarme hasta el final a pesar de las dificultades que se presentaron.

De igual manera, agradezco a las autoridades pertinentes de la Clínica Psiquiátrica donde se desarrolló el estudio por la autorización, respaldo y acceso a la institución, al personal administrativo de Jefatura de Enfermería y especialmente a la Mtra. Claudia y la Mtra. Rita por las oportunidades de aprendizaje que me brindaron en el campo.

A su vez, agradezco al personal operativo por sus apreciables enseñanzas y desarrollo de habilidades que me permitieron mejorar en mi práctica profesional, en particular al Mtro. Abelardo por su contribución invaluable en la adquisición de nuevos conocimientos en el área de la Enfermería de Salud mental y Psiquiátrica y formar parte de los jueces expertos que evaluaron mi instrumento de medición.

También, quiero expresar mi agradecimiento a otros profesionistas expertos en Psiquiatra y Salud mental que de igual manera colaboran como jueces en la evaluación del Cuestionario "CCuATE" por compartir su experiencia y pericia que facilitó el progreso del estudio y a mis docentes de la Maestría en Salud Pública por mi formación como salubrista.

Finalmente, reconozco y agradezco la labor del Colectivo de salud mental participante, por abrirme un espacio y sobre todo a las personas cuidadoras y sus familiares que integran la asociación, ya que, sus historias de vida fortalecieron mi empatía, sensibilización, conocimientos, labor y compromiso con la justicia social y particularmente a la Mtra. Yolanda por su gran labor como directora, apoyo y acercamiento a todos los voluntarios, familias y miembros de esta comunidad.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 Justificación	6
1.2 Pregunta de investigación	11
II. OBJETIVOS	12
2.1 General	12
2.2 Específicos	12
III. HIPÓTESIS	13
IV. MARCO TEÓRICO	14
4.1 Antecedentes del concepto de Adherencia Terapéutica	14
4.2 Factores que afectan la adherencia terapéutica	14
4.3 Dificultades de la adherencia terapéutica	17
4.4 Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica	18
4.5 La Esquizofrenia.....	19
4.5.1 Tratamiento.....	20
4.5.2 Barreras del tratamiento farmacológico	21
4.5.3 Barreras del tratamiento no farmacológico.....	23
4.6 Dificultades de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia	23
4.7 Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia	24
4.8 Cuidado y Autocuidado.....	25
4.8.1 Cuidadores.....	26
4.8.2 Cuidadores profesionales	27
4.8.3 Cuidadores no profesionales	28
4.9 Cuidadores primarios en la esquizofrenia	30
4.10 Intervenciones para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia	31

V. METODOLOGÍA.....33

5.1 Delineamiento de Estudio	33
5.1.1 Enfoque del estudio	33
5.1.2 Alcance	33
5.1.3 Tipo de estudio.....	33
5.2 Limites de Espacio y Tiempo	34
5.3 Población de estudio.....	34
5.3.1 Muestra	34
5.4 Variables	34
5.4.1 Variable independiente.....	34
5.4.2 Variable interviniente	35
5.4.3 Variable dependiente	35
5.5 Criterios de selección de la población.....	37
5.5.1 Criterios de inclusión	37
5.5.2 Criterios de exclusión.....	37
5.5.3 Criterios de eliminación	37
5.6 Instrumento de recolección de datos	37
5.7 Procedimientos.....	46
5.7.1 Para la aprobación.....	46
5.7.2 Para selección de la población	47
5.7.3 Para el desarrollo de la prueba piloto	47
5.7.4 Para implementación de intervención	48
5.7.5 Para las evaluaciones	48
5.8 Análisis de los datos.....	49
5.8.1 Prueba piloto.....	49
5.8.2 Intervención educativa	50
5.9 Recursos humanos, materiales y financieros	51
5.9.1 Recursos humanos.....	51
5.9.2 Recursos materiales y financieros	51
5.9.3 Cronograma de actividades.....	51
5.10 Diseño metodológico de la Intervención educativa “CCuATE”	51
5.11 Consideraciones éticas y legales.....	52

5.11.1 Normativas Internacionales	52
5.11.2 Helsinki.....	52
5.11.3 Código de Nuremberg.....	53
5.11.4 CIOMS: Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.	54
5.12 Normativas Nacionales	55
5.12.1 Ley General de Salud	55
5.12.2 Ley General de Salud en Materia de Investigación	55
5.12.3 Ley General de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados	57
5.13 Derechos de autoría.....	59
5.14 Declaración de no conflicto de intereses	59
5.15 Sobre el financiamiento	59
5.16 Sobre la transferencia de resultados.....	59
VI. RESULTADOS.....	60
6.1 Caracterización de la población	60
6.1.1 Cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia	60
6.1.2 Persona con esquizofrenia.....	62
6.1.3 Datos clínicos de las personas con esquizofrenia.....	64
6.2 Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa ..	66
6.2.1 Antes de la intervención educativa	67
6.2.2 Después de la intervención educativa	67
6.2.3 Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa por dimensión.....	68
6.2.4 Comparación del promedio de nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa.....	69
6.3 Prueba de hipótesis	69
6.3.1 Prueba de normalidad de los datos	69
6.3.2 T de student para muestras relacionadas	70
6.4 Factor de Hake (g).....	71
VII. DISCUSIÓN.....	73
VIII. CONCLUSIONES.....	80

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....82

X. ANEXOS.....96

Anexo 1. Operacionalización de variables.....96
Anexo 2. Instrumento de medición. Cuestionario CCuATE 104
Anexo 3. Primera evaluación del instrumento de medición por Jueces Expertos 111
Anexo 4. Segunda evaluación del instrumento de medición por Jueces Expertos 118
Anexo 5. Consentimiento informado de la Prueba piloto 125
Anexo 6. Recursos materiales y financieros 128
Anexo 7. Cronograma de actividades 129
Anexo 8. Mapa de sesiones para la Intervención educativa CCuATE 132
Anexo 9. Consentimiento informado para la intervención educativa 134
Anexo 10. Resultados de la Prueba Piloto 137

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones e ítems del Cuestionario “Conocimiento en cuidadoras primarias sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia” (CCuATE)38
Tabla 2. Datos generales de los jueces expertos participantes41
Tabla 3. Análisis estadístico por método (CVC) del cuestionario CCuATE...44
Tabla 4. Caracterización de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia60
Tabla 5. Caracterización de las personas con esquizofrenia.....63
Tabla 6. Categorización del nivel de conocimientos.....66
Tabla 7. Promedio del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias antes y después de la intervención educativa69
Tabla 8. Prueba de normalidad de los datos del nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa70
Tabla 9. Prueba T de student sobre el promedio obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa70
Tabla 10. Determinación del Factor de Hake por el promedio de aciertos de las cuidadoras en el pretest y postest71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de la intervención educativa y las evaluaciones según el momento.....	49
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Municipio de residencia de las cuidadoras primarias y sus familiares con esquizofrenia	61
Gráfico 2. Relación familiar que tienen las cuidadoras primarias con sus familiares con esquizofrenia	62
Gráfico 3. Tiempo que tienen con el diagnóstico de esquizofrenia	64
Gráfico 4. Medicamentos que toma la persona con esquizofrenia.....	65
Gráfico 5. Causas que dificultan la adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia.	66
Gráfico 6. Nivel de conocimientos de las cuidadoras antes de la intervención educativa	67
Gráfico 7. Nivel de conocimientos de las cuidadoras después de la intervención educativa	67
Gráfico 8. Nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa por dimensión.....	68

RESUMEN

Introducción. La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, crónica y compleja que puede ser discapacitante al afectar el desempeño de las actividades de la vida diaria y la autonomía. La falta de adherencia terapéutica en esta enfermedad tiene repercusiones importantes tanto para la persona enferma como para sus cuidadores primarios que habitualmente son familiares o cercanos que en su mayoría son mujeres “cuidadoras” que cumplen un rol protagónico en el proceso terapéutico de sus receptores al propiciar su autocuidado. Su participación activa y con conocimientos es muy relevante, pero demanda capacitación continua y permanente mediante estrategias de educación para la salud y psicoeducación. Por ello este proyecto tuvo como **Objetivo** determinar la efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia antes, al finalizar y tres meses después de la misma.

Metodología. Se trató de un estudio cuantitativo, pre-experimental y longitudinal, en el que se implementó una intervención educativa en cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia, que se llevó a cabo a través de dos sesiones educativas individualizadas en una clínica psiquiátrica de San Luis Potosí, México, entre el periodo de enero a mayo de 2024. Se realizaron dos evaluaciones del nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa utilizando el cuestionario CCuATE que fue construido expresamente para este proyecto.

Resultados. El proyecto se aplicó a 32 mujeres cuidadoras con edad promedio de 56 años. El 25% tenían primaria completa, el 31% solteras y el 75% no contaba con empleo remunerado. El nivel de conocimiento identificado antes de la intervención educativa era deficiente con un promedio de calificación de 59.5 y después de la intervención educativa se ubicó en un nivel bueno u óptimo con promedio de calificación de 87.5, es decir, se incrementó en un 68%.

Conclusiones. La intervención educativa desarrollada mostro significancia estadística entre el pretest y el postest.

Palabras clave: Intervención educativa, nivel de conocimientos, cuidadoras primarias, adherencia terapéutica, esquizofrenia.

ABSTRACT

Introduction. Schizophrenia is a serious, chronic and complex mental illness that can affect the performance of activities of daily living, autonomy or be disabling. The lack of therapeutic adherence in this condition has repercussions on the quality of life of the person suffering from it, suffers and in their caregivers. Primary caregivers are family members or close friends, made up mostly of women who in this research will be named as “caregivers” and play a favorable role in the therapeutic process of their recipients, which indirectly promotes their self-care; therefore, their active and active participation is relevant. training through health education strategies or psychoeducation. **Objective.** To determine the effectiveness of an educational intervention to improve the level of knowledge in primary caregivers about therapeutic adherence of people with schizophrenia before, at the end and three months after it. **Methodology.** Quantitative, pre-experimental and longitudinal study, which implemented an educational intervention in 32 primary caregivers of people with schizophrenia in a psychiatric clinic in San Luis Potosí, Mexico, between the period from January to May 2024. It was carried out through two individualized educational sessions per caregiver and the evaluations of the level of knowledge were carried out using the CCuATE questionnaire, a construct that used the Content Validity Coefficient by expert judgment for its use. **Results.** The level of knowledge of the primary caregivers about therapeutic adherence of people with schizophrenia before the educational intervention was poor with an average score of 59.5, after the second evaluation it improved significantly to good or optimal knowledge with an average score of 87.5, that is That is, it increased by 68%. **Conclusions.** The educational intervention for caregivers and its implication in therapeutic adherence in people with schizophrenia from the hypothesis test showed statistical significance between the pretest and the posttest.

Keywords: Educational intervention, level of knowledge, primary caregivers, therapeutic adherence, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico de etiología multifactorial, que se caracteriza por alteraciones del entorno como alucinaciones visuales, sensoriales o auditivas, delirios, pérdida de la motivación, pensamiento desorganizado, comportamientos incongruentes y una desorganización severa del funcionamiento emocional y social. ⁽¹⁾

Las personas con esquizofrenia tienen diversas dificultades para adherirse a sus tratamientos en casa, ya que, no solo implica el apegarse a la medicación o modificar conductas de salud, requieren de apoyo social, familiar, del personal de salud, del Estado, de los Sistemas de salud y de su entorno para adoptar medidas que prevengan recaídas o crisis, el control de sus síntomas, hospitalizaciones y favorecer su autocuidado.

Es oportuno mencionar que una adecuada adherencia terapéutica puede mejorar la calidad de vida de las personas, atenuar un mal pronóstico de la enfermedad, facilitar el desempeño de las actividades de la vida diaria o autonomía, productividad laboral y consecuencias potenciales como la muerte prematura por comorbilidades o suicidio.

Los principales componentes del apego terapéutico en este padecimiento consisten en modificar estilos de vida perjudiciales o poco saludables, el automonitoreo de síntomas para evitar exacerbaciones, el manejo del estrés crónico para disminuir el riesgo de otros padecimientos mentales como la depresión o ansiedad, el control de la conducta alterada a través de terapias cognitivas- conductuales y el farmacológico que implica la toma de medicamentos antipsicóticos u otros para reducir la sintomatología. ⁽¹⁻¹³⁾

Existen varios factores que dificultan la adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia, entre ellos los referidos a su larga duración, además de la severidad de los síntomas que dificultan la autonomía. A lo anterior se añaden retos particularmente comunes como los estilos de vida poco saludables tales como el uso de alcohol, tabaco o drogas psicotrópicas como la marihuana u alucinógenos, la falta de regulación del sueño-descanso y los altos nivel de estrés.

Una vez establecido el tratamiento farmacológico, también los efectos adversos asociados a la medicación pueden dificultar el apego al tratamiento. El uso de antipsicóticos típicos y atípicos que pueden acarrear alteraciones de la cognición, movimientos extrapiramidales como la distonía, temblores, discinesia tardía, motoras agudas como el parkinsonismo.

La posibilidad de aparición de sequedad de boca, sialorrea, constipación intestinal, hipotensión ortostática, aumento de peso, hiperglucemia, somnolencia, alteración de la presión arterial o alteración en el estado de alerta, asociados al uso de anticolinérgicos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo y otros medicamentos adyuvantes, también suelen causar dudas y reticencia a continuar con los fármacos sobre todo porque como consecuencia de todo lo anterior, el desarrollo de las actividades de la vida diaria dentro y fuera del hogar, se vuelven difíciles ⁽¹⁻¹³⁾

En relación a la organización del sistema de salud y la atención de los profesionales sanitarios, también pueden existir dificultades para la continuidad del tratamiento. Factores como la falta de diagnósticos oportunos y dificultades en el acceso de atención psiquiátrica especializada se suman a factores personales asociados al rechazo del tratamiento por una conducta distorsionada o toma de decisiones inherentes de un estado activo de psicosis. ⁽¹⁻¹³⁾

A nivel contextual, la pobreza económica trae consigo serias dificultades para acceder a la atención y costear o mantener un tratamiento. La progresión de la enfermedad asociada a esa falta de control refuerza la exclusión por el estigma del padecimiento y con ello se incrementa la discriminación y marginación que contribuyen a que no reciban atención médica oportuna generando de esa manera un círculo de exclusión y desigualdad social continua. ⁽¹⁻¹³⁾

Por tales barreras, resulta importante la implicación de los familiares o personas cercanas en su atención y cuidado. Se trata de los llamados cuidadores primarios, que pertenecen mayoritariamente al género femenino, usualmente no tienen remuneración económica, les unen lazos consanguíneos y/o afectivos y juegan un rol fundamental no solo para el cuidado directo sino y sobre todo para potenciar el autocuidado. ⁽²⁾

Dada esa necesidad de implicación, las personas cuidadoras primarias requieren participar para adquirir conocimientos y habilidades mediante estrategias, intervenciones o capacitaciones para hacer frente a limitaciones en el cuidado de sus receptores y en su propio autocuidado, considerando que, de igual manera, ellos tienen necesidades de apoyo desde áreas como salud, educación, economía, etc y también brindan a los profesionales grandes oportunidades de aprender de sus experiencias y con ello aportar en algún momento al diseño de la gobernanza para mejorar el diseño e implementación de la política pública en salud.

La presente investigación tiene como intención probar la efectividad de una intervención educativa con cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia, motivando su participación activa mediante una metodología participativa, enriquecida con materiales didácticos demostrativos y una relación dialógica que pretende mejorar los conocimientos sobre la importancia de la adherencia terapéutica a partir de sus experiencias y con ello impulsar el cuidado autónomo y la calidad de vida de ambos.

El trabajo que se presenta a continuación presenta una serie de apartados que muestran una revisión sobre algunos de los conocimientos más relevantes alrededor de la adherencia al tratamiento, su importancia para las personas con enfermedad mental y sus cuidadores y las dificultades que genera su abandono. También se presenta una serie de apartados que delinear la metodología desde el objetivo del proyecto hasta el camino seguido detalladamente para poner a prueba la intervención y cierra mostrando los resultados y conclusiones, así como los instrumentos utilizados tanto para la recogida de datos como para garantizar la participación segura de los informantes en este estudio, de todo ello se da cuenta a continuación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

La falta de adherencia terapéutica y conocimientos deficientes en torno a la misma, la convierten en un problema de salud pública con un gran impacto mundial, como consecuencia del fracaso en los objetivos terapéuticos, el aumento a los costos en los sistemas sanitarios, la demanda de atención en los servicios hospitalarios, el incremento de la morbimortalidad de otras enfermedades, repercusiones en la calidad de vida y la reducción de la eficiencia sanitaria. ^(2,3)

De acuerdo con la Organización Mundial de la salud (OMS) la adherencia terapéutica “es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia de salud”. ⁽⁴⁾

Sin embargo, esta definición solo contempla la responsabilidad del apego terapéutico directamente entre el profesional sanitario y la persona, dando una visión paternalista del personal de salud, sin considerar otros partícipes implicados en el cuidado como son los sistemas de salud, el estado (gobierno), la sociedad, el contexto y la familia. ^(2,3)

Para el autor Martínez-Granados la falta de adherencia “tiene una conceptualización en un contexto en que las decisiones del tratamiento son vistas unilateralmente por el personal médico o el enfermo y que no reflejan los determinantes sociales, culturales o económicos de la salud de las personas”. ⁽⁵⁾

Convencionalmente las causas del fracaso en la obtención de los beneficios del tratamiento se atribuían al individuo por el rechazo a la aceptación del diagnóstico, conocimientos insuficientes sobre el régimen terapéutico, falta de autocuidado, un control inadecuado, una mala gestión de la toma de medicamentos o por no mantener hábitos saludables. ⁽⁶⁾ Sin embargo, son varios los determinantes de salud que condicionan a la no adherencia terapéutica por causas directas o indirectas como son; los estilos de vida (una mala alimentación, falta de ejercicio, fumar, beber alcohol,

consumir otras sustancias nocivas, no descansar adecuadamente, altos niveles de estrés, entre otros). (3, 6, 7)

Además de lo anterior, los factores biológicos atribuibles a la enfermedad (cronicidad, severidad, progresión, dependencia), a la persona (creencias religiosas, nivel escolar, deseo de control), al tratamiento (duración, efectos adversos), los sistemas sanitarios (costos, acceso, falta calidad en los servicios o una atención deficiente), políticos (gobernanza, falta de programas y políticas para mejorar la adherencia) y los socioeconómicos (desigualdad, pobreza, desempleo y dificultades económicas para continuar o mantener un tratamiento). (3, 6, 7, 8)

Cabe señalar, que, con el aumento de las enfermedades crónicas, también lo han hecho los tratamientos a largo plazo. La tasa de adherencia terapéutica en padecimientos no transmisibles a nivel mundial se estima que es del 50 %, es decir que 1 de cada 2 personas cumplen con su régimen terapéutico (3,5) y según la OMS cada año se cobran la vida de 41 millones de personas, lo que equivale al 74% de todas las muertes en el mundo. (9)

Las enfermedades crónicas o no transmisibles son aquellas con una duración mayor de 6 meses y de progresión lenta, el no apegarse al tratamiento puede generar complicaciones potenciales de salud, aumentar el riesgo de adquirir otros padecimientos, discapacidad o muerte. (10, 11)

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que entra en la categoría de enfermedad crónica, se caracteriza por una interpretación de la realidad alterada, alucinaciones, delirios, pensamientos o comportamientos erráticos que afectan el funcionamiento de las actividades de la vida diaria y puede ser discapacitante. (12, 13)

La esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas en el mundo (1 de cada 300 la padecen), generalmente se presenta entre la adolescencia, la adultez temprana; los 25 y 30 años, aunque puede aparecer en otras etapas de la vida. Tiene mayor incidencia en hombres que en mujeres y las personas con esquizofrenia tienen el riesgo de 2 a 3 veces mayor de morir prematuramente a menudo por el desarrollo

de otros padecimientos crónicos de tipo cardiovasculares o metabólicos, infecciones y por suicidio. ⁽¹²⁾

La probabilidad por muerte prematura representa entonces un 50 % más de riesgo a fallecer por comorbilidades y la tasa de adherencia al tratamiento en promedio reportada mundialmente es del 50 %, aunque pareciera que se refieren solo al cumplimiento farmacológico, por lo anterior, las personas con esquizofrenia tienen una esperanza de vida que es menor del 10%, es decir, viven 10 años menos que la población en general. ^(6,12, 14)

En México la Secretaría de Salud en el 2017, reportó que había más de medio millón de personas con esquizofrenia con una relación de 120 a 140 hombres por cada 100 mujeres ⁽¹⁴⁾, sin embargo, no se encuentran datos nacionales sobre su tasa de adherencia en el país. A nivel estatal en San Luis Potosí se reportó que en el 2019 habían alrededor de mil personas diagnosticadas dentro de la Red Estatal de Atención Psiquiátrica ⁽¹⁵⁾ y de nuevo no se reportan cifras sobre las tasas de adherencia terapéutica.

La falta de información sobre las tasas de adherencia en la esquizofrenia a escala nacional y local demuestra una limitación en los servicios de salud, un problema que requiere de puntual atención, ya que la OMS dice que el 50 % de las personas en el mundo no reciben una atención oportuna y solo el 31,3% reciben atención de salud mental especializada. ⁽¹²⁾

Las barreras para la adherencia en este padecimiento se relacionan con factores asociados a la gravedad de los síntomas, dificultades en los tratamientos farmacológicos (efectos secundarios de la medicación), falta de monitoreo u automonitoreo y altos costos en las consultas privadas de atención especializada. ^(16, 17, 18, 19)

La cronicidad de la esquizofrenia y los síntomas disruptivos del trastorno positivos (alucinaciones, delirios, creencias falsas, paranoia) y negativos (alteración de la conducta, anhedonia, falta de interés en la vida, aislamiento, pérdida de la motivación) potencializan el empobrecimiento de la pérdida de autonomía, autocuidado, la

cognición y toma de decisiones lo que dificulta que por sí mismos busquen atención y se adhieran a un tratamiento. (12,13,20)

Por consiguiente, requieren de cuidados o apoyos para recibir un diagnóstico oportuno, tratamiento temprano, favorecer la adherencia en casa, disminuir las crisis o recaídas y mejorar su calidad de vida. Este papel suele ser adoptado por familiares cercanos, usualmente del género femenino que asumen el rol de “cuidador primario”. (20, 21)

Los cuidadores primarios en la esquizofrenia convencionalmente son mujeres del entorno del individuo que requiere de apoyo, que voluntariamente y sin una remuneración buscan cubrir sus necesidades básicas o instrumentales de la vida. (20,21)

Ejemplo de lo anterior, es el estudio del 2021 “Consenso cultural sobre el cuidado de familiares con esquizofrenia en el Occidente de México”, conformado por 42 familiares de la Zona Metropolitana de Guadalajara, el cual nos dice que el 84% de los participantes fueron mujeres. (22)

Ese predominio es recurrente, en donde los cuidadores no profesionales suelen ser en su mayoría femeninas, un fenómeno que debe ser analizado desde una perspectiva de género para visibilizar que el “cuidar de otro de manera constante y permanente, es asumido tradicionalmente por las mujeres”. (22) Debido a ello, esta investigación se dirige a esta población de “cuidadoras primarias”, para empoderarlas en sus conocimientos para que vean la importancia de sus implicaciones en el cuidado o autocuidado de sus familiares con esquizofrenia, brindar reconocimiento y apoyos que ellas también requieren.

Ya que las cuidadoras de personas con esquizofrenia fomentan que sus receptores se peguen a su medicación, se involucren en sus terapias cognitivas-conductuales, adopten estilos de vida saludables, tengan un mejor manejo del estrés e incluso mejore su postura para la aceptación al régimen terapéutico. (20, 22, 23)

Así mismo pueden favorecer la autonomía de la persona, motivándolos a retomar actividades de la vida diaria como el aseo personal, disposición para continuar con su tratamiento y con un efectivo control terapéutico en funciones ejecutivas como insertarse al campo laboral o académico. (24, 25)

Por lo tanto, el papel que desempeña la cuidadora primaria es fundamental para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia, ^(22,24) una problemática que de no ser tratada, resulta en muerte prematura, comorbilidades y complicaciones potenciales como remisión de crisis o recaídas psicóticas, por ende resulta importante emplear estrategias dirigidas a este sector para que aumenten su nivel de conocimientos sobre el tema. ^(6,12,24)

Investigaciones previas, como la de los autores Hernández-Sarmiento, Jaramillo-Jaramillo et al; “La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención” del 2020, sugieren que intervenciones efectivas para mejorar los conocimientos sobre problemas en salud suelen ser las educativas. ⁽²⁶⁾ Ya que tienen el propósito de informar y motivar a la población a adoptar prácticas saludables, propiciar cambios y/o dirigir la formación de recursos humanos en torno a la investigación en salud. ⁽²⁷⁾

Para la OMS las intervenciones que emplean la educación para la salud “brindan un conjunto de oportunidades de aprendizaje que no sólo transmiten información, sino que fomentan habilidades personales, incluidas la motivación y la autoestima, con una doble intención: la primera, adoptar medidas destinadas a mejorar la salud; la segunda, generar cambios sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales que la favorezcan”. ⁽²⁸⁾

Así mismo, las intervenciones educativas o psicoeducativas suelen ser de bajo costo para los sistemas de salud, los servicios y los promotores, ya que, son de fácil acceso y desempeñan una función relevante en la resolución de problemas de salud mental con desafíos en contextos sociales, situacionales o culturales, mejorando la dinámica con el acercamiento a la población. ⁽²⁹⁾

Con fundamento en lo anterior, una intervención educativa en cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia puede ser una herramienta benéfica a favor de mejorar la calidad de vida de sus familiares, facilitar los recursos de apoyo propiciando su autocuidado e indirectamente en ellas mismas, además de adquirir, mejorar o

perfeccionar los conocimientos sobre la importancia del apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico en dicho trastorno.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia antes, al finalizar y a los 3 meses?

II. OBJETIVOS

2.1 General

Determinar la efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia antes, al finalizar y tres meses después de la misma.

2.2 Específicos

1. Identificar el nivel de conocimiento sobre adherencia terapéutica en cuidadoras primarias antes, al finalizar y tres meses después de la intervención educativa.
2. Medir el nivel de conocimiento en 3 evaluaciones mediante el instrumento CCuATE.
3. Comparar el nivel de conocimiento entre todas las mediciones.

III. HIPÓTESIS

H₀: No se espera encontrar una diferencia significativa en el nivel de conocimientos de las cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia entre sus mediciones; antes, al finalizar y/o a los tres meses después de la intervención educativa.

H_A: Se espera encontrar una diferencia significativa en el nivel de conocimientos de las cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia entre al menos alguna de sus mediciones; antes y al finalizar y/o a los tres meses después de la intervención educativa.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes del concepto de Adherencia Terapéutica

El término de adherencia terapéutica fue descrito en 1980 por el autor Haynes como “el cumplimiento de un paciente en relación con la medicación” hasta que en el 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (4, 30).

No obstante, estos conceptos solo implican la responsabilidad de la adherencia terapéutica entre el profesional de la salud y del individuo apegándose a un modelo biomédico clásico sin considerar otros participantes del cuidado como son los familiares, los servicios de salud, la comunidad o sociedad, nivel socioeconómico, gobierno, entre otros.

Otro referente teórico que explora el modelo social es que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, condicionado por múltiples factores como la modificación de comportamientos en torno a estilos de vida saludables, seguir tratamientos terapéuticos y evitar prácticas de riesgo a la salud, modulados por componentes que interactúan para que estos cambios ocurran, tales como el contexto socioeconómico, familiar, cultural, gobernanza, asistencia de salud e individual (3,5).

Es relevante mencionar que la adherencia terapéutica es clave para evitar complicaciones potenciales de salud, por lo tanto, requiere de una reformulación desde lo conceptual hasta el intervencionismo, en donde se mejoren estrategias que favorezcan el apego al tratamiento, con una adecuada prevención, promoción, control de enfermedades, riesgos y con ello disminuir las tasas de morbilidad.

4.2 Factores que afectan la adherencia terapéutica

En el informe de la OMS sobre “Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción”, se menciona que “la capacidad de un individuo para seguir los planes de tratamiento se ve comprometida por varios factores como son los socioeconómicos,

relacionados con el sistema de salud, biológicos, del medio ambiente y estilos de vida poco saludables” (4, 7).

Dichos factores se han denominado como “los determinantes de la salud”, que fueron descritos por primera vez en el informe de 1974: “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” por el ex ministro de Canadá “Marc Lalonde”, que los definió como; “los mecanismos específicos que influyen en la salud-enfermedad de las personas y las comunidades”. (7) Se dividen en cuatro campos presentados a continuación.

1.- Biología humana: este determinante incluye todos aspectos que se desarrollan dentro del cuerpo humano, como la herencia genética, la composición orgánica individual, los procesos de maduración y envejecimiento, es decir, los que biológicamente contribuyen al desarrollo de enfermedades, síndromes y trastornos. (7)

2.- Ambiente: en esta categoría se encuentran los factores externos al cuerpo humano y sobre los cuales se tiene poco o ningún control, como son los peligros derivados de la contaminación del aire, el agua o el ruido; la propagación de enfermedades transmisibles por contaminantes, la falta de potabilidad en el agua para el consumo humano y los alimentos dañados por el riego de aguas negras o con plagas (7).

3.-Estilos de vida: engloban los hábitos no saludables que deriven en el desarrollo de enfermedades causadas por prácticas como la mala alimentación, el sedentarismo, no descansar adecuadamente, el consumo de toxicomanías, estrés prolongado y otras prácticas que atenten contra la salud (7).

4.- Sistema de salud: este elemento consiste en la falta de calidad, disposición y recursos en la prestación de servicios de salud, que incluye una deficiente atención del personal sanitario, la falta de infraestructura hospitalaria, el no tener acceso a sistemas de salud públicos y/o medicamentos gratuitos (7).

Aunque el modelo de Lalonde fue pionero en describir los factores determinantes de salud, no consideraba otros aspectos como los factores socioeconómicos, hasta que en el 2008 la OMS los visibiliza en el informe titulado como "Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" (31, 32). En donde se comenzó a hacer visible que

la salud de las personas también está condicionada por otros elementos que corresponde a factores sociales, económicos, culturales e incluso políticos.

En dicho informe, se menciona que “los determinantes sociales de la salud son las circunstancias que influyen sobre las condiciones de vida”, como son el estatus socioeconómico, el poder adquisitivo, el contexto en el que nos desarrollamos, la educación y el empleo” (31,32).

Un modelo que contempla estos determinantes es el de Dalghren y Whitehead, titulado como “Los determinantes de desigualdades en salud”, que aborda “las inequidades que se presentan en el individuo, su entorno y la salud”, considerando los estilos de vida, influencias de la comunidad, condicionantes sociales, identidad y cultura, educación, vivienda, desempleo, saneamiento y los servicios de atención de salud. (33)

Para finalmente llegar a la determinación social de salud que en la epidemiología crítica “son el efecto que lleva a los seres humanos como grupos cohesionados en su inserción estructural, filiación cultural y de género o en su condición individual junto con su núcleo familiar y las raíces socioambientales a los problemas de salud que provocan procesos malsanos en una ruptura de la sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable” (34).

4.2.1 Factores relacionados con la enfermedad (biológicos)

Con respecto a lo visto anteriormente los factores biológicos que afectan la adherencia en general se atribuyen a la severidad del padecimiento, la agresividad con la que se presenta, si afecta el grado de dependencia u autonomía, si es genera discapacidad y con el estado de cronicidad, dado que, influyen en el comportamiento de la persona para decidir si acepta o rechaza el tratamiento terapéutico (6,7).

4.2.2 Factores relacionados con el medio ambiente

Son los factores que interfieren en el apego por condicionantes ambientales, entre ellos; la falta de acceso a alimentos en buen estado, la contaminación del medio ambiente en el que se habita, la falta de saneamiento en el hogar y el no tener acceso a servicios como agua potable (7).

4.2.3 Factores relacionados con el estilo de vida

Estos son modificables y atribuidos a la falta de hábitos saludables como fumar, beber alcohol, consumir sustancias nocivas para la salud, prácticas de riesgo como ayunos prolongados, tener una mala alimentación, no realizar ejercicio o actividad física, una deficiente higiene corporal, no descansar adecuadamente y descuidar aspectos de la vida como el manejo de estrés o ansiedad ^(3,6,7).

4.2.4 Factores relacionados con la asistencia de los servicios de salud

Destaca la importancia de la relación entre el profesional de salud y la persona con la enfermedad, condición o discapacidad que requiere una comunicación activa, involucrarlo con el tratamiento, el autocuidado o con el cuidador primario. La disponibilidad de la atención hospitalaria (tiempos de espera, horarios de atención), la facilidad para acceder a las instituciones de salud (ubicación), los insumos para recibir una atención de calidad y el apoyo del Sistema de Salud del país para cubrir necesidades de salud ^(3,6,7).

4.2.5 Factores sociales, económicos y políticos

En cuanto a los factores sociales que influyen en la adherencia, se implica la relevancia del soporte familiar, amistades, pareja o cualquier otro apoyo emocional que incentive el apegarse al tratamiento. En los económicos, la capacidad adquisitiva para acceder al tratamiento, los costos de medicamentos, la cobertura sanitaria, es decir, sí cuenta o no con un seguro de atención médica pública o privada, dificultades para solventar estilos de vida saludables (alimentación, vivienda, servicios, etc.), la situación laboral, económica y la política del país ^(3,6,7).

4.3 Dificultades de la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica se divide en tratamiento farmacológico y no farmacológico, para la autora Ferrer el adherirse al tratamiento implica “las conductas que se tienen ante la enfermedad”, es decir cuando se tiene la decisión o se sigue adecuadamente un tratamiento ⁽¹⁸⁾.

Las dificultades que pueden presentarse son el rechazo que se tiene el padecimiento u enfermedad, no tomar los medicamentos indicados para reducir la sintomatología o tomarlos de manera errónea, el negarse a modificar conductas de salud como el consumo de alcohol, fumar tabaco, no realizar ejercicio, llevar una dieta desequilibrada, falta de higiene personal, usar otro tipo de toxicomanías, malos hábitos de sueños, no tener mecanismos de afrontamiento personal y social ^(6, 35).

4.4 Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica

En la actualidad, no existe una intervención estandarizada para mejorar la adherencia terapéutica en la esquizofrenia, ya que cada persona recibe un tratamiento adecuado a sus necesidades, la severidad del padecimiento, discapacidad, nivel de dependencia y/o contexto. Algunas estrategias sugeridas están caminadas a la promoción y educación para la salud de la persona, por medio de intervenciones técnicas, conductuales y educativas ^(3,6).

Las intervenciones técnicas se refieren a las que promueven la simplicidad del tratamiento, como el uso de medios de recordatorio para tomar el fármaco, la utilización de pastilleros o sistemas personalizados de dosificación (SPD), el uso de dispositivos electrónicos que ayuden a seguir una rutina de ejercicios o alimentación saludable ⁽³⁾.

Las conductuales pretenden modificar comportamientos en salud, reforzando la participación activa, el empoderamiento del autocuidado, involucrarse en el tratamiento y toma de decisiones para generar cambios positivos en factores modificables como los estilos de vida ^(3,6).

Y en las intervenciones educativas se espera transmitir conocimientos de forma oral, escrita, audiovisual, vía telefónica, por correo electrónico, redes sociales, de forma individual o grupal o a través de visitas domiciliarias, cuya finalidad es promover la educación para la salud, favoreciendo la adquisición aprendizajes para que la persona o sus cuidadores primarios se vuelvan “expertos” en el padecimiento, que los profesionales de salud sean “facilitadores de dicho conocimiento” y que el sistema de salud “ sea proveedor de facilitadores” ⁽³⁾ .

4.5 La Esquizofrenia

La esquizofrenia según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) “es una enfermedad que se caracteriza por dos o más síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, disgregación o incoherencia frecuente, comportamiento catatónico, síntomas negativos como la expresión emotiva disminuida” (36).

La Clasificación Internacional de Enfermedades 11va edición (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “trastorno en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (ideas delirantes, desorganizado), percepción (alucinaciones), experiencia personal (impulsos, comportamientos bajo el control de una fuerza externa), cognición (problemas de atención, memoria verbal y cognición social), volición o voluntad (pérdida de motivación), el afecto (expresión emocional embotada) y el comportamiento (bizarro o sin propósito, respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas)” (37).

En la esquizofrenia se pueden presentar varios tipos de síntomas; los positivos o psicóticos que generan cambios en la forma de pensar, actuar o percibir el mundo, ya que se altera el sentido de la realidad con los demás y se tiene una visión distorsionada (13, 38).

Como son las alucinaciones, en donde la persona escucha, mira o siente cosas que no son reales, los delirios que son creencias fuertes o irracionales, pensamiento desorganizado que son formas inusuales o ilógicas de pensar y organizar sus ideas (13, 37).

Comunicación de manera ineficaz, agrupar palabras sin sentido, dificultad para hablar coherentemente y comportamientos motores anormales que incluyen movimientos repetitivos, descoordinados o catatonia que es una combinación de los dos síntomas anteriores (13, 37, 38).

Problemas de atención, concentración y memoria, dificultad para aprender cosas nuevas, funciones ejecutivas o seguir órdenes, procesar inadecuadamente la

información como en la toma de decisiones, distraerse con facilidad y deterioro intelectual ^(13, 37, 38).

De igual manera, se pueden presentar síntomas negativos que se refieren a la pérdida de la capacidad para vivir de manera cotidiana, incluyen la falta de motivación o de interés en las actividades diarias, deficiencia en el autocuidado, estilos de vida poco saludables, aislamiento, interacción social nula, dificultad para demostrar emociones, trastornos del sueño, bajo estado de ánimo y capacidad limitada para experimentar placer o felicidad ^(13,37).

4.5.1 Tratamiento

La esquizofrenia es crónica y no existe un tratamiento específico para tratarla, ya que cada persona recibe indicaciones terapéuticas de acuerdo con sus necesidades, se pueden emplear medicamentos antipsicóticos que pueden combinarse con otros fármacos como los ansiolíticos, antidepresivos o entre otros, además de estrategias para mejorar los estilos de vida y terapias de tipo cognitivo-conductual para modificar las conductas desadaptativas o distorsiones de pensamiento ^(39, 40).

Dentro del tratamiento farmacológico los medicamentos disponibles son los antipsicóticos de primera generación o típicos y los de segunda generación o atípicos que se utilizan en un primer episodio de psicosis, mantenimiento, exacerbaciones agudas y la prevención de recaídas de crisis psicóticas ⁽⁴⁰⁾.

Los antipsicóticos de primera generación empleados son los neurolépticos que actúan sobre el sistema nervioso central mediante la modulación de la actividad neuronal y de la agitación, tienen un efecto de acción que bloquea los receptores dopaminérgicos D2, los más utilizados son el haloperidol, flufenazina y Levomepromazina ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾.

Mientras que los antipsicóticos de segunda generación tienen baja afinidad por los receptores D2, pero alta afinidad por los receptores de serotonina 5-HT_{2A} que disminuyen los efectos secundarios, entre ellos destacan la clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina y ziprasidona ^(41, 42, 43).

El uso de medicamentos concomitantes a resultado favorables para tratar la esquizofrenia cuando se tiene severas alteraciones del ánimo como el uso de

antidepresivos que tienen una acción inhibitoria sobre la recaptación de noradrenalina o 5-HT lo que conduce a un incremento de estas aminas en el espacio sináptico, gracias al cual se produce el efecto antidepresivo ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾.

El aumento inicial de las monoaminas en la sinapsis lleva inicialmente a una hiperactivación de los autorreceptores presinápticos α_2 -adrenérgicos o 5-HT_{1A}, mediante la que se potencia la retroacción negativa sobre la síntesis y liberación de noradrenalina y 5-HT respectivamente, lo que conducir a que el funcionamiento noradrenérgico o serotoninérgico se normalice e incluso se incremente, los más empleados pueden ser la fluoxetina, mirtazapina o sertralina. Los ansiolíticos o benzodiazepinas que deprimen el sistema nervioso actuando contra el neurotransmisor GABA con una acción de sedación o relajación, entre esto se encuentran el clonazepam, diazepam, lorazepam o alprazolam ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾.

4.5.2 Barreras del tratamiento farmacológico

En cualquier padecimiento crónico se pueden presentar barreras para no adherirse al tratamiento farmacológico, en la esquizofrenia una de las principales razones atribuibles son los efectos secundarios que se presentan en la toma de antipsicóticos, ansiolíticos o antidepresivos que junto a los síntomas del trastorno dificultan que la persona siga su tratamiento ^(41, 42, 43).

Los antipsicóticos de primera generación pueden causar mayores efectos adversos y riesgos potenciales, relacionados con los trastornos de la cognición, movimientos extrapiramidales como la distonía, temblor, discinesia tardía y alteraciones motoras agudas como el parkinsonismo ^(40,41,42).

Estos efectos adversos son consecuencias del bloqueo dopaminérgico, en casos graves la discinesia tardía puede provocar espasmos musculares, convulsiones, mirada fija hacia arriba, tortícolis, proyección anormal de la lengua, contracción de labios, además de torsión de brazos o piernas, distonía anormal de los músculos de cabeza, cuello y músculos extraoculares ^(19,41,42).

El parkinsonismo secundario a los típicos puede inducir temblores en manos, rigidez muscular, disminución del movimiento corporal, movimientos lentos (bradicinesia),

deterioro de la postura, desequilibrio y discurso o habla incomprensible. Estos síntomas suelen desaparecer días o semanas después del inicio del tratamiento o con la modificación de la dosis medicamentosa ^(19,42, 44).

En cambio, los antipsicóticos atípicos tienen menos efectos secundarios extrapiramidales, sin embargo, se pueden presentar alteraciones cardio-metabólicas como la resistencia a la insulina o hiperglucemia, aumento de peso, hipertensión arterial, triglicéridos altos, dislipidemia aterogénica con un aumento del colesterol LDL y disminución del HDL, además de incrementar el riesgo de síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares como miocarditis ^(42,43, 45).

Otros de los efectos adversos de los medicamentos antipsicóticos, que relativamente tienen menores repercusiones son boca seca o en caso contrario la sialorrea (hipersalivación), estreñimiento, sedación leve, acatisia que es una sensación de tensión e inquietud, hipotensión ortostática y algunos con implicaciones clínicas a corto plazo como el aumento de la prolactina, niveles séricos de lípidos, granulocitopenia y neutropenia ^(42,43).

Los niños, adolescentes y adultos mayores con esquizofrenia son propensos a experimentar ciertos efectos adversos de acuerdo con su edad, los más jóvenes son susceptibles al aumento de peso o la sedación leve, en cambio los ancianos tienen mayor vulnerabilidad a la reducción de la función cognitiva, somnolencia y efectos anticolinérgicos como la sequedad de boca, constipación intestinal o la hipotensión ortostática ^(42, 46).

En el uso de ansiolíticos los efectos adversos son menores; se puede reducir el estado de alerta, somnolencia o debilitar los músculos e igualmente en los antidepresivos como náuseas, diarrea, vómito o aumento de peso ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾. También por los altos costos de los psicofármacos o régimen farmacológico, la falta de disponibilidad de los medicamentos en los Sistemas de Sanitarios, de acceso a los servicios de atención médica especializados y la cobertura de salud por falta de seguridad social.

4.5.3 Barreras del tratamiento no farmacológico

Con relación a las barreras del tratamiento no farmacológico de un inicio pueden atribuirse a la conducta alterada de la persona por los síntomas positivos y negativos presentes en la esquizofrenia, como son las deficiencias cognitivas con su medio que dificultan la autonomía y toma de decisiones para mantener estilos de vida saludables como dejar de fumar, beber alcohol o consumir drogas y no realizar ejercicio o actividad física (47, 48).

Lo anterior, por una disfunción de la neurotransmisión dopanergética que compromete las acciones encaminadas a modificaciones conductuales, el aprendizaje para impulsar el funcionamiento de autorregulación y las alteraciones psicoafectivas para mantener relaciones interpersonales que los motiven a continuar con su tratamiento (47, 49) y las barreras relacionadas con los determinantes sociales de salud como son los aspectos socioeconómicos que no permitan solventar un tratamiento no farmacológico y las carentes redes de apoyo familiares, de la sociedad e instituciones de salud, educativas, laborales o gubernamentales.

4.6 Dificultades de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia

Entre las dificultades más comunes presentadas son la falta de monitoreo u automonitoreo, en donde no se favorecen los procesos cognitivos para identificar cambios en la sintomatología, la distorsión de la toma de decisiones en el uso de antipsicóticos, desmotivación para apegarse al tratamiento y la despersonalización del individuo con su entorno o autopercepción negativa a la enfermedad (47).

Por otro lado, el no tener un inadecuado control psiquiátrico, conocimientos deficientes en nutrición, actividad física, consumo de sustancias nocivas, higiene o manejo de estrés, concepciones culturales erróneas de la enfermedad, situación económica desfavorecida, altos costos y accesibilidad a los servicios de atención especializada (47, 50).

4.7 Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia

En el campo de salud mental se siguen buscando estrategias para mejorar la adherencia terapéutica entorno a las enfermedades mentales, en la esquizofrenia se propone el uso de las intervenciones educativas, psicoeducativas conductuales, intervenciones técnicas convencionales, nuevas propuestas como el uso de herramientas tecnológicas en la toma de decisiones compartidas y el uso del mindfulness ^(51, 52).

Las intervenciones educativas específicas para esta población están enfocadas en educar a través de la promoción y educación para la salud a través del convencimiento y apoyo conductual que empoderen a la persona con su autocuidado y no descuidar aspectos básicos de la vida cotidiana con automonitoreo o en fases prodrómicas de la enfermedad ⁽⁵¹⁾.

En las psicoeducativas además tratar aspectos del comportamiento errático, se recomienda la participación familiar para un soporte en el control conductual de los síntomas activos presentes mejorando el funcionamiento de una atención de terapias cognitivas- conductuales, tratamiento asertivo para la toma de decisiones y en la adherencia a la medicación antipsicótica ^(51, 53).

También se propone el uso de intervenciones basadas en la aplicación de la tecnología, a través de medios inteligentes que les apoyen en el autoconocimiento de sus síntomas, el progreso del tratamiento donde se lleve un registro de este y realizar anotaciones donde externen preocupaciones, ansiedad, temores como consecuencias de alucinaciones, delirios o paranoia que puedan compartir en terapia con personal capacitado o grupos de apoyo ^(52,53).

Respecto a las intervenciones basadas en mindfulness (IBM), son seguras dado que su finalidad es llevar a la “mente a un estado de calma” en combinación con los tratamientos psico-farmacológicos convencionales, ya que son capaces de mejorar aspectos como la intensidad de síntomas negativos, conciencia de que es la

enfermedad los pensamientos que se anteponen a abandonar una vida funcional en sociedad ⁽⁵²⁾.

Además, mindfulness es una nueva alternativa para problemas de estrés, tratamiento de la ansiedad y depresión, que por lo general son predominantes en la Esquizofrenia a través de técnicas que generen tranquilidad como la meditación, escuchar música relajante, ejercicios reforzando de autoeficacia a través del manejo del estrés y la disfunción cognitiva para reconocer pensamientos negativos que pueden conducir a otros padecimientos mentales como depresión, ansiedad e incluso al suicidio ^(52,53).

4.8 Cuidado y Autocuidado

Para introducir el tema del cuidado hay que remontarse a la perspectiva histórica. La definición de la RAE dice que etimológicamente proviene de la palabra “coidar/cuidar” que viene del latín “cogitāre/pensar” definiéndolo como “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”, también como asistir, guardar y conservar ⁽⁵⁴⁾.

Así mismo, el cuidado propio de la salud o autocuidado es “el comportamiento del individuo para establecer y conservar la propia salud desarrollando acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades para su propio beneficio” ⁽⁵⁵⁾.

Por lo tanto, para los autores Guevara, Evies, Rengifo, Salas et al, “cuidar representa un acto vital complejo en el que la persona busca resguardar y mantener su existencia, como construcción humana, es el resultado de un proceso socializador que contempla costumbres, hábitos, actitudes, creencias y valores propios de grupos sociales influyentes” ⁽⁵⁶⁾.

Para la autora Leiner el cuidado "permite asistir, sostener, habilitar y facilitar las formas de asistir a las personas de un modo compasivo, respetuoso y apropiado para mejorar su vida o ayudarles a afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad” ⁽⁵⁷⁾.

Además, el cuidado es un acto que se ha visto a lo largo de la historia, Colliere en su libro “Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería” de 1997, menciona que este ha pasado por cuatro etapas; la doméstica, la vocacional, técnica y la profesional ⁽⁵⁸⁾.

La etapa del cuidado doméstico tiene orígenes desde que se establecieron las primeras sociedades humanas hasta la caída del imperio Romano en el año 476 d.C, en donde las mujeres se encargaban de los cuidados de todos los miembros de la familia además de las labores del hogar ⁽⁵⁸⁾.

La vocacional abarca desde el Siglo I hasta la Edad moderna, relacionada con el cristianismo, adquiere un valor religioso dado por la vocación del mandato divino, un ejemplo claro son las madres religiosas o monjas que estaban a cargo del cuidado de los enfermos o desfavorecidos y/o por castigo para redimirse contra “supuestos” actos que atentaban contra fe de la iglesia ⁽⁵⁸⁾.

La etapa técnica del cuidado se desarrolla a inicios del siglo XIX como resultado de una lucha contra las enfermedades y eventos históricos de guerra, ya que se requerían de cuidados a enfermos o convalecientes, una tarea nuevamente otorgada a las mujeres con títulos como “enfermeras auxiliares” del personal médico ^(58, 59).

Por último, el cuidado profesional comienza a mediados del siglo XIX y principios del XX cuando se reconociese la importancia del campo de la Enfermería como profesión, debido a impulsoras como Florence Nightingale que lucho por una educación profesionalizante, además de otros líderes contemporáneos como son Virginia Henderson, Martha Rogers, Dorothea Orem y Hildegart Pleplau ^(58,59).

4.8.1 Cuidadores

Un cuidador es “el que ayuda a mantener y recuperar la salud, posibilita la curación empleando sus habilidades psicomotrices e interpersonales”, ⁽⁶⁰⁾ otros conceptos nos dicen que “es el responsable de cuidar a un enfermo o dependiente, facilitando el apoyo en las actividades de la vida diaria; en la alimentación, la higiene personal, el suministro de medicamentos, el acompañamiento, entre otros” ⁽⁶¹⁾.

Así mismo, el papel de los cuidadores es de gran importancia en la atención de grupos vulnerables con necesidades de apoyo como son los adultos mayores, personas con enfermedades crónicas o terminales, trastornos mentales con un grado de dependencia y en la discapacidad ⁽⁶²⁾.

Se dividen en dos grupos; los profesionales que se dedican a brindar cuidados con una formación académica previa (suelen recibir una retribución económica por sus servicios) y los no profesionales que convencionalmente otorgan cuidados a sus familiares (sin obtener un pago monetario) ^(62, 63).

4.8.2 Cuidadores profesionales

Los cuidadores profesionales tienen una formación educativa centrada en la profesión del cuidado, a través de distintos niveles educativos en respuesta a la necesidad del proceso salud-enfermedad de una sociedad variada y diversificada, usualmente tienen un empleador y reciben un pago por la atención prestada ^(59,60,63).

Dicha profesión es la Enfermería una ciencia humanista, holística, adaptativa que estudia el cuidado y su interacción con el ser humano (un ente biopsicosocial que interactúa con su entorno, individuo, familia y comunidad), emplea el método científico a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que pretende prestar cuidados profesionales de una forma racional, lógica y sistemática por medio del pensamiento crítico ^(59,60).

El personal de Enfermería según la OMS forma parte del 70 % de mujeres que integran el equipo sanitario y social en el mundo, en la práctica profesional predomina el género femenino, que constantemente es ligado al estigma de “carrera para féminas”, una postura estereotipada que fomenta la desigualdad y discriminación ⁽⁶⁴⁾.

En México, los cuidadores profesionales enfermeros y enfermeras tienen un nivel académico que va desde lo auxiliar, técnico, técnico superior, pasante, licenciatura, posgrado (especialidad, maestría, doctorado o post doctorado), su ejercicio está sujeto a su preparación escolar y las disposiciones jurídicas del país que se contemplan en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud contemplando que: ⁽⁶⁵⁾

1. Los auxiliares “obtuvieron una constancia que acredite la conclusión de un curso de auxiliar de enfermería con una duración mínima de un año expedido por alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional” ⁽⁶⁵⁾.

2. El personal técnico “han concluido sus estudios de tipo bachillerato (técnico) en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y que se les ha expedida una cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente” ⁽⁶⁵⁾.

3. El profesional técnico superior “además de reunir los requisitos del nivel medio superior, obtuvo un diploma que señala el área específica de competencia expedido por alguna institución de educación del Sistema Educativo Nacional” ⁽⁶⁵⁾.

4.- Un pasante “es el estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido con los créditos académicos exigidos su plan y programa de estudio, que para realizar el servicio social debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud” ⁽⁶⁵⁾.

5.- Personal general con licenciatura “obtuvo un título de pregrado en enfermería expedido por alguna institución de educación superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente” ⁽⁶⁵⁾.

6.- El profesional con posgrado “además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma/grado de (especialidad, maestría, doctorado) y le ha sido expedida por una autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente del área específica de competencia” ⁽⁶⁵⁾.

4.8.3 Cuidadores no profesionales

Los cuidadores no profesionales según la autora Martínez-Pizarro “son aquellas personas que sin tener una formación académica en el cuidado y sin recibir una remuneración económica ayudan en las actividades básicas e instrumentales de la vida de una persona dependiente, por lo general son familiares cercanos y con mayor frecuencia del género femenino” ⁽²¹⁾.

También se les conoce como cuidadores primarios, el autor Venegas-Bustos dice que “son personas familiares o cercanas que se ocupan de brindar apoyo tanto físico como emocional de otros de manera permanente y comprometida” ⁽⁶⁶⁾. Siendo los primeros en dar acompañamiento, cuidados y atención a personas que dependen de ellos. ^(21,62)

En otros referentes conceptuales los denominan como “cuidadores informales” un término que no será empleado en esta literatura, ya que, tiene una perspectiva peyorativa además de hegemónica fomentando relaciones de poder entre los profesionales y no profesionales del cuidado.

Resulta importante resaltar la relación que existe entre “cuidado, cuidar, ser cuidador y ser mujer” ⁽⁵⁶⁾, ya que desde el seno histórico de la antigüedad son las madres, hijas, hermanas, esposas y abuelas las que se han encargado del cuidado familiar, un hecho connotativo que debe ser analizado desde la antigüedad.

Para Mosquera-Metcalf et al, “la prestación de cuidados en casa determina la existencia de desigualdades en salud y género, por la implicación mayoritariamente de las mujeres”. ⁽⁶⁷⁾ Estas desigualdades se refieren a la vulneración del rol femenino con una menor participación en los mercados laborales, ya que, a veces sin elección, se quedan a trabajar en casa cuidando de sus receptores mientras que el rol masculino cumple con las actividades del empleo remunerado “convencional” ^(67, 68).

De igual manera, las cuidadoras no reciben el reconocimiento o pago monetario por su trabajo en el hogar; los cuidados o labores domésticas. En ocasiones estas mujeres presentan carencias en el apoyo familiar de otros integrantes del núcleo, atribuible al hecho de pertenecer al género femenino, en donde aún se tienen ideas de sistemas patriarcales y machistas de que “por ser mujer deberían quedarse en casa, ser ellas las que deben cumplir con todas las labores de limpieza, domésticas y de cuidado”, a diferencia de ideas estereotipadas “de que el hombre solo debe aportar desde fuera”, lo que genera que no se logre el cuidado equitativo de mascotas, hijos, personas enfermas o dependientes y/o adultos mayores ^(68, 69).

Existen casos en que las cuidadoras primarias no tienen ningún apoyo para solventar la economía familiar, asumiendo ellas el papel de “proveedoras”, que resulta en un desgaste físico, mental o contextual, debido a la gran responsabilidad que implica el tener un empleo remunerado y otro empleo en casa con el cuidado de sus familiares, por ejemplo. Y que pueden tener repercusiones en su salud como el deterioro físico o

somatizado, problemas de estrés u ansiedad, depresión, cansancio e inclusive llegar a un estado de sobrecarga del rol cuidador ⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾.

Finalmente, es necesario mencionar que el fenómeno de los cuidados a dependientes se debe en gran medida a la transición epidemiológica que atraviesa el mundo; con la disminución de la fecundidad y descenso de la tasa de mortalidad, que contribuyen a un envejecimiento acelerado de la población, además del incremento de las enfermedades no transmisibles y discapacidad ^(71, 72).

4.9 Cuidadores primarios en la esquizofrenia

Cuando las personas con esquizofrenia se encuentran en una fase aguda de los síntomas agravantes de la enfermedad, se vulnera la autonomía de dichos individuos que habitualmente se vuelven receptores de cuidado, ya que se altera la dinámica familiar y orilla a la familia o cercanos a asumir los roles de cuidadores primarios ⁽⁷³⁾.

Los cuidadores primarios de personas con esquizofrenia en su mayoría son mujeres y tienen una carga emocional considerable, debido al cambio de la conducta de sus familiares, crisis psicóticas, comportamientos erráticos entre otros, así mismo, requieren de apoyo para adherirse al tratamiento terapéutico, métodos de afrontamiento, manejo del estrés, acompañarlos a terapias psicológicas y a recibir atención psiquiátrica especializada ^(73, 74).

Tripodoro, Veloso et al, mencionan que incluso dentro de la misma familia alguien asume el papel de “cuidador principal”, por lo general una mujer que gestiona el cuidado. ⁽⁷⁵⁾ Este debería ser compartido, es decir, que los cuidados deberían derogarse para no desfavorecer el estado de salud del cuidador primario y considerar el impacto socioeconómico que conlleva el tratamiento de la esquizofrenia ⁽⁷⁶⁾.

Para los autores Ghane, Ashghali-Farahani et al, se debe abordar las necesidades de apoyo a este grupo de cuidadores en específico, puesto que “sin apoyo se sienten aislados, con altos niveles de estrés, ansiedad y angustia”. ⁽⁷⁷⁾ Esto genera una carga familiar importante debido a las consecuencias negativas derivadas del cuidado ⁽⁷⁸⁾.

Por otro lado, las autoras Cruz-Ortiz, Pérez-Rodríguez et al, mencionan que “la carga familiar puede ser objetiva y subjetiva; la primera en relación con los síntomas del

enfermo, cambios en las rutinas, relaciones familiares y sociales, ocio y salud física. La subjetiva a la tensión dentro del ambiente familiar, las preocupaciones por el tratamiento y el futuro del enfermo, actitudes y reacciones emocionales desde la experiencia del cuidador” (79). Evidenciando aún más las necesidades de apoyo a las cuidadoras no solo de personas con esquizofrenia y por ende, deberían ser visibilizadas, reconocidas y escuchadas por la sociedad, el estado de gobierno y tener políticas en salud dirigidas a esta población.

4.10 Intervenciones para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia

El conocimiento según la RAE es una “Acción y efecto de conocer, es el entendimiento, inteligencia, razón natural o la noción, saber o noticia elemental de algo” (80), que aumenta saberes, aprendizajes nuevos o experiencias y el Oxford Learner’s dictionary dice que “es la información, la comprensión y las habilidades que se obtienen a través de la educación o la experiencia” (81).

La educación puede incrementar el nivel de conocimientos de un individuo, para el autor Gonzales- Sánchez “los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad” (82).

Existen algunas estrategias para mejorar el nivel de conocimiento en personas cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia entre estas; las intervenciones educativas en salud sobre el diagnóstico o tratamiento terapéutico de su receptor de cuidados, para el afrontamiento, manejo del estrés y las encaminadas al autocuidado o reducir el riesgo de sobrecarga del rol cuidador.

Estas intervenciones también son conocidas como psicoeducativas y tienen una vinculación con la ciencia, ya que emplean la construcción de nuevos conocimientos que fomentan a través del desarrollo humano. Cuando los cuidadores primarios reconocen sus necesidades de aprendizaje para el cuidado o el autocuidado empleando temas que les faciliten el proceso de cuidar sin descuidar su salud y que les permita mejorar así su rol de cuidador (83).

Con respecto a las intervenciones educativas sobre el diagnóstico de esquizofrenia, los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, se recomienda que los cuidadores primarios adquieran conocimientos sobre la modificación de estilos saludables de sus familiares para prevenir otras enfermedades o mejorar la calidad vida y se recomienda la adquisición habilidades para dar cuidados óptimos que faciliten el entorno de salud del receptor de cuidados ⁽⁸⁴⁾.

En las de afrontamiento, se considera que las personas cuidadoras familiares se espera que también puedan adquirir herramientas para mitigar la carga física o mental por el cuidado de otros y no solo para la persona con esquizofrenia, porque resulta ser muy estresante los problemas de vinculación afectiva con sus familiares además de alteraciones emocionales e interpersonales, que pueden llevar a un agotamiento y desarrollo de sentimientos de desesperanza ^(85, 86).

En cuanto a las estrategias sugeridas en el manejo del estrés están centradas en la resolución de problemas tanto para cuidadores como para personas con esquizofrenia con actividades recreativas que ayuden a disminuir componentes estresores y sobre la autonomía para el manejo de la medicación dentro de las posibilidades de cada individuo. Adicionalmente a los cuidadores se les debe enseñar como delegar el cuidado de su familiar con otros, el desarrollo personal para combatir la frustración y desgaste físico, social u emocional ^(85,86).

Finalmente, las intervenciones educativas sobre la sobrecarga del rol cuidado a cuidadores primarios tienen un componente similar a las del manejo de estrés o gestión de emociones. Puesto que, según las autoras Giraldo-Montoya, Zuluaga-Machado et al, “se puede presentar sobrecarga por factores emocionales que deterioran la vida social, laboral, familiar, su salud, espiritualidad, creencias culturales, problemas económicos o financieros, actitudes o comportamientos del cuidador hacia el receptor de cuidado que llevan a sentimientos de cansancio, agotamiento y dolor físico o emocional ⁽⁸⁷⁾.

V. METODOLOGÍA

5.1 Delineamiento de Estudio

5.1.1 Enfoque del estudio

Estudio cuantitativo.

El enfoque cuantitativo utiliza la lógica o razonamiento deductivo, emplea la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías ⁽⁸⁸⁾.

5.1.2 Alcance

Correlacional.

Este alcance tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. Asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población ⁽⁸⁹⁾.

5.1.3 Tipo de estudio

Pre- experimental.

Diseño preexperimental de un solo grupo cuyo grado de control es mínimo. Generalmente es útil como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad. Este diseño ofrece una ventaja: existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo; es decir, hay un seguimiento del grupo ⁽⁸⁸⁾.

Longitudinal.

Implica la existencia de medidas repetidas (más de dos) a lo largo de un seguimiento determinado durante periodos de tiempo prolongado ⁽⁸⁹⁾.

5.2 Limites de Espacio y Tiempo

El estudio se implementó en cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia que acuden como acompañantes de sus familiares a los servicios de Consulta externa, Clínica de Adherencia y Urgencias-UPIC en las instalaciones de una Clínica Psiquiátrica de San Luis Potosí, México.

La intervención y las evaluaciones se realizaron en la biblioteca y en la Consultorio 2 en UPIC en el periodo del 8 de enero del 2024 al 29 de febrero del 2024; en un horario a conveniencia de lunes a jueves entre las 10 hrs a 20 hrs para la primera y segunda evaluación y la tercera evaluación el 8 al 17 de mayo del 2024 de lunes a jueves de 17 hrs a 20 hrs.

5.3 Población de estudio

El universo de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia es de $N = \geq 300$ personas que acuden como acompañantes de sus familiares a los servicios de Consulta externa, la Clínica de Adherencia y Urgencias-UPIC en las instalaciones de la Clínica Psiquiátrica de San Luis Potosí, México, en los meses de enero, febrero y mayo del 2024.

5.3.1 Muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia y cuota de tiempo, con un total de 32 participantes que cumplieron con los criterios de selección y contemplando a todas las que acudieron en los meses de enero a mayo del 2024. Cabe señalar, que 12 cuidadoras se abordaron en Consulta externa, 4 de la Clínica de Adherencia y 16 en Urgencias-UPIC.

5.4 Variables

5.4.1 Variable independiente

Es aquella que es manipulada por el investigador para explicar, describir o transformar el objeto de estudio a lo largo de la investigación, genera y explica cambios en la variable dependiente. En investigaciones socioeducativas según su función o relación se considera como variable independiente al método de enseñanza ⁽⁹⁰⁾.

Método de enseñanza

Def. Conceptual: Son los componentes dinámicos del proceso de enseñanza-aprendizaje, comprenden una serie de operaciones lógicas dirigidas a lograr los objetivos propuestos ⁽⁹¹⁾.

Def. Operacional: El método de enseñanza empleado fue construido para facilitar el aprendizaje medible y significativo.

5.4.2 Variable interviniente

Es aquella que afecta la relación de la variable independiente y dependiente pero que no se pueden manipular y que puede influir en los resultados ⁽⁹²⁾. En la presente investigación tenemos como variable interviniente a la intervención educativa.

Intervención educativa

Def. Conceptual: es un conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico o de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes institucionales o personales para llevar a cabo un método previamente diseñado que interviene en el alcance del aprendizaje ⁽⁹³⁾.

Def. Operacional: estrategia basada en la metodología del constructivismo, empleada para mejorar el nivel de conocimientos sobre adherencia terapéutica en cuidadoras primarias de personas con Esquizofrenia.

5.4.3 Variable dependiente

Una variable dependiente es aquella cuyo valor depende de otra, es decir, en función del valor que tome la variable independiente. ⁽⁹⁰⁾

Nivel de conocimiento sobre adherencia terapéutica en la esquizofrenia

Def. Conceptual: El nivel de conocimiento deriva del avance en la producción de saberes y representa un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad ⁽⁸²⁾. La adherencia terapéutica según la OMS “es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponde con las

recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (4). La esquizofrenia según el DSM-5 es una enfermedad que “se caracteriza por dos o más síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, disgregación o incoherencia frecuente, comportamiento catatónico, síntomas negativos como la expresión emotiva disminuida” (36).

Def. Operacional: nivel de conocimiento en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia; estilos de vida, manejo del estrés, automonitorización y fármacos.

Deficiente

Def. Conceptual: conocimiento o saberes que requieren de un fortalecimiento en el aprendizaje, puesto que son insuficientes para la comprensión de la realidad (82).

Def. Operacional: conocimiento con un promedio ≤ 59.9 de calificación que requieren de un refuerzo para nuevamente ser evaluados.

Regular

Def. Conceptual: conocimiento o saberes suficientes que permiten el alcance necesario para la comprensión de la realidad (82).

Def. Operacional: conocimiento con un promedio 60 a 79.9 de calificación que requieren de un refuerzo.

Bueno

Def. Conceptual: conocimiento o saberes idóneos que permiten un alcance óptimo de la comprensión de la realidad (82).

Operacional: conocimiento óptimo con un promedio ≥ 80 de calificación en una evaluación adecuada.

La operacionalización completa de las variables se encuentra en el anexo 1.

5.5 Criterios de selección de la población

5.5.1 Criterios de inclusión

- Cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia.
- Mujeres mayores de 18 años.
- Que la persona a la que cuidan tenga un diagnóstico confirmatorio de esquizofrenia.
- Que acuda a la Clínica Psiquiátrica de San Luis Potosí.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia que acudan a la Clínica Psiquiátrica y sean de otro estado de la república mexicana, es decir, que no pertenezcan a San Luis Potosí.

5.5.3 Criterios de eliminación

- Cuidadoras primarias que por elección propia y voluntariamente decidan abandonar la investigación.
- Que no concluyan con el total de sesiones de la intervención educativa.

5.6 Instrumento de recolección de datos

Dado que no se logró identificar un instrumento que se ajustara a las necesidades de la investigación, se optó por la elaboración de uno que se adaptara a los requerimientos necesarios para la investigación y mediante un constructo central que permitiera evaluar los conocimientos de las personas cuidadoras primarias sobre la adherencia terapéutica en la esquizofrenia; estilos de vida, automonitoreo, manejo del estrés y fármacos.

Estas dimensiones se establecieron una vez que se revisó la literatura y otros instrumentos de medición que se enfocan sobre todo en el cumplimiento farmacológico en casa; cuestionario ARMS-e, test BMQ y test de Morisky-Green.

El proceso implicó elegir ítems clave sobre adherencia terapéutica de otros instrumentos previos ya mencionados, para la exploración de los conocimientos en las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia. Resultando en una propuesta

que incluye un cuestionario con 23 ítems, distribuidos de la siguiente manera (ver tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones e ítems del Cuestionario “Conocimiento en cuidadoras primarias sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia” (CCuATE)

Ítems	<i>Dimensión/enunciado</i>	C	I	NS
I. La esquizofrenia y su tratamiento				
1.	La esquizofrenia es una enfermedad crónica mental, es decir, que tiene una duración de más de 6 meses y requiere de un tratamiento de por vida. Se caracteriza por una alteración del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la toma de decisiones y la conducta.			
2.	La adherencia al tratamiento son las prácticas de salud que desarrolla la persona con esquizofrenia para fortalecer su bienestar, prevenir recaídas, tratar oportunamente la enfermedad y evitar el deterioro.			
3.	La persona con esquizofrenia puede ser capaz de desarrollar prácticas de autocuidado que promuevan el control de su tratamiento y fortalezcan su salud.			
1.-Estilos de vida				
4.	Fumar, consumir drogas o beber alcohol pueden afectar la conducta de la persona con esquizofrenia, perjudicando su salud porque aumentan el riesgo de crisis o recaídas, también la posibilidad de conductas agresivas o de autolesión y que los medicamentos del tratamiento no funcionen correctamente.			
5.	La falta de sueño y no dormir adecuadamente puede afectar la memoria, la forma de razonar, sentirse cansado, perder el interés por las actividades cotidianas como bañarse o alimentarse y la capacidad para tomar decisiones.			
6.	Mantener el interés en el estudio, el trabajo y los amigos contribuye a crear lazos o redes sociales de apoyo útiles para controlar y disminuir las crisis en personas con esquizofrenia.			
7.	Los estilos de vida saludables son las medidas que se toman para cambiar hábitos dañinos como el consumo de drogas, no realizar actividad física y no alimentarse adecuadamente. Involucrar a una persona con esquizofrenia en actividades diarias dentro del hogar promueve la adquisición de hábitos saludables y rutinas de autocuidado.			

8.	Realizar actividad física puede ayudar a mejorar el estado de ánimo, autoestima, bajar los niveles de estrés y disminuir el riesgo de sobrepeso u obesidad.			
2.-Automonitoreo				
9.	El automonitoreo es una estrategia para que la persona con esquizofrenia y su familiar observen e identifiquen cambios en la conducta, el pensamiento o forma de actuar de la persona y que puedan ser controlados a tiempo.			
10.	Los síntomas negativos en la esquizofrenia son aquellos que disminuyen el funcionamiento cotidiano de la persona, entre ellos están la falta de energía, perder el interés en las actividades diarias, el aislamiento, bajo estado de ánimo y disminuir la capacidad para experimentar placer o felicidad.			
11.	Los síntomas positivos en la esquizofrenia son los que afectan la percepción con la aparición de alucinaciones, delirios o creencias irracionales, el pensamiento, el lenguaje, comportamientos o conductas extrañas y movimientos repetitivos, alterados o involuntarios.			
12.	El control de las emociones inicia con la identificación en el estado de ánimo, la conducta o en la forma de procesar la información.			
13.	El familiar es el único que puede participar en la identificación de cambios en los hábitos de la persona con esquizofrenia, tales como en el apetito o la alimentación, el sueño o el descanso y la actividad física.			
3.- Manejo del estrés				
14.	El estrés es una respuesta normal de las personas que ayuda a enfrentar retos de la vida diaria.			
15.	El estrés intenso y prolongado puede detonar una crisis en la persona con esquizofrenia			
16.	El estrés puede ser controlado utilizando técnicas de afrontamiento para hacer frente a pensamientos que pueden ser agobiantes, de angustia o que pueden causar tristeza, miedo o enojo.			
17.	Las técnicas de relajación ayudan a la persona con esquizofrenia a reducir su tensión física, emocional o mental bajando los niveles de estrés o ansiedad.			

18.	La resolución de problemas es la capacidad para identificar un problema, tomar medidas lógicas para buscar una solución y actuar de manera efectiva.			
4.- Fármacos				
19.	Algunos de los medicamentos más importantes para tratar la esquizofrenia son los antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos.			
20.	Los medicamentos no deben suspenderse sin la indicación médica, aunque la persona con esquizofrenia se sienta bien, porque ayudan a tener un mejor control de los síntomas, prevenir crisis o recaídas y hospitalizaciones psiquiátricas.			
21.	Los efectos adversos en la medicación son aquellos que ocasionan síntomas indeseables y los más comunes son la somnolencia, sequedad en la boca o hipersalivación, temblores, mareos, diarrea, estreñimiento o aumento de peso.			
22.	El manejo de los medicamentos es una tarea en la que el familiar puede auxiliar a la persona con esquizofrenia a corroborar que se tome su medicamento con la dosis y horario correcto, pero esta también debe conocerlos y manejarlos en la medida de sus posibilidades.			
23.	En caso de síntomas indeseables severos como temperatura alta, dificultades para respirar o tragar, convulsiones, rigidez corporal, cambios en la visión u otras alteraciones serias que aparezcan después de tomar la medicación, es necesario, consultar al médico para que se decida si suspende o cambia el medicamento.			

Fuente: Directa; Intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia, MSP-UASLP, 2022-2024.

El cuestionario denominado “Conocimiento en Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en Esquizofrenia” (CCuATE), explora cuatro dimensiones de la adherencia al tratamiento en casa: 1) Estilos de vida, 2) Automonitoreo, 3) Manejo del estrés y 4) Fármacos. Estas cuatro dimensiones tienen 5 ítems cada una y son precedidas por un apartado general sobre la esquizofrenia y su tratamiento con 3 ítems (ver anexo 2).

En la primera etapa de validación de constructo del cuestionario CCuATE, se envió a 5 jueces expertos y adicionalmente a un 1 juez experto, en caso de que alguno de los evaluadores no pudiera participar, esta etapa se llevó acabo de julio a agosto del 2023.

Los jueces expertos debían reunir los siguientes requisitos; ser profesionales de medicina, enfermería o psicología que se desempeñaran en áreas de psiquiatría o salud mental en atención directa y al menos en los últimos cinco años (ver tabla 2).

De manera independiente, se le envió a cada juez experto el cuestionario y un consentimiento informado de participación para que emitiera su opinión respecto a la pertinencia, claridad y viabilidad de aplicación además de un apartado de observaciones (ver anexo 3).

Tabla 2. Datos generales de los jueces expertos participantes

Datos generales de los jueces expertos	
Juez 1	<ul style="list-style-type: none"> • CGMS, mujer de 49 años • Profesión: Licenciada en Enfermería • Grado académico: Licenciatura en Enfermería y Maestría en Educación. • Área de experiencia profesional: Educativa y Clínica en área de Psiquiatría y Salud mental. • Años de experiencia profesional: 26 años. • Ocupación actual: Enfermera jefa de Servicio en Clínica Psiquiátrica
Juez 2	<ul style="list-style-type: none"> • LAGF, hombre de 48 años. • Profesión: Médico psiquiatra. • Grado académico: Licenciatura en Médico Cirujano, posgrado en Alta Especialidad en Psiquiatría de Enlace y Maestría en Salud Pública. • Área de experiencia profesional: Clínica, Investigación y Dirección. • Años de experiencia profesional: 9 años. • Ocupación actual: Docente Universitario/Práctica privada
Juez 3	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: DLOL, mujer de 50 años • Profesión: Licenciada en Psicología. • Grado académico: Licenciatura en Psicología, Maestría y Doctorante en Salud Mental. • Área de experiencia profesional: Enfermedades mentales y Salud mental. • Años de experiencia profesional: 23 años. • Ocupación actual: Psicóloga en Centro Integral de Salud Mental
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: LJJ, mujer de 41 años. • Profesión: Licenciada en Enfermería

Juez 4	<ul style="list-style-type: none"> • Grado académico: Licenciatura en Enfermería, Especialidad EECA con área de énfasis en cuidado en Salud Mental y Psiquiatría. • Área de experiencia profesional: Docencia, práctica privada, Salud mental y Psiquiatría, Materno infantil. • Años de experiencia profesional: 19 años (14 años en Clínica Psiquiátrica, 2 años en Hospital General y 3 años en el Hospital Materno-infantil). • Ocupación actual: Enfermera Especialista en Hospital Materno-infantil.
Juez 5	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: ARC, hombre de 59 años. • Profesión: Licenciado en Enfermería. Docente Universitario • Grado académico: Licenciatura en Enfermería, Especialidad en Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental y Maestría en Docencia en Educación Superior. • Área de experiencia profesional: Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental y docente universitario. • Años de experiencia profesional: 28 años de experiencia en el área de Psiquiatría y Salud mental en atención directa. • Ocupación actual: Enfermero Especialista en Clínica Psiquiátrica y Docente Universitario.
Juez 6	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre: DSMQ, mujer de 32 años. • Profesión: Licenciada en Enfermería • Grado académico: Licenciatura en Enfermería y Especialidad EECA con área de énfasis en cuidado en Salud Mental y Psiquiatría. • Área de experiencia profesional: Psiquiatría, Urgencias Adulto, Docencia. • Años de experiencia profesional: 7 años. • Ocupación actual: Enfermera Encargada de Servicio en Hospital General y Docente Universitaria.

Fuente: Directa; Intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia, MSP-UASLP, 2022-2024.

Una vez obtenidas las respuestas de todos los jueces, cinco calificaron al cuestionario CCuATE como pertinente, claro y viable para su aplicación con observaciones en la reformulación de los enunciados; 4, 7, 9, 12, 20 y 22 de manera descrita para mayor entendimiento de las cuidadoras primarios y uno juez califico de pertinente y claro, pero para la viabilidad de aplicación sugirió emplear una escala tipo Likert.

Debido a la anterior y con las observaciones dadas, se atendieron los comentarios recurrentes por parte de todos los jueces participantes y se procedió a evaluar nuevamente el cuestionario con el método de Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) creado por el autor Hernández-Nieto en el 2002 ^(94, 95, 96).

En esta segunda etapa de la evaluación por diversas causas u ocupaciones de algunos jueces expertos, solo continuaron participando 3 jueces expertos; el número 4, 5 y 6. Nuevamente, se les brindo información detallada sobre la consistencia que emplea el método CVC para la validación de contenido y constructo, indicándoles que emplea una técnica de juicio de expertos de 3 a 5 participantes y que determina el nivel de confiabilidad estimando la validez y concordancia (ver anexo 4).

A continuación, se muestran los indicadores que evalúa el CVC ⁽⁹¹⁻⁹³⁾:

- a) Pertinencia. Que tanto se corresponden el enunciado del ítem y lo que se quiere medir.
- b) Claridad. Se examina hasta qué punto la redacción del ítem no genera confusión o contradicción con los conceptos.
- c) Redacción. Si la sintaxis y la terminología empleada en el ítem son las adecuadas de acuerdo con el tema de estudio.
- d) Respuesta correcta. Si el ítem ofrece una respuesta correcta que está de acuerdo con lo enunciado con el ítem.
- e) Distractores. Los enunciados de los distractores (o respuestas incorrectas) tienen un grado de plausibilidad adecuada.
- f) Dificultad. Los niveles de dificultad de los ítems son los apropiados y pueden tener un carácter ascendente.
- g) Formato. La forma en cómo se presentan los ítems y sus posibles respuestas están claros.

El CVC emplea una escala Likert o escala estimativa, que permite dar un puntaje a la pertinencia, claridad, redacción, respuesta correcta, distractores, dificultad y formato con una calificación numérica que va de 1 a 5, como se muestra a continuación ⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.

- 1. Inaceptable
- 2. Deficiente
- 3. Regular

4. Bueno
5. Excelente

Posteriormente, con el puntaje obtenido se realiza un análisis estadístico para cada ítem con la siguiente fórmula; Mx representa la media del elemento en la puntuación dada por los expertos y $V_{máx}$ la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar. También, debe calcularse el error asignado a cada ítem (Pei), de este modo se reduce el posible sesgo introducido por alguno de los jueces, obtenido mediante siendo $Pei = (1/j) j$, j es el número de expertos participantes. Finalmente, el CVC se calcula aplicando la fórmula de $CVC = CVCi - Pei$ ⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.

La interpretación se realiza de la siguiente manera ⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.

- a) Menor a 0.6, validez y concordancia inaceptables.
- b) Igual o mayor de 0.6 y menor a 0.7, validez y concordancia deficientes.
- c) Mayor que 0.71 y menor o igual que 0.8, validez y concordancia aceptables.
- d) Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas.
- e) Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes.

Los resultados de la evaluación de los tres jueces expertos participantes se registraron en la base de datos de Excel “Validación de contenido (CVC)-CCuATE- 2023”, este proceso se llevó a cabo de septiembre a noviembre del 2023 posteriormente se realizó el análisis estadístico obteniendo los siguientes resultados (tabla 3).

Tabla 3. Análisis estadístico por método (CVC) del cuestionario CCuATE

No. Ítem	Jueces			Fórmulas					Interpretación CVC
	1	2	3	Sx1	Mx	CVCi	Pei	CVCtc	
1	35	34	35	104	2.9714286	0.9904762	0.03703704	0.953439153	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
2	35	32	35	102	2.9142857	0.9714286	0.03703704	0.934391534	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
3	34	29	35	98	2.8	0.9333333	0.03703704	0.896296296	Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas
4	35	32	35	102	2.9142857	0.9714286	0.03703704	0.934391534	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes

									concordancia excelentes
5	34	32	35	101	2.8857143	0.9619048	0.03703704	0.924867725	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
6	35	35	35	105	3	1	0.03703704	0.962962963	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
7	34	35	33	102	2.9142857	0.9714286	0.03703704	0.934391534	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
8	35	30	35	100	2.8571429	0.952381	0.03703704	0.915343915	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
9	35	35	33	103	2.9428571	0.9809524	0.03703704	0.943915344	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
10	34	31	35	100	2.8571429	0.952381	0.03703704	0.915343915	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
11	34	31	33	98	2.8	0.9333333	0.03703704	0.896296296	Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas
12	35	28	33	96	2.7428571	0.9142857	0.03703704	0.877248677	Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas
13	34	32	33	99	2.8285714	0.9428571	0.03703704	0.905820106	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
14	35	35	33	103	2.9428571	0.9809524	0.03703704	0.943915344	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
15	34	29	35	98	2.8	0.9333333	0.03703704	0.896296296	Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas
16	34	28	33	95	2.7142857	0.9047619	0.03703704	0.867724868	Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas
17	35	30	35	100	2.8571429	0.952381	0.03703704	0.915343915	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes

18	35	29	35	99	2.8285714	0.9428571	0.03703704	0.905820106	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
19	35	30	34	99	2.8285714	0.9428571	0.03703704	0.905820106	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
20	35	32	34	101	2.8857143	0.9619048	0.03703704	0.924867725	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
21	34	31	35	100	2.8571429	0.952381	0.03703704	0.915343915	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
22	34	35	35	104	2.9714286	0.9904762	0.03703704	0.953439153	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes
23	34	29	35	98	2.8	0.9333333	0.03703704	0.896296296	Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas
Puntaje final del Cuestionario CCuATE						Valor global		0.918242466	Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes

Fuente: Directa; Base de datos en Excel "Validación de contenido (CVC)-CCuATE- 2023".

Finalmente, el resultado global obtenido por el método CVC para el cuestionario CCuATE fue de 0.918, lo que indica que el instrumento de medición tiene una validez y concordancia excelente, por ende, este puntaje permite su aplicación en una prueba piloto.

5.7 Procedimientos

5.7.1 Para la aprobación

El protocolo fue aprobado por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP (CEIFE) obteniendo el siguiente registro CEIFE-2023-456. Además, se contactó con las autoridades pertinentes del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Psiquiátrica de San Luis Potosí, presentándoles el protocolo y se sometió a evaluación para poder ser implementado, obteniendo el registro CEIP-CPENP-01-23 el 11 de diciembre del 2023.

5.7.2 Para selección de la población

Una vez que se obtuvo la aprobación del protocolo por las autoridades correspondientes de la Clínica Psiquiátrica, se solicitó un registro de las cuidadoras de personas con personas con esquizofrenia para conocer un el universo en donde no se pudo obtener el dato exacto; ya que solo se contaba con expedientes de las personas con esquizofrenia pero algunos ya no tenían la misma persona cuidadora o estaban a cargo de casas de estancia, por lo tanto, se pactó proporcionarles la información completa sobre importancia de su participación en la investigación cuando acudieran a los servicios de Consulta Externa Esquizofrenia, Clínica de Adherencia y Urgencias-UPIC .

5.7.3 Para el desarrollo de la prueba piloto

La prueba piloto de este protocolo de investigación tuvo dos objetivos; en primera instancia probar la metodología de enseñanza de la intervención educativa en cuidadoras primarias para mejorar el nivel de conocimientos sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia y probar el cuestionario “CCuATE” antes y después de dicha intervención.

Por lo anterior, se gestionó con las autoridades de un Colectivo de salud mental ubicado en San Luis Potosí, S.L.P, México, que aprobaron y aceptaron participar en la prueba piloto que se realizó el 31 de octubre del 2023 y el y 11 de noviembre del 2023.

Las participantes fueron cinco mujeres cuidadoras primarias que voluntariamente decidieron participar, se les entrego un consentimiento informado e información detallada (anexo 9) y se les dio la intervención educativa en el día que acudieron con duración de 4 horas, se divido 2 sesiones de 2 horas cada uno con un intermedio de 10 minutos; en la previamente respondieron el cuestionario CCuATE y al final la misma, en donde se realizaron ajustes que se consideraron necesarios como la duración y el número de sesiones educativas y agregar variables sociodemográficas para su aplicación en la Clínica Psiquiátrica.

5.7.4 Para implementación de intervención

Con todos los permisos y autorizaciones se estableció contacto con las cuidadoras primarias o familiares de personas con esquizofrenia que acudieron a los servicios de Consulta externa, Clínica de Adherencia y Urgencias-UPIC en las instalaciones de la Clínica Psiquiátrica y que voluntariamente decidieron participar en la intervención educativa para informarles los detalles de la intervención de la investigación y su participación en los meses de enero, febrero y mayo del 2024.

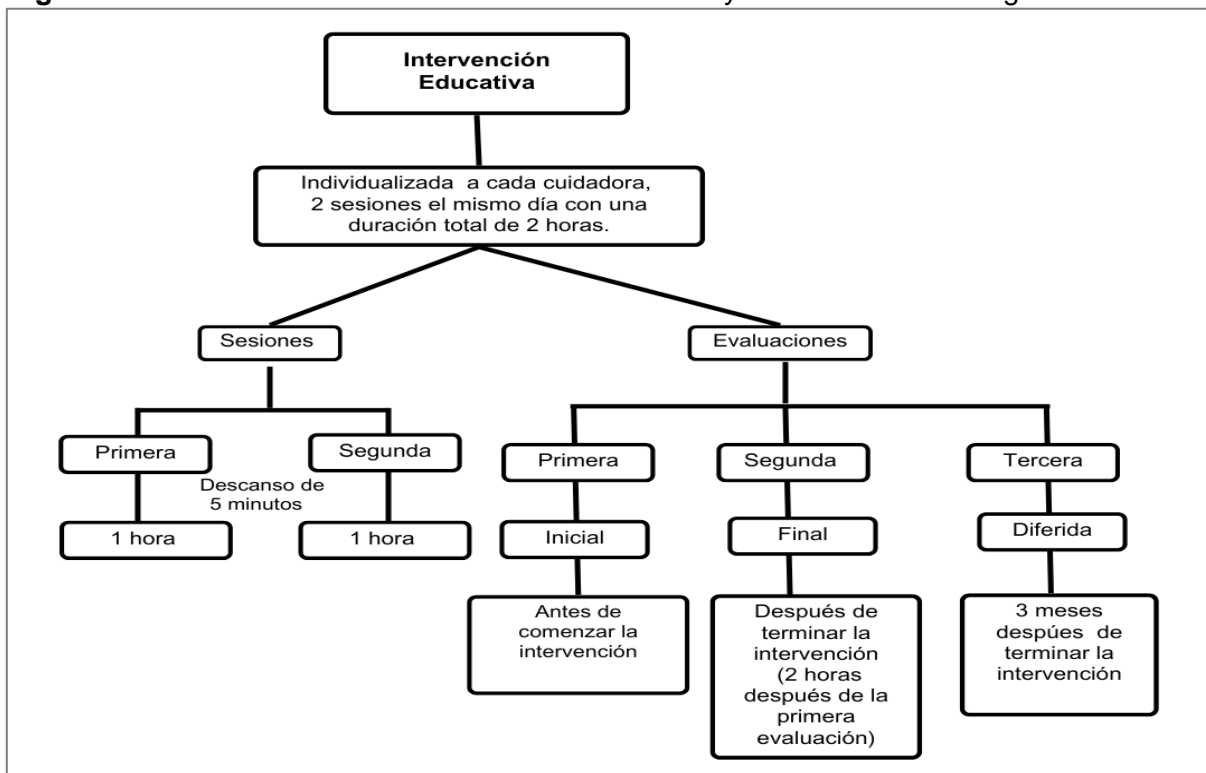
La intervención educativa fue individualizada, es decir, se realizó 32 veces y se implementó cada día en que las cuidadoras aceptaron participar en los siguientes espacios y horarios; en la biblioteca de 11 hrs a 14 hrs y en el consultorio 2 de Urgencias-UPIC de las 15 a 18 hrs de lunes a jueves desde el 8 de enero al 29 de febrero del 2024. Consistió en total 2 sesiones impartidas el mismo día a cada participante con una duración total de 2 horas y un intermedio de 5 minutos, es decir, que la primera sesión duró una hora, posteriormente se tuvo un descanso de cinco minutos, después se continuo con la segunda sesión en la hora restante y el contenido de los temas vistos en las sesiones se observa en el anexo 13.

5.7.5 Para las evaluaciones

La primera evaluación se realizó antes de iniciar la intervención educativa empleando el cuestionario "CCuATE", la segunda medición el mismo al terminar la intervención; 2 horas después de la primera y la tercera evaluación fue 3 meses después de haber concluido la intervención individualmente y a disponibilidad de las cuidadoras del 8 a 17 en mayo del 2024 .

Para la última evaluación se estableció contacto con los participantes por teléfono con la invitación de acudir nuevamente a las instalaciones de la Clínica psiquiátrica de San Luis Potosí, en las fechas anteriormente mencionadas y con horario vespertino de 17 a 20 hrs, sin embargo, de las 32 participantes solo 4 cuidadoras primarias realizaron la tercera evaluación. Cabe señalar, que cuando se convocó nuevamente a las participantes para la última evaluación se les dio la opción de contestar el cuestionario por Telemedicina mediante videollamada (ver figura 1).

Figura 1. Proceso de la intervención educativa y las evaluaciones según el momento.



Fuente: Directa.

5.8 Análisis de los datos

5.8.1 Prueba piloto

Para el análisis de datos estadístico de la prueba piloto, primero se elaboró una base de datos en el programa de IBM SPSS Statistics 2018 con el nombre “Prueba piloto, Intervención educativa, MSP-2023” y una vez que se realizó el llenado de datos, se sacó el promedio del nivel de conocimiento de las dos evaluaciones obtenidas de las cinco cuidadoras primarias pertenecientes a Colectivo; antes y finalizar la intervención educativa.

Para conocer si hubo un cambio estadísticamente significativo en el nivel de conocimientos se compararon las medias o promedios antes y después de la prueba piloto, empleando la prueba T de student para muestras relacionadas y los resultados obtenidos se encuentran en el anexo 10.

5.8.2 Intervención educativa

Para el análisis de datos estadístico del nivel de conocimientos de las cuidadoras antes y después de la intervención educativa se empleó la estadística descriptiva, comenzando con la creación y llenado de la base de datos en el programa de IBM SPSS Statistics 2018 con el nombre de “Intervención educativa-MSP-2024”. Posteriormente se probó que hubo una distribución normal de datos y se empleó la prueba T de student para muestras relacionadas comparando las medias de la primera y segunda evaluación.

Para la categorización del nivel de conocimiento, las participantes que obtuvieron un promedio de ≤ 59.9 el conocimiento fue descrito deficiente, de 60-79.9 como regular y ≥ 80 como conocimiento bueno u óptimo como se describe en el apartado de Resultados.

Cabe señalar, que el estudio realizó una tercera evaluación del nivel de conocimiento 3 meses después de la intervención educativa, sin embargo, no fue considerada para el análisis estadístico, ya que, hubo una disminución del tamaño de la muestra de 32 a 4 participantes.

También se empleó el factor de Hake (g) para la determinación de la ganancia en el aprendizaje medible de las participantes en la intervención educativa, es un estadístico que determina si la metodología de enseñanza y aprendizaje es efectiva respecto al conocimiento inicial del estudiante. Se calcula de la siguiente manera $g = \frac{\text{postest \%} - \text{pretest \%}}{100 - \text{pretest \%}}$ y corresponde al promedio del porcentaje de aciertos del pre y post test, respectivamente ^(97, 98).

La ganancia de aprendizaje se establece en tres rangos: Bajo ($g \leq 0,3$), Medio ($0,3 < g \leq 0,7$), y Alto ($g > 0,7$) y un rango superior a 0.3 sugiere que mejoró el aprendizaje que se debe al logro de la estrategia educativa ⁽⁹⁷⁻⁹⁸⁾.

5.9 Recursos humanos, materiales y financieros

5.9.1 Recursos humanos

Los recursos humanos para el desarrollo del presente protocolo son los integrantes del equipo de investigación, la estudiante de la Maestría en Salud Pública; L.E. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera, la directora de tesis la Dra. Maribel Cruz Ortiz y la co asesora la Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez.

5.9.2 Recursos materiales y financieros

Los recursos materiales y financieros para el desarrollo del proyecto estarán a cargo del equipo de investigadoras. El desglose detallado se muestra en el anexo 6.

5.9.3 Cronograma de actividades

El desarrollo del cronograma se elaboró respecto a los tiempos de investigador principal y las actividades que realizaron, el desglose detallado se encuentre en el anexo 7.

5.10 Diseño metodológico de la Intervención educativa “CCuATE”

La intervención educativa “CCuATE” se apoyó en la metodología del constructivismo social de Lev Vygotsky, para ser implementada en cuidadoras primarias sobre la adherencia terapéutica en la esquizofrenia contemplando cuatro dimensiones; estilos de vida saludables, manejo estrés, automonitoreo y fármacos.

De acuerdo con los autores Vera-Velázquez, Castro Piguave et al, “la metodología del constructivismo tiene una concepción dialéctica que sustenta una práctica pedagógica, que plantea la necesaria e ineludible relación entre el tratado de los métodos, la concepción que se tiene sobre la enseñanza y el aprendizaje concibiendo al ser humano como un sujeto activo constructor de su propio conocimiento ⁽⁹⁹⁾.

Para tener una visión más clara de la metodología del constructivismo social debemos abordar los 3 saberes que se emplearan en desarrollo de las sesiones; “saber, saber hacer y saber enseñar” que para la autora Ortiz-Cermeño se explican de esta manera “Saber educar produce cambios profundos en el cerebro que ayudan a optimar el proceso de aprendizaje y para poder conseguir efectos deseados en la enseñanza-

aprendizaje se deben tener en cuenta que la persona tiene que saber hacerlo, el facilitador debe combinar diversos métodos de enseñanza-aprendizaje de esta manera para que los estudiantes adquieran destrezas, ya que una cosa es saber, otra saber hacer y otra saber enseñar” (100).

La intervención educativa CCuATE consistió en 2 sesiones impartidas el mismo día mediante el uso de recursos tecnológicos o TICS; presentaciones en PowerPoint y Prezi, material didáctico, dinámicas y recursos visuales como videos de apoyo considera las opiniones de las cuidadoras primarias involucrándolas activamente y empoderándolas en sus conocimientos mediante el trabajo participativo. (Ver anexo 13).

Adicionalmente se desarrolló un manual de implementación con 94 páginas para abordar la intervención educativa, donde se especificó las actividades realizadas, el desarrollo del marco teórico de los temas que serían impartidos y los materiales empleados, este se entregó como método de evaluación a las autoridades pertinentes de la Clínica Psiquiátrica, junto con al protocolo de investigación para que revisaran que material y las fuentes bibliográficas consultadas.

5.11 Consideraciones éticas y legales

5.11.1 Normativas Internacionales

5.11.2 Helsinki

De acuerdo con la declaración de Helsinki establecida a partir de 1964, se menciona que “los principios éticos sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos” (101). Esta investigación contempló dichos principios éticos y bioéticos (autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia) ya que pretende que la investigación tenga una práctica segura, adecuada y de calidad.

El sexto apartado nos dice que “el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, también comprender la etiología, patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles para que sean eficaces,

efectivos, accesibles y de calidad incluye la investigación del material humano o de información identificables” (101).

En el apartado 20 al 21, se menciona que los individuos deben participar de manera voluntaria e informada, se debe respetar el derecho a proteger su integridad para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre todo la física, mental y su personalidad (101). Esta investigación se apegará de manera satisfactoria para cumplir y garantizar lo anterior.

En el punto 22, se no dice que la información proporcionada debe ser adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, que tienen el derecho de participar o no y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias (101). En el consentimiento informado que se proporcionara a las participantes se retoma y explican detalladamente los puntos anteriores.

En cuanto al número 24, se dice que “Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente (101).

Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que sea necesario para promover la salud de la población” (101). El proyecto de investigación cumplirá con lo estipulado, ya que la población de estudio serán cuidadoras primarias de personas con Esquizofrenia, mayores de edad, legalmente capacitadas, hábiles física y mentalmente.

5.11.3 Código de Nuremberg

El Código de Nuremberg se instituyó en 1947, este documento aborda la ética médica aceptado por la Asociación Médica Mundial (AMM), que hace alusión a la importancia del comportamiento ético del personal de salud en materia de investigación con diez normas básicas. Las que aplican para este estudio se muestran a continuación: 1-. El consentimiento del sujeto es esencial.

7.- Se deben tomar todas las precauciones para proteger a los sujetos de experimentación, aun contra la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.

8.- El experimento sólo debe realizarse por personas altamente capacitadas. 9. Durante el desarrollo, el sujeto podrá pedir que se suspenda, si se siente afectado mental o físicamente para continuarlo ⁽¹⁰²⁾.

10. Los científicos encargados deben estar dispuestos a darlo por terminado en cualquier momento, si consideran, en el ejercicio de su buena fe, de su gran preparación y de su juicio sereno, virtudes en ellos muy esperadas, que la continuación de este puede, muy posiblemente, resultar en lesión, incapacidad o muerte del sujeto en experimentación ⁽¹⁰²⁾. En el protocolo se cumplió con lo mencionado en el código Nuremberg, ya que esta es una investigación preexperimental y se vigiló un actuar ético profesional en todo momento.

5.11.4 CIOMS: Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) fue establecido en 1949, en conjunto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO) incluye 45 organizaciones internacionales, nacionales y organizaciones asociadas, representan disciplinas biomédicas, academias nacionales de ciencias y consejos de investigación médica. ⁽¹⁰²⁾

El CIOMS publicó en el 2017 una nueva versión de sus Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos. Estas guías fueron en colaboración con la OMS y se basan en documentos de orientación ética, como la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Tiene como objetivo proporcionar principios éticos internacionalmente aprobados y comentarios detallados prestando especial atención a la realización de investigaciones en países de ingresos bajos y medianos ⁽¹⁰³⁾. Esta investigación acepta y cumple con estipulado en las guías de CIOMS.

5.12 Normativas Nacionales

5.12.1 Ley General de Salud

En México la “Ley General de Salud “ fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 de los Estados Unidos Mexicanos, última Reforma DOF el 16 de mayo del 2022 mediante la disposición del Artículo 1.- “La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.” ⁽¹⁰³⁾

La investigación en todo momento fomentara la protección de salud de todos los involucrados. De acuerdo con el artículo 2, el derecho a la protección de la salud, tiene varias finalidades, las que se relacionan directamente con este estudio se mencionan a continuación: ⁽¹⁰⁴⁾

I.- El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; Fracción reformada DOF 14-01-2013

II.- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana

II.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social

V.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; Fracción reformada DOF 08-11-2019

VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y Fracción reformada DOF 08-11-2019

5.12.2 Ley General de Salud en Materia de Investigación

Respecto al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada por el Diario Oficial el 01 de junio de 1987 en México como materia para la Seguridad y Salud del trabajo con la última reforma publicada DOF 02-04-2014. ⁽¹⁰⁴⁾. Este protocolo, tomará las consideraciones en los artículos 1 al 17 pero se hará

énfasis en este último dado que este trabajo se considera como de riesgo mínimo (anexo 14).

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: ⁽¹⁰⁵⁾

II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales, entre otras ⁽¹⁰⁵⁾.

Además, el proyecto tomará lo expuesto en los artículos 20 a 22 sobre el cumplimiento del consentimiento informado en la investigación.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna ⁽¹⁰⁵⁾.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa ⁽¹⁰⁵⁾.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I.- Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables. II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud ⁽¹⁰⁵⁾.

III.- Indicar los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación; IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal ⁽¹⁰⁵⁾.

5.12.3 Ley General de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados

En cuanto la Ley General de protección de datos en posesión de sujetos obligados, publicada por el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017 se habla de la disposición de datos personales y sus estipulaciones especiales ⁽¹⁰⁵⁾. El proyecto contempla lo establecido en los artículos 1 hasta el 168. Especialmente en las 2 fracciones V y VI, 3, 8, 16, 17, 18 y énfasis en el 21, 26 a 27 como se muestra a continuación ⁽¹⁰⁶⁾.

Artículo 2. Son objetivos de la presente Ley:

Fracciones: V. Proteger los datos personales en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, órganos autónomos, partidos políticos, fideicomisos y fondos públicos, de la Federación, las Entidades Federativas y los municipios, con la finalidad de regular su debido tratamiento; VI. Garantizar que toda persona pueda ejercer el derecho a la protección de los datos personales ⁽¹⁰⁶⁾.

Artículo 3. Para los efectos de la presente Ley se entenderá por: II.- Aviso de privacidad: Documento a disposición del titular de forma física, electrónica o en cualquier formato generado por el responsable, a partir del momento en el cual se recaben sus datos personales, con el objeto de informarle los propósitos del tratamiento de los mismos.

Artículo 16. El responsable deberá observar los principios de licitud, finalidad, lealtad, consentimiento, calidad, proporcionalidad, información y responsabilidad en el tratamiento de datos personales ⁽¹⁰⁶⁾.

Artículo 17. El tratamiento de datos personales por parte del responsable deberá sujetarse a las facultades o atribuciones que la normatividad aplicable le confiera.

Artículo 18. Todo tratamiento de datos personales que efectúe el responsable deberá estar justificado por finalidades concretas, lícitas, explícitas y legítimas, relacionadas con las atribuciones que la normatividad aplicable les confiera ⁽¹⁰⁶⁾.

Artículo 21. El consentimiento de datos personales podrá manifestarse de forma expresa o tácita. Se deberá entender que el consentimiento es expreso cuando la voluntad del titular se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos, signos inequívocos o por cualquier otra tecnología ⁽¹⁰⁶⁾.

VI.- Cuando exista una situación de emergencia que potencialmente pueda dañar a un individuo en su persona o en sus bienes; VII.- Cuando los datos personales sean necesarios para efectuar un tratamiento para la prevención, diagnóstico, la prestación de asistencia sanitaria; VIII.- Cuando los datos personales figuren en fuentes de acceso público ⁽¹⁰⁶⁾.

Artículo 26. El responsable deberá informar al titular, a través del aviso de privacidad, la existencia y características principales del tratamiento al que serán sometidos sus datos personales, a fin de que pueda tomar decisiones informadas al respecto. Por regla general, el aviso de privacidad deberá ser difundido por los medios electrónicos y físicos con que cuente el responsable ⁽¹⁰⁶⁾.

Para que el aviso de privacidad cumpla de manera eficiente con su función de informar, deberá estar redactado y estructurado de manera clara y sencilla. Cuando resulte imposible dar a conocer al titular el aviso de privacidad, de manera directa o ello exija esfuerzos desproporcionados, el responsable podrá instrumentar medidas compensatorias de comunicación masiva de acuerdo con los criterios que para tal efecto emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales ⁽¹⁰⁶⁾.

Artículo 27. El aviso de privacidad a que se refiere el artículo 3, fracción II, se pondrá a disposición del titular en dos modalidades: simplificado e integral.

5.13 Derechos de autoría

El protocolo tiene como autor principal a L.E. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera y de colaboradoras a la Dra. Maribel Cruz Ortiz como directora de tesis y a la Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez como co asesora.

El primer artículo derivado de este proyecto de investigación, ponencias o carteles, en caso de realizarse tendrán como primer autor a la estudiante de Maestría en Salud Pública y en segundo lugar a la directora de tesis y en tercero a la co asesora.

5.14 Declaración de no conflicto de intereses

Los involucrados en el presente protocolo declaran que no existe conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener algún tipo de beneficio económico por desarrollar este proyecto. Así mismo no responde al interés con uso comercial o político, ya que su fin es solo para el desarrollo de la investigación.

5.15 Sobre el financiamiento

El financiamiento de los materiales como los equipos requeridos para el proyecto, así como los gastos derivados serán solventados por los recursos del equipo de investigación.

5.16 Sobre la transferencia de resultados

Los datos obtenidos se usarán solo para fines de investigación y se brindará un informe detallado a la institución en la que se desarrolló este trabajo con la finalidad de que dispongan de la metodología completa para enriquecer sus propias intervenciones y podrán hacer uso de este trabajo citando debidamente a sus autores.

VI. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados organizados en tres secciones, en primer lugar se mostrará la caracterización de la población estudiada separándolos en dos grupos; los datos sociodemográficos de las participantes o cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia y enseguida la de las personas con esquizofrenia, y se continua con la presentación de los resultados del nivel de conocimientos obtenido antes y después de la intervención educativa y finalmente el análisis realizado para la prueba de hipótesis.

6.1 Caracterización de la población

6.1.1 Cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia

La muestra final estuvo constituida por 32 cuidadoras primarias, de las cuales el 100% fueron mujeres con una edad promedio de 56 años, una edad mínima de 25 años y una máxima de 74 años. La media del número de hijos reportada fue de 3.7 que se redondea a 4 hijos. En la tabla 4 se puede observar que en cuanto al nivel educativo el 25% de las participantes cuentan con secundaria, seguido del 22 % que tienen primaria incompleta y un porcentaje igual con preparatoria.

Tabla 4. Caracterización de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia

Variable	Clasificación	No	%
Nivel educativo	Primaria incompleta	7	22
	Primaria	4	13
	Secundaria incompleta	3	9
	Secundaria	8	25
	Preparatoria	7	22
	Licenciatura	3	8
Estado civil	Soltera	10	31
	Casada	8	25
	Viuda	5	16
	Divorciada	7	22
	En unión libre	2	6
Trabajo remunerado	Sí	8	25
	No	24	75
Tipo de familia	Familia nuclear	6	19
	Familia monoparental	11	34
	Compuesta	15	47

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

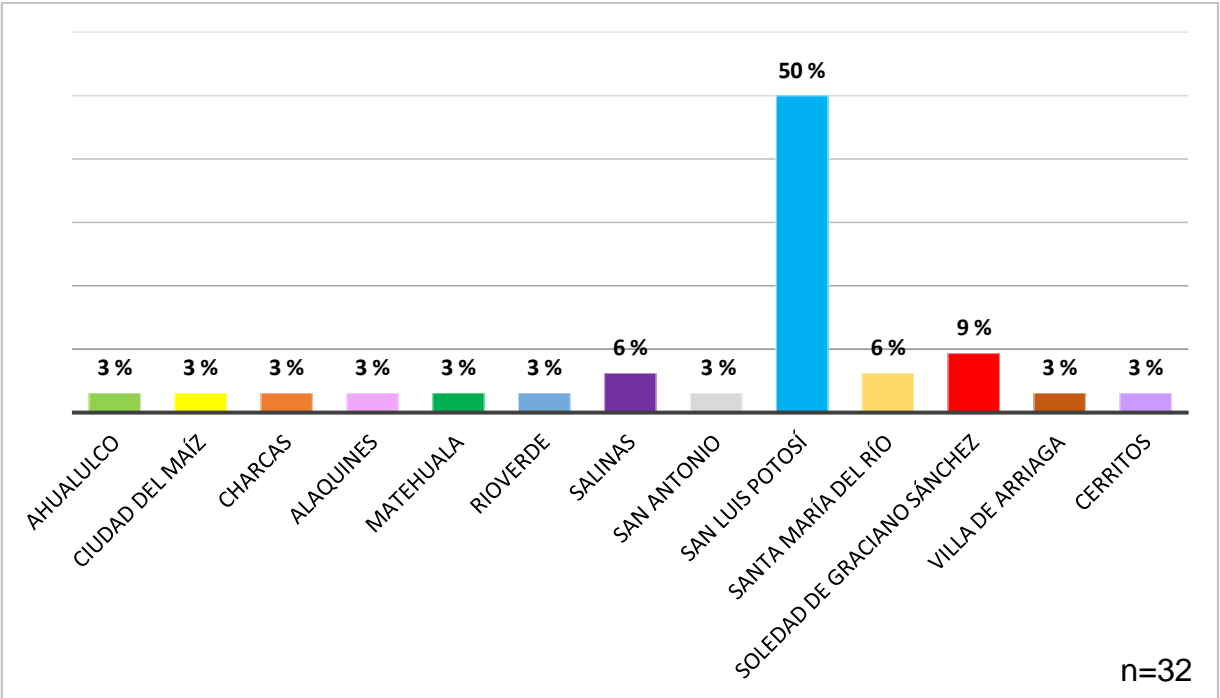
En el estado civil de las participantes se obtuvo que el 31 % son solteras y el 25% son casadas. Respecto a que si las cuidadoras primarias cuentan con un trabajo remunerado; en la tabla 4 podemos observar que la gran mayoría, es decir, el 75% refiere no contar con empleo.

Referente al tipo de familia con la que viven las cuidadoras primarias, el 32 % menciona que tienen una familia compuesta formada por la madre, el padre o ambos, hijos y otros miembros familiares como abuelos, tíos o hermanos.

Municipio de residencia

El 50 % de las participantes residen en el municipio de San Luis Potosí, seguido de Soledad de Graciano Sánchez con un 9% y en igual medida las cuidadoras viven en un 6% en Santa María del Río y en Salinas de Hidalgo (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Municipio de residencia de las cuidadoras primarias y sus familiares con esquizofrenia

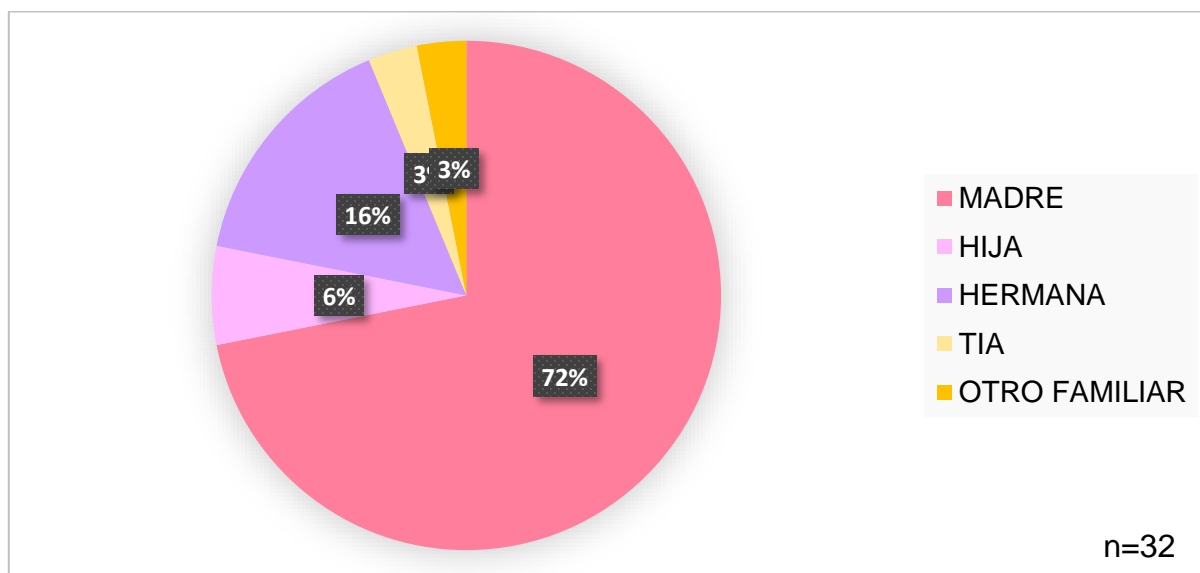


Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

Relación familiar de la cuidadora con la persona con esquizofrenia

La gran mayoría de las participantes, un 72 % menciona que la relación familiar que tienen con la persona diagnosticada con esquizofrenia es de madre e hijo(a) como se muestra en el gráfico 2.

Gráfico 2. Relación familiar que tienen las cuidadoras primarias con sus familiares con esquizofrenia



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.1.2 Persona con esquizofrenia

En relación con los resultados obtenidos sobre las personas con esquizofrenia, el 75 % pertenece al género masculino y el 52% se encuentran en el grupo de edad entre los 31 a 40 años, con un promedio de 38 años de edad, siendo la edad mínima de 18 y la máxima de 69 años. En cuanto al nivel educativo el 69% cuentan con secundaria, seguido de quienes tienen la preparatoria con un 18.8%.

En la tabla 4 también podemos observar que el 88 % de las personas con esquizofrenia son solteras, el 9% son divorciadas y el 3% viudas. El 84% de las personas con esquizofrenia refiere que no tienen hijos en comparación con tan solo el 16% que si los tienen. Respecto al empleo, el 81% menciona que no tienen un trabajo remunerado y el 19% si cuenta con un empleo formal (ver tabla 5).

Tabla 5. Caracterización de las personas con esquizofrenia

Variable	Clasificación	No	%
Género	Masculino	24	75
	Femenino	8	25
Grupo de edad	18-25	3	10
	26-30	3	9
	31-40	17	53
	41-50	5	16
	51-60	2	6
	61 o más	2	6
Nivel educativo	Primaria incompleta	1	3.1
	Primaria	1	3.1
	Secundaria incompleta	1	3.1
	Secundaria	22	68.8
	Preparatoria	6	18.8
	Licenciatura	1	3.1
Estado civil	Soltero (a)	28	88
	Viudo (a)	1	3
	Divorciado (a)	3	9
Número de hijos	Sí	5	16
	No	27	84
Trabajo remunerado	Sí	6	19
	No	26	81

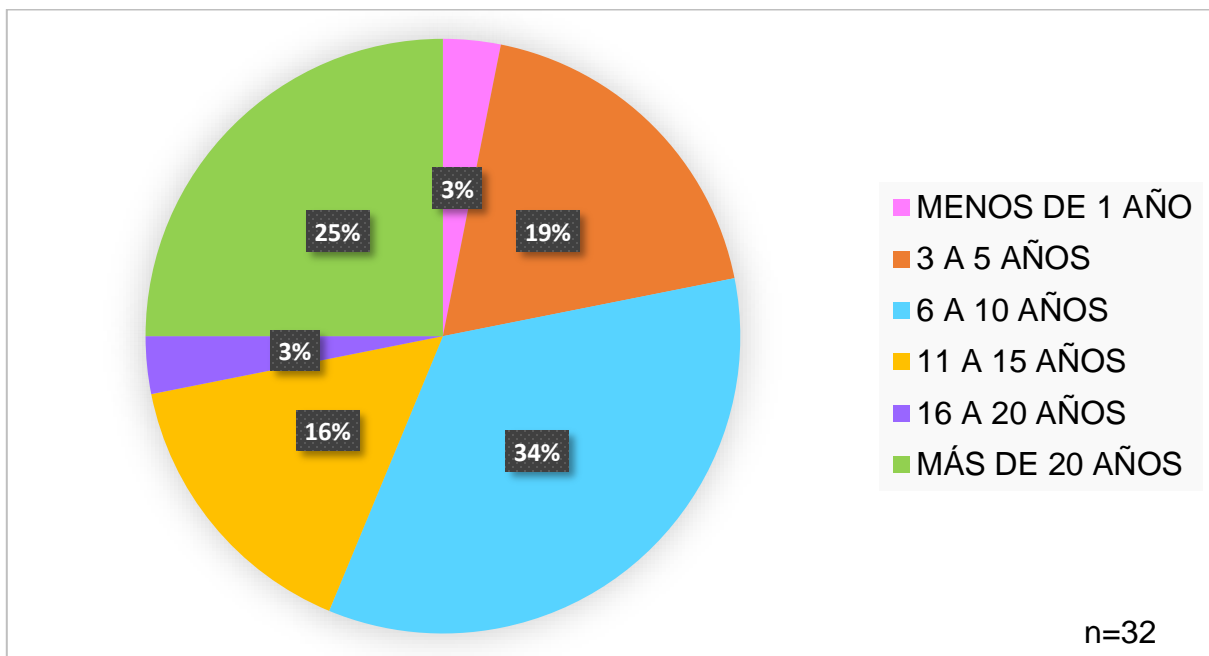
Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.1.3 Datos clínicos de las personas con esquizofrenia

Tiempo que tiene con el diagnóstico de esquizofrenia

En el gráfico 3 podemos observar que el tiempo que tienen con el diagnóstico de esquizofrenia para el 34% es de 6 a 10 años, seguido de quienes tienen más de 20 años y solo un 3% tienen menos de un año con el diagnóstico. Considerando que el tiempo con el diagnóstico no es necesariamente equivalente al tiempo con la enfermedad, que suele ser superior, las cuidadoras participantes y los pacientes, tienen ya en su mayoría un recorrido extenso respecto a experiencias y contacto con los servicios de salud, que servirá de contexto para el análisis de los datos.

Gráfico 3. Tiempo que tienen con el diagnóstico de esquizofrenia



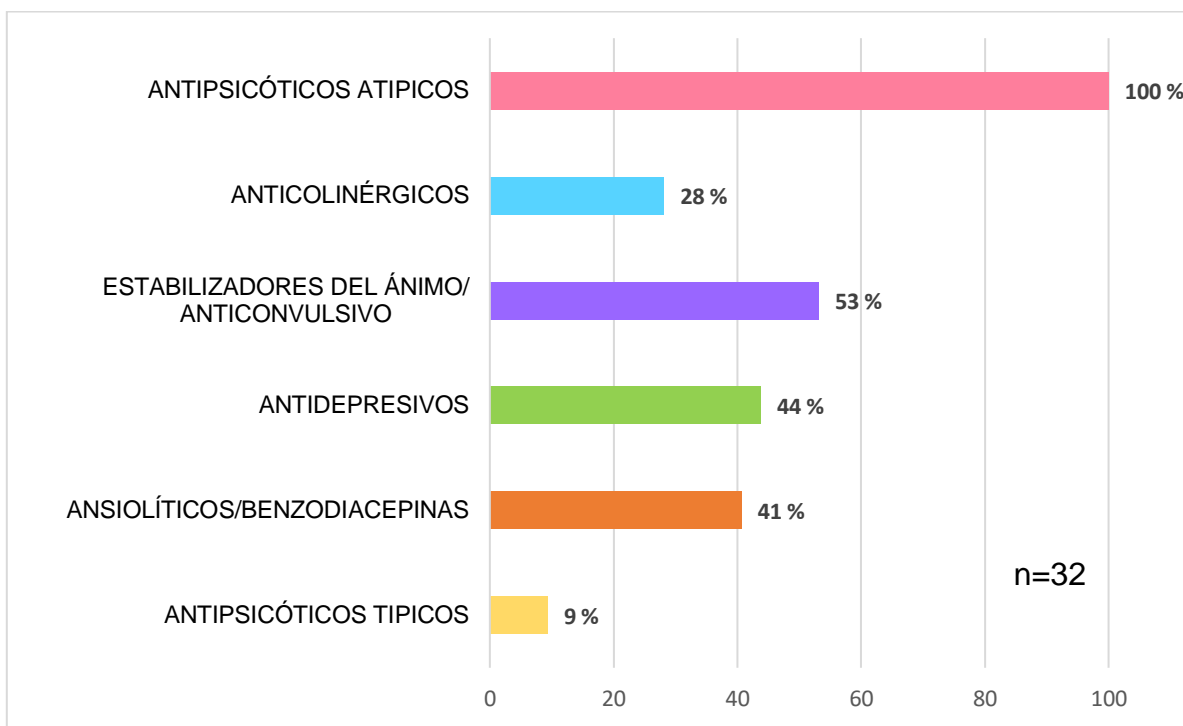
Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

Medicamentos que toma la persona con esquizofrenia

En el gráfico 4 podemos observar que las personas con esquizofrenia toman más de un medicamento dentro de su tratamiento farmacológico. En su totalidad toman antipsicóticos atípicos y el 53% además toman estabilizadores del ánimo o anticonvulsivos, entre otros como antidepresivos en un 44% y ansiolíticos en 41%.

Además, es interesante señalar que en este gráfico no se muestran otros medicamentos que puedan estar tomando y que estén asociados a otras condiciones de salud, pero en todo caso muestran la frecuente polifarmacia y con ello la necesidad del conocimiento sobre su acción y manejo.

Gráfico 4. Medicamentos que toma la persona con esquizofrenia



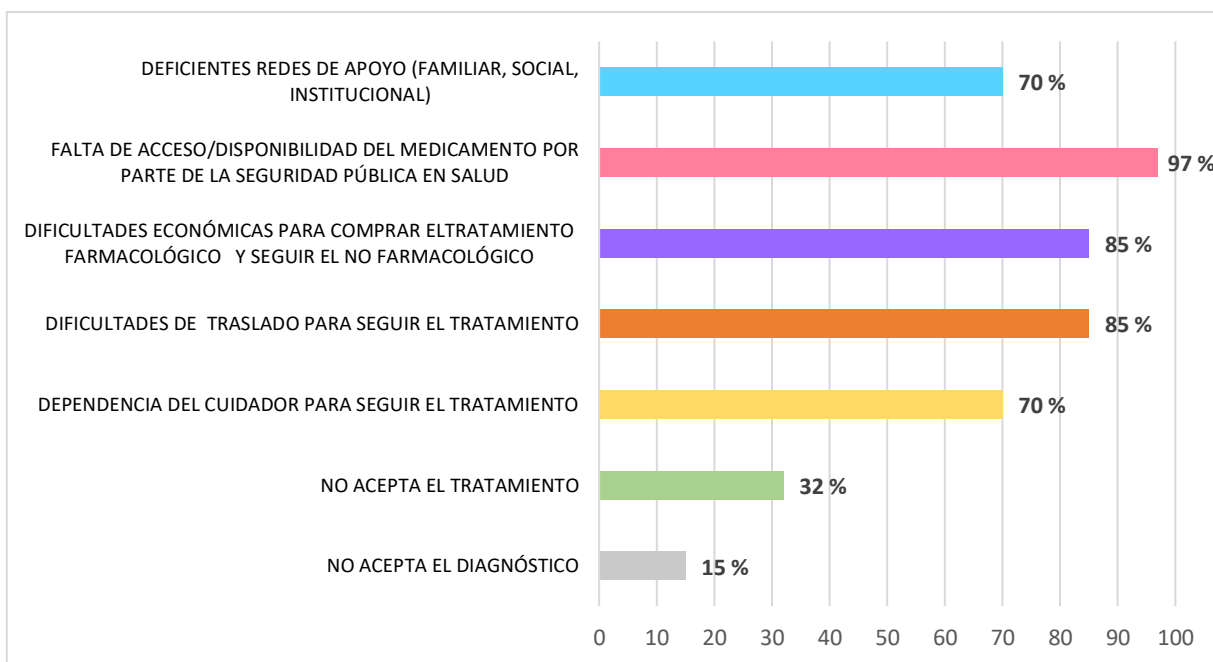
Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

Adherencia al tratamiento

El 97 % de las personas con esquizofrenia menciona que tienen dificultades para adherirse a un tratamiento, en el gráfico 5 podemos observar que en el 97 % de los casos la causa de esa dificultad es la falta de acceso o disponibilidad del tratamiento farmacológico en la seguridad pública en salud.

La segunda causa es tanto las dificultades económicas para comprar el medicamento y mantener estilos de vida saludables, como las dificultades de traslado para seguir el tratamiento (acudir a consulta, compra de medicamentos o realización de estudios), con 85% cada uno. En tercer lugar, se identifica la falta de redes de apoyo y la dependencia del cuidador para seguir el tratamiento, ambos con un 70%.

Gráfico 5. Causas que dificultan la adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia.



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

La tabla también muestra 2 causas asociadas a la falta de conciencia de enfermedad por parte del paciente: no acepta el tratamiento o no acepta el diagnóstico, y habla de la necesidad de insistir en el trabajo directo con el paciente.

6.2 Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa

Para determinar el nivel de conocimientos primero se realizó la categorización en tres niveles de acuerdo con el número de aciertos obtenidos. Las tres categorías fueron; deficiente, regular y bueno, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Categorización del nivel de conocimientos

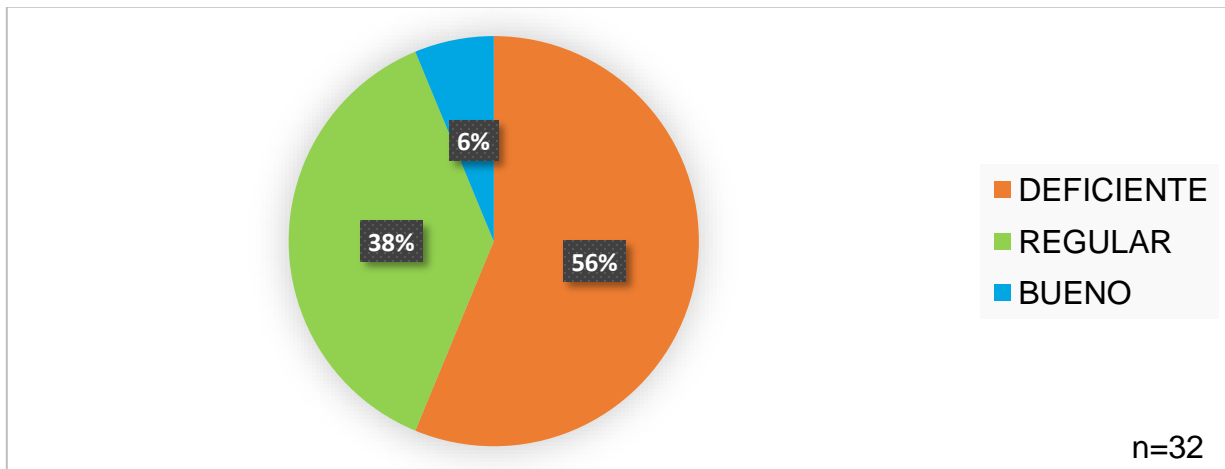
Nivel de conocimiento	Aciertos	Promedio
Deficiente	0 a 13	≤ 59.9
Regular	14 a 18	60-79.9
Bueno	19 a 23	≥ 80

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.2.1 Antes de la intervención educativa

En la evaluación del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias, se obtuvo que 56% tenían conocimiento “deficiente” antes de intervención educativa, 38% nivel “regular” y solo el 6% se identificó con un nivel “bueno” como muestra el gráfico 6.

Gráfico 6. Nivel de conocimientos de las cuidadoras antes de la intervención educativa

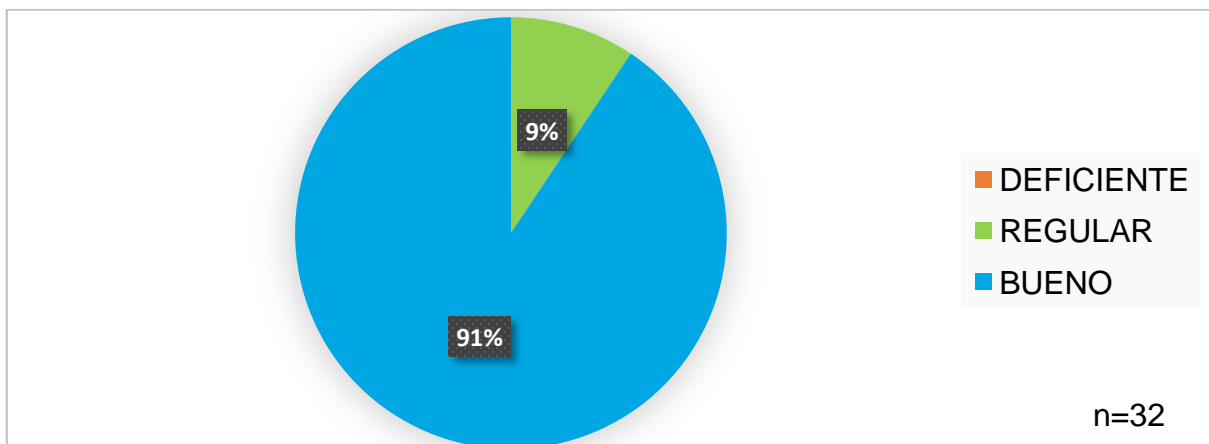


Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.2.2 Después de la intervención educativa

En la evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención educativa, se encontró que el 91 % de las participantes obtuvo un conocimiento en nivel “bueno” y un 9% obtuvo un nivel de conocimientos “regular”, y no apareció nadie en el nivel “deficiente”, como se observa en el gráfico 7.

Gráfico 7. Nivel de conocimientos de las cuidadoras después de la intervención educativa

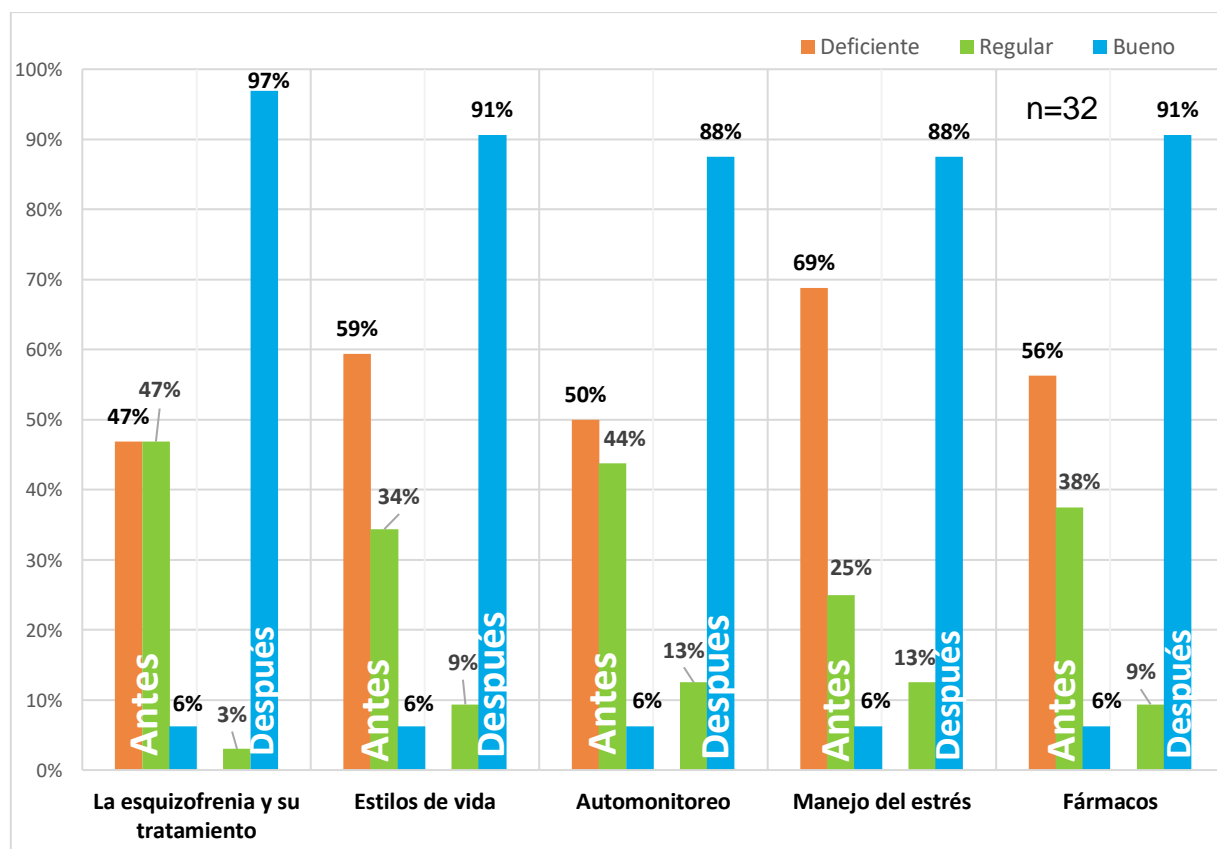


Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.2.3 Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa por dimensión

Respecto a la evaluación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa por dimensión de aprendizaje, se encontró que en la dimensión de “la Esquizofrenia y su tratamiento” el 94% de las participantes antes de la intervención tenía un conocimiento deficiente y regular, después de la misma el 97% obtuvieron un conocimiento bueno u óptimo, en la de “Fármacos” se obtuvo un resultado similar, ya que, el nivel de conocimiento del 94% cuidadoras antes de la intervención era deficiente y regular y posterior a esta el 91 % de las participantes consiguieron un nivel conocimiento bueno, como se observa en el gráfico 8.

Gráfico 8. Nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa por dimensión



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.2.4 Comparación del promedio de nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa

El promedio obtenido del nivel de conocimiento antes de la intervención educativa de las cuidadoras primarias fue de 59.5 y posteriormente el promedio obtenido del nivel de conocimiento después de la misma; se incrementó a 87.5, es decir que mejoró un 68 % con un 95 % nivel de confianza. Así mismo, el promedio mínimo obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa también tuvo un incremento de 41.1 % con un 95 % de nivel de confianza como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Promedio del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias antes y después de la intervención educativa

Descripción	Media	N	Mínimo	Máximo
Antes	59.5	32	30.4	86.9
Después	87.5	32	73.9	100

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

6.3 Prueba de hipótesis

A continuación, se muestra la prueba de hipótesis realizada comparando el promedio obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa “CCuATE” que evaluó a 32 cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia y se muestran las hipótesis que se tenían planteadas para este proyecto, ya que, consideramos importante mostrarlas en este apartado.

6.3.1 Prueba de normalidad de los datos

Antes de realizar la prueba de hipótesis analizaremos si los datos se distribuyen con normalidad. Los resultados se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Prueba de normalidad de los datos del nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa

Media	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Promedio antes	.942	32	.085
Promedio después	.935	32	.054

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

H₀: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” de la intervención educativa se distribuyen con normalidad.

H_A: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” de la intervención educativa no se distribuyen con normalidad.

Empleando la prueba de Shapiro-Wilk porque los datos analizados fueron menores de 50, se encontró que la significancia estadística (p) fue mayor de 0.05, por lo tanto, se aceptó la H₀ y se rechazó la H_A, es decir, que los promedios obtenidos del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias antes y después de la intervención educativa se distribuyen con normalidad con un 95 % de nivel de confianza.

6.3.2 T de student para muestras relacionadas

Como los datos anteriores se distribuyeron con normalidad, se realizó la prueba T de Student para muestras relacionadas, ya que se quería conocer si hubo un cambio estadísticamente significativo en el promedio del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Prueba T de student sobre el promedio obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa

Diferencias emparejadas						
Descripción	Media	95% de intervalo de confianza		t	gl	Sig. (bilateral)
		Inferior	Superior			
Promedio antes - Promedio después	-27.99253	-32.54671	-23.43834	-12.536	31	.000

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

H₀: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” son iguales.

H_A: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” son diferentes.

Se obtuvo que la significancia (p) fue menor de 0.05, por lo tanto, se rechazó la H₀ y se aceptó la H_A, es decir, que las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” son diferentes. En el intervalo de confianza, el límite inferior fue de -32.54671 y el límite superior de -23.43834 que no contiene al 0, que de igual manera acepta la H_A. Así mismo, la t calculada que fue de -12.536 es mayor que la t de las tablas, por lo tanto también se rechaza la H₀ y se acepta la H_A.

Por consiguiente, se encontró una diferencia en las medias del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias antes y después de la intervención educativa, a favor del promedio obtenido del nivel de conocimiento “después” de la intervención educativa con un 95 % nivel de confianza.

6.4 Factor de Hake (g)

Tabla 10. Determinación del Factor de Hake por el promedio de aciertos de las cuidadoras en el pretest y postest

Descripción	N	Promedio de Aciertos	%	Factor de Hake
Pretest	32	13.68	59.5	$\frac{87.5 - 59.5}{100 - 59.5} = 0.7$
Postest	32	20.12	87.5	

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018-Intervención educativa-MSP-2024.

El puntaje de aciertos posibles en el cuestionario aplicado era de 23, lo que corresponde a un promedio expresado en porcentaje del 100 %, el promedio de aciertos obtenidos de las participantes en el pretest fue de 13.68, es decir, un 59.5% y en el postest un promedio de 20.12 aciertos, equiválete a un 87.5 %. Por tanto, el resultado en el factor de Hake (g) del pretest y postest de las participantes fue de 0.7, lo que indica que obtuvieron una ganancia de aprendizaje media ($0,3 < g \leq 0,7$) posterior a la intervención educativa.

VII. DISCUSIÓN

De acuerdo con los autores Romero-Pérez et al, que realizaron una investigación en el 2014 sobre una “Intervención Psicoeducativa con Familiares de Personas Diagnosticadas con Esquizofrenia”, mencionan que es relevante integrar de manera activa y profunda a los usuarios y sus familias en la enfermedad y su tratamiento, para que en función de que se reciben los conocimientos sobre las causas, el padecimiento, los síntomas y los beneficios de adherirse al tratamiento, se busque potenciar los recursos disponibles para el bienestar, disminución de la carga y mejorar la calidad de vida. ⁽¹⁰⁶⁾

Por otro lado, en un estudio de 2020 denominado “Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares”, los autores plantearon que las estrategias educativas que se implementan en la familia y personas con enfermedades mentales acerca de la enfermedad, el tratamiento y pronóstico basados en evidencia científica promueven la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social. De igual manera, menciona que aumentar los conocimientos de este binomio ayuda a la comprensión de la situación, favorece las redes de apoyo para desarrollo de conductas saludables, disminuye recaídas y puede cambiar la postura para adherirse a un tratamiento. ⁽¹⁰⁷⁾

También en el año 2020, la investigación realizada en Cuba llamada “Estrategia de intervención psicoeducativa para familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos”, que pretendía conocer el nivel de conocimiento de los familiares de usuarios con trastornos esquizofrénicos sobre el padecimiento, expresión emocional, el nivel de adherencia de los usuarios con esquizofrenia y su reinserción social antes y después de una intervención socioeducativa, ⁽¹⁰⁸⁾ obtuvieron que el nivel de conocimiento de los familiares sobre el trastorno antes de la intervención era inadecuado en el 97% y después resultó adecuado en un 89,6%, así mismo, la adherencia al tratamiento de sus receptores con esquizofrenia antes de la intervención era del 13,7% y después mejoró en un 48,2 % ⁽¹⁰⁹⁾.

En comparación con nuestra investigación el nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia que antes de la intervención educativa era deficiente en un 59.5 %, después de la segunda evaluación mejoró significativamente a un conocimiento óptimo o bueno con 87.5 % de calificación promedio obtenida.

Es importante destacar, que estudios anteriores también abordaron la pertinencia de implementar intervenciones educativas o de psicoeducación tanto en cuidadores primarios y familiares con trastornos mentales como la esquizofrenia con estrategias que aumenten los programas de capacitación continua y de manera permanente para el binomio. Cabe señalar, que no se encontraron otras investigaciones similares a la presente que permita otras comparaciones de resultados.

Sin embargo, los hallazgos obtenidos en la investigación plantearon otros puntos relevantes para su discusión, cuando se inició con el estudio el objetivo principal era determinar la efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimiento de cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia en tres evaluaciones; antes, al finalizar y tres meses después de misma, para después comparar estas mediciones entre ellas, no obstante, cuando se llegó el momento de la tercera evaluación no se tuvo la participación esperada.

Dando contexto a lo ocurrido, fue que solo en la segunda evaluación del nivel de conocimiento que se realizó al concluir la intervención educativa se tuvo la participación del 100 % de las cuidadoras cumpliendo con la medición previa, sin embargo, al convocarlos para la tercera evaluación 3 meses después únicamente acudió al llamado el 12.5 % de las cuidadoras, por lo tanto, se tomó la decisión de no contemplar los resultados de la tercera evaluación y solamente comparar la del antes y el después de la intervención, ya que, el tamaño de la muestra se redujo a 4 participantes pertenecientes a la Clínica de Adherencia y para evitar un sesgo en los resultados.

La falta de participación de las cuidadoras primarias en la tercera evaluación se relaciona con los hallazgos encontrados en los datos sociodemográficos que se describen más adelante, en donde el 85% de las participantes y sus receptores con esquizofrenia referían dificultades de traslado para acudir a la clínica, esto incluye asistir a consultas, adquirir el medicamento y recibir educación para la salud o psicoeducación.

Así mismo por dificultades económicas, desigualdad laboral, deficientes redes de apoyo en el fomento del cuidado u autocuidado de su familiar con esquizofrenia y de igual manera al cambio de horario para acudir a la evaluación final, que se realizó tres meses después de haber concluido la intervención en el turno vespertino de 17:00 hrs a 20:00 hrs de lunes a jueves.

Respecto a las dificultades de traslado que repercuten directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los receptores y estos problemas de acceso a la Clínica Psiquiátrica, se atribuyen a la ubicación de la misma, ya que, tan solo el 50 % de las participantes pertenecían a la capital de San Luis Potosí y el 9 % a Soledad de Graciano Sánchez, el resto eran de municipios localizados en la zona media y huasteca potosina, tales como el 3 % que tenían su residencia en el municipio de San Antonio, S.L.P., que se ubica a 347 kilómetros de distancia de la institución aproximadamente a 4 horas y 30 minutos ⁽¹⁰⁹⁾.

A pesar de esto, las cuidadoras pertenecientes a San Luis Potosí capital y Soledad de Graciano Sánchez también reportaron limitaciones de traslado, debido a que actualmente solo se tienen dos rutas directas de transporte urbano a la clínica, la 18 Norte y Sur ⁽¹¹⁰⁾, este trayecto puede demorar entre 40 minutos a 1 hora y 20 minutos de distancia de sus domicilios dependiendo del tráfico.

Entonces resulta relevante destacar, la necesidad de aumentar la cantidad y accesibilidad de servicios especializados en salud mental de los usuarios (cuidadores y receptores) sin derechohabencia y de manera gratuita a zonas de fácil acceso y transporte en distintos municipios del estado, puesto que, los Servicios de Salud de San Luis Potosí solo cuentan con dos Centros Integrales de Salud Mental (CISAME)

ubicados en la capital y otro en Ciudad Valles, una Clínica Psiquiátrica en Soledad de Graciano Sánchez y siete Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA-CECOSAMA), que están más orientados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y salud mental ambulatoria en Matehuala, Salinas, Rioverde, Ciudad Valles, Tamazunchale, San Luis Potosí y Soledad. ⁽¹¹¹⁾

Cabe señalar, que las anteriores unidades de salud eran pertenecientes a los Servicios de Salud del Estado y se encuentran en un proceso de federalización o transición de servicios al Organismo Público Descentralizado (OPD) IMSS-BIENESTAR, que surge el 31 de agosto de 2022 y que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) con la intención centralizar la atención de salud ⁽¹¹²⁾. No obstante, a la fecha del mes de junio del 2024 que se suscribe esta discusión, no se ha culminado o consolidado en su totalidad la transferencia y se espera concluya hasta diciembre del 2024 y al momento se desconoce si acrecentará o disminuirá la conocida fragmentación del Sistema de Salud en México.

De igual manera, es importante mencionar que existen otras organizaciones que ofertan atención psicológica y psiquiátrica en San Luis Potosí como el “Instituto Temazcalli, Prevención y Rehabilitación” que pertenece al DIF Estatal y que tiene cuotas de recuperación que aparentemente son accesibles económicamente ⁽¹¹³⁾, no obstante, estos servicios pueden preservar inequidades en la atención de la salud ya que algunos usuarios que no cuentan con los recursos económicos necesarios para acceder a esos servicios.

Por lo anterior, los determinantes de la salud, sociales o estructurales influyeron en el estudio, tales como los socioeconómicos que tuvieron gran impacto en la participación de la tercera evaluación y los resultados, puesto que, el 75% de las participantes mencionaron que no tenían un empleo formal remunerado, enfatizando además que en la totalidad eran mujeres a cargo del cuidado, asimismo el 81 % de las personas con esquizofrenia tampoco contaban con un trabajo formal y en conjunto el 85 % refirió que su falta de adherencia al tratamiento se debía a dificultades económicas para adquirir los medicamentos.

Respecto a lo anterior la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados realizada en el 2022, menciona que en México el 86.9% de las personas cuidadoras pertenecen al género femenino y el 13.1% al masculino y que la tasa de participación laboral de las mujeres cuidadoras de dependientes o personas con discapacidad en edades de entre 15 a 60 años es de 50.3%.⁽¹¹⁴⁾ En comparación con esta información, en nuestra investigación encontramos que quienes se hacen cargo del cuidado fueron el 100% de mujeres, aunado a un menor involucramiento de las participantes en la actividad laboral remunerada.

Estas desigualdades laborales por cuidar o facilitar el autocuidado de sus familiares, forma parte de un fenómeno social, histórico y patriarcal conocido como feminización del cuidado, que designa socialmente a las mujeres por su condición de féminas al cuidado de niños, dependientes y personas con discapacidad y convencionalmente por su relación familiar, mientras a los hombres no se les autoimponen estos roles de cuidado ⁽¹¹⁵⁾. Lo expuesto anteriormente, corresponde a lo obtenido en el estudio, dado que, el 72 % de las participantes mantenían una relación familiar de madre e hijo(a) con la persona diagnosticada con esquizofrenia, el 16 % de hijas y el otro 12 % distribuido entre parejas, hermanas, tías o abuelas.

Las repercusiones de la feminización del cuidado es que vulnera la participación de las mujeres en campos laborales remunerados y sus retribuciones ⁽¹¹¹⁾, es decir, que no perciben un salario, no tiene prestaciones de ley como vacaciones y prima vacacional, aguinaldo, días de descanso, licencia por maternidad o periodos de lactancia, pago de utilidades o derechohabencia para ellas o sus familiares, por lo tanto, tienen que acudir a servicios de salud públicos, asimismo hay una falta de reconocimiento social, sobrecarga física y emocional, y pérdida de su autocuidado, que a su vez repercute en la calidad de vida y adherencia terapéutica de sus receptores de cuidado cuando son las principales proveedoras en el hogar.

Asimismo, la ENASIC aborda que de las mujeres no económicamente activas que están a cargo del cuidado de personas dependientes o personas con discapacidad, el 39.7% expresó su deseo de trabajar en la formalidad por un ingreso y que el motivo

principal para no hacerlo fue que no cuentan con apoyo en el cuidado de sus familiares en un 78.4% de los casos ⁽¹¹⁰⁾.

Lo anterior, fue similar a lo encontrado en nuestra investigación, en donde el 70% de las participantes refieren que tienen deficientes redes de apoyo social, familiar o institucional para lograr la adherencia terapéutica de sus familiares con esquizofrenia, dado que se requieren diversos tipos de apoyo para el cuidado o el autocuidado, ya que, incluso pueden llegar a desarrollar discapacidad psicosocial, que es un deterioro que aparece cuando el entorno del individuo con enfermedad mental afecta su funcionamiento social dentro y fuera de su hogar en ámbitos interpersonales, académicos o laborales atribuidos a la falta de inclusión, estigma y marginación social.⁽¹¹⁶⁾

En consecuencia a lo anterior, el 78% de los ingresos económicos y capacidad adquisitiva de las cuidadoras y sus familiares con esquizofrenia se atribuye al empleo informal, que de igual manera puede adjudicarse al nivel educativo y edad promedio de las participantes, en vista de que tan solo el 22 % de las cuidadoras refirió tener una educación básica obligatoria hasta el nivel medio superior y una edad promedio de 56 años, mientras que las personas con esquizofrenia tan solo el 68% contaba con secundaria concluida y el 58% se encontraban en un rango de edad de los 31 a 40 años.

Por lo tanto, está la desigualdad laboral no les permite tener seguridad social en salud y para recibir la cobertura sanitaria, el binomio debe acudir a centros o instituciones de salud pública sin derechohabencia, que de acuerdo con lo referido por el 97% de las participantes, al menos en una ocasión han tenido problemas de disponibilidad de medicamentos para sus receptores en la clínica.

De acuerdo con ello se identifica que una importante barrera para la adherencia a la terapia farmacológica es la falta de existencia de psicofármacos en el Sistema de salud pública en México, generándole a los usuarios gastos de bolsillo que no son esperados, sin mencionar que los receptores con esquizofrenia requieran de consultas privadas con psiquiatras y terapia psicológica para modificar sus estilos de vida.

En el estudio del 2021 en México “Gastos de bolsillo y catastróficos en hogares de pacientes con esquizofrenia sin seguridad social” realizado con 96 personas con dicho trastorno y que fueron tratadas en consulta externa entre febrero y diciembre de 2018 en un hospital psiquiátrico, se identificó que el 16% de los hogares incurrió en gastos catastróficos y el 6.6% transitó por el empobrecimiento por motivos de salud.

Por ende, estas situaciones se pueden ver disminuidas a través de intervenciones educativas o psicoeducación que son de bajo costo y efectivas si se realizan oportunamente en estas poblaciones vulnerables, es decir, cuidadores primarios y personas con esquizofrenia con la finalidad de mejorar la calidad de vida del ambos, evitar recaídas y reingresos hospitalarios de los segundos, disminuir la sobrecarga en la dinámica familiar, reducir la demanda de atención psiquiátrica en segundo nivel de atención, prevenir la morbimortalidad y/o muerte prematura de ambos mediante la educación para la salud como medida para el autocuidado promoviendo la adherencia terapéutica.

Finalmente, desde la perspectiva sanitarista que busca la integración del equipo multidisciplinar de salud, interinstitucional e intersectorial se deberían aumentar las estrategias para la promoción de la salud mental, medidas de prevención y tratamientos oportunos en personas con esquizofrenia y apoyos de sus cuidadores, iniciando desde el personal que labora en primer nivel como el personal de enfermería, psicología, trabajo social, médicos o psiquiatras y otros profesionales de la salud que retomen el rol de educadores en salud, las instituciones de salud que integran el Sistema de Salud en México con mejoras de programas en la salud mental y gestión de recursos.

Así como un enfoque intersectorial para las inequidades en salud que atraviesan tanto las personas con esquizofrenia para apegarse a sus tratamientos y apoyos de sus cuidadores desde otros sectores no solo de Salud, como Educación, Empleo y Vivienda, Transporte y Comunicaciones, Seguridad y Protección Ciudadana, entre otras y desde un nivel macro el Estado como forma de gobierno en México con políticas públicas y un Sistema Nacional de Cuidados.

VIII. CONCLUSIONES

Este estudio tenía como objetivo determinar la efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia, con el resultado final podríamos decir que se logró parcialmente, ya que, no obstante que la prueba de hipótesis mostro significancia estadística entre el pretest y el postest, no se pudo realizar la tercera evaluación con la que se pretendía medir la permanencia del conocimiento en el tiempo, la cual no fue completada por causas atribuibles a diversos determinantes sociales, estructurales y de salud de la familia.

Sin embargo, la evaluación del nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa comprobó una mejoría significativa en el nivel de conocimientos de las cuidadoras, que en la primera medición obtuvieron una calificación o promedio de 59.5, que corresponde a un nivel de conocimiento “deficiente” y que en la segunda se incrementó a 87.5, es decir, que mejoró su nivel de conocimiento a “bueno” u óptimo en un 68% de la población estudiada.

Por lo tanto, también se concluye que los determinantes de la salud sobre todo los sociales tienen un impacto considerable en el binomio, porque se enfrentan a barreras de acceso a servicios de salud mental especializados por parte de sistemas sanitarios de salud pública que tengan una ubicación geográfica y horarios accesibles que facilite que acudan a consultas o terapia, a recibir psicoeducación o educación para la salud, disponibilidad de medicamentos, recursos humanos en salud sensibilizados, atención de calidad y que las personas con esquizofrenia tengan una mejor adherencia a sus tratamientos.

De igual manera es necesario que tanto cuidadoras como personas con esquizofrenia reciban distintos niveles de apoyo en la mejora de sus condiciones de vida, que la sociedad y sus familiares estén sensibilizados con la situación que enfrenta el cuidado y problemas de salud mental, de tipo educativos que incremente la accesibilidad a estrategias preventivas de primer nivel de atención en salud, para disminuir la brecha

de desigualdad laboral de género y disparidad de empleo en la población con trastornos de salud mental graves y la cuidadoras.

Asimismo el mejorar la conciencia pública sobre el estigma y discriminación, integración del trabajo interinstitucional de los Sistemas Sanitarios y enfoques multidisciplinarios en la atención de salud del binomio, apoyos socioeconómicos que mitiguen gastos de bolsillos y catastróficos en salud que dificultan la adherencia terapéutica, que el Estado promueva programas y políticas públicas en cuidado con la finalidad de proteger sus derechos humanos y un Sistema Universal de Cuidados consolidado en el país, que brinde de manera equitativa e integral apoyos intersectoriales y de participación continua de personas cuidadoras y sus receptores de cuidado.

Aunque se tuvieron estas limitantes, se concluyó que en esta investigación visibilizó aspectos que de un inició se enfocaban en la problemática de la falta de adherencia terapéutica en la esquizofrenia y se encontró que para que esto ocurra de distintos apoyos para las personas cuidadoras y sus receptores en Salud, Educación, por parte del Gobierno o Estado, Empleo y trabajo, aspectos económicos y políticos, seguridad, transporte, programas específicos para estos grupos vulnerables y políticas públicas.

Además de que se necesita aumentar intervenciones educativas a personas cuidadoras con perspectiva de género que contemplen el reconocimiento del trabajo de cuidados, el respeto a sus derechos, capacitaciones en autocuidado y el cuidado de otros, salud financiera, empoderamiento de sus conocimientos, puesto que, subsanan deficiencias en atención de personas dependientes y con discapacidad y no solo intervenciones a personas con esquizofrenia. Además de incrementar estudios sobre intervenciones educativas para su cuidado propio y no solo de la sobrecarga del rol cuidador.

Finalmente, es necesario mencionar que se encontraron pocas investigaciones dirigidas a cuidadoras y su implicación en la adherencia terapéutica en personas con esquizofrenia desde un enfoque de educación para la salud, puesto que, la mayoría de los artículos consultados estaban dirigidos abordaban la adherencia terapéutica de las personas con la enfermedad mental y sobre la falta de apego al tratamiento farmacológico de estos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ MedlinePlus. Esquizofrenia [internet]. 2020. [citado 2022 Nov 26]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/schizophrenia.html>
- ² Carratalá-Munuera C, Cortés-Castell E, Márquez-Contreras E, Castellano JM, Pérez-Paramo M, López-Pineda A, Gil-Guillen VF. Barriers and Solutions to Improve Therapeutic Adherence from the Perspective of Primary Care and Hospital-Based Physicians. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2022 Mar [citado 2022 Nov 26];11(16):697-707. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8923680/>
- ³ Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharm [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Nov 26];59(4):251-258. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS-OPS;2004. [citado 2022 Nov 25]. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- ⁵ Martínez-Granados F. La adherencia farmacoterapéutica: de la obediencia al conocimiento, la ética y la cultura. Revista [con]textos [Internet]. 2021 [citado 2022 Nov 25];9: 1-18. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/36587/36290>
- ⁶ Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda ÓA, Orteg-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2018 Sep [citado 2022 Nov 25];16(3):226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es
- ⁷ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians, a working document [Internet]. Ottawa: Government of Canada;1974. [citado 2022 Dic 6]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10204/informe-lalonde.pdf>
- ⁸ OMS/OPS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2022. [citado 2022 Dic 7]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2022. [citado 2022 Nov 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

-
- ¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2022. [citado 2022 Nov 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- ¹¹ Alarcon-Rodríguez A, Carreño-Moreno S, Arias-Rojas M. Percepción de carga de la enfermedad en la persona con enfermedad crónica. Cienc. enferm. [Internet]. 2019 [citado 2022 Nov 26]; 25: 19. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-532019000100215&lng=es
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia [internet]. 2022 Ene. [citado 2022 Nov 26]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- ¹³ Clínica Mayo. Esquizofrenia [internet]. 2021. [citado 2022 Nov 26]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>
- ¹⁴ Secretaria de Salud. En México más de un millón de personas padece esquizofrenia [internet]. 2017 Ene. [citado 2022 Nov 28]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-un-millon-de-personas-padece-esquizofrenia>
- ¹⁵ Secretaria de Salud del Gobierno de San Luis Potosí. Llama Salud a atender la esquizofrenia. [internet]. 2020 Ene. [citado 2022 Nov 28]. Disponible en: <https://slp.gob.mx/ssalud/Paginas/Noticias/2020/Llama-Salud-a-atender-la-esquizofrenia.aspx>
- ¹⁶ Ricardino IEF, Ribeiro MLB, da Silva-Neto IF, Aguiar AM. Dificuldades encontradas no tratamento medicamentoso da esquizofrenia e a importância do farmacêutico no manejo terapêutico. Educação, ciência e saúde [Internet]. 2020 [citado 2022 Nov 27];1(1):216-233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v7i1.27>
- ¹⁷ Torres-Lugo DJ, Castillo-Ledo I, Rojas-Díaz I, Masot-Rangel A, Masot-Torres SJ, Cabrera-Pérez AE. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. Rev. Finlay [Internet]. 2022 Sep [citado 2022 Nov 28];12(3): 322-330. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342022000300322&lng=es.
- ¹⁸ Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev. Psicol Salud. [internet]. 1995 [citado 2022 Dic 4]; 7(1):35-61. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313770977_Adherencia_a_o_cumplimiento

[de prescripciones terapéuticas y de salud Concepto y factores psicosociales implicados](#)

¹⁹ Scott-Stroup T, Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry* [internet]. 2018 Oct [citado 2023 Ene 6];17(3):341-356. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30192094>
<https://doi.org/10.1002/wps.20567>

²⁰ Gulayín ME. Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* [Internet]. 2022 [citado 2023 Ene 16];33(155): 43-58. Disponible en: https://revistavertex.com.ar/descargas/primeronline/vertex%20155_articulo%205%20GULAYIN.pdf

²¹ Martínez-Pizarro S. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. *ENE Santa Cruz de La Palma* [Internet]. 2020 [citado 2022 Nov 28];14(1):14118. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100018&lng=es.

²² Audiffred-Jaramillo RI, García AJE, Vélez-Sánchez C, et al. Consenso cultural sobre el cuidado de familiares con esquizofrenia en el Occidente de México. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat* [Internet]. 2021 [citado 2022 Dic 01];49(2):48-56. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/103351>

²³ Audiffred-Jaramillo RI. Mujeres cuidadoras de familiares con esquizofrenia del occidente de México. *RECEIN* [Internet]. 2022 [citado 2022 Nov 28];15(58):121-42. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/recein/article/view/3092>

²⁴ Audiffred-Jaramillo RI, González-Lozano LA, García-de Alba-García JE, García-Sandoval K, Almaraz-Cortez B-A, Torres-Valencia J. El funcionamiento social en la esquizofrenia y la alta emocionalidad expresada desde una perspectiva familiar. *Psicumex* [internet]. 2022 [citado 2022 Nov 28];12(1);1–25e465. Disponible en: <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.465>

²⁵ Wolnik L. Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en la Esquizofrenia: Una revisión sistemática. *Rev Dis Cli Neuro* [internet]. 2018 [citado 2022 Nov 28]; 5(1)31-57. Disponible en: http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/5743/Rehabilitaci%c3%b3n_funciones_ejecutivas_esquizofrenia.pdf?sequence=1&rd=0031219763518047

²⁶ Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, et al. La educación en salud como

una importante estrategia de promoción y prevención. Arch Med (Manizales) [internet]. 2020 [citado 2022 Nov 29]; 20(2):490-504. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3487.2020>

²⁷ Menor-Rodríguez M, Aguilar-Cordero M, Mur-Villar N, Santana-Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado 2022 Nov 27]; 15(1): 71-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. OMS; Ginebra, 1998.

²⁹ Burgo-Bencomo OB, León-González JL, Cáceres-Mesa ML, Pérez-Maya CJ, Espinoza-Freire E. Algunas reflexiones sobre investigación e intervención educativa. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2019 [citado 2023 Mar 05];48(1):e383. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000500003&lng=es.

³⁰ Haynes RB., Taylor DW, Sackett DL, Gibson ES et al. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? Hypertension. PubMed [internet]. 1980. Ago [citado 2022 Nov 26]; 2, 757–764. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.HYP.2.6.757>

³¹ Benach-de Rovira J, Muntaner-Bonet C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 2022 Dic 8];38(5): 794-802. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es

³² OMS/OPS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. 2022. [citado 2022 Dic 7]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

³³ Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021 Oct [citado 2022 Dic 7]; 199:20-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34534885/>

³⁴ Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013 [citado 2022 Dic 7]; 31(1):S13–S27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es

-
- ³⁵ Lorenzo-Díaz JC, Díaz-Alfonso H. Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Dic 06]; 23(2): 170-171. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200170&lng=es
- ³⁶ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed [internet]. Arlington: APA; 2013. [citado 2022 Nov 30]. Disponible en: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf>
- ³⁷ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11a Ed [internet]. Ginebra: OMS; 2019. [citado 2022 Nov 30]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1683919430>
- ³⁸ National Institute of Mental Health. La esquizofrenia [internet]. 2021 [citado 2022 Dic 15]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>
- ³⁹ Ortíz-Fernández JM, Cañizares-Abril LE. Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación [internet]. 2021 [citado 2022 Dic 2];5(41):362-372. Disponible en: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp362-372>
- ⁴⁰ Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. Gac Med Mex [internet]. 2021 [citado 2022 Dic 4];157(4): S1-S12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34047727/>
- ⁴¹ Flores-Rojas LE, González-Zúñiga Hernández LA. Efectos secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación. Med. interna Méx. [internet]. 2019 Oct [citado 2023 Ene 3];35(5): 721-731. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000500721&lng=es
- ⁴² Correll CU, Rubio JM, Inczedy-Farkas G, et al. Efficacy of 42 pharmacologic cotreatment strategies added to antipsychotic monotherapy in schizophrenia: Systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. JAMA Psychiatry [internet]. 2017 [citado 2023 Ene 4]; 74(7):675-684. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28514486/>

-
- ⁴³ Wang SM, Han C, Lee SJ. Investigational dopamine antagonists for the treatment of schizophrenia. *Expert Opin Investig Drugs* [internet]. 2017 [citado 2023 Ene 4]; 26(6):687-698, Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28443355/>
- ⁴⁴ Clínica Mayo. Parkinson's disease [internet]. 2022 Dic [citado 2023 Ene 5]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/parkinsons-disease/symptoms-causes/syc-20376055>
- ⁴⁵ Sevillano-Jiménez A, Carrascal-Laso L, Romero-Ruiz AB. Síndrome metabólico iatrogénico derivado del uso de antipsicóticos de segunda generación. *Metas Enferm* [internet]. 2022 May [citado 2023 Ene 5]; 25(4):65-78. Disponible en: <http://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081924>
- ⁴⁶ Arroyo-Pineda V, de la hija-Díaz MB, García-Díaz- Guerra MR, Pérez-Veiga JP. Utilización prudente de la quetiapina en ancianos. *Sescam* [internet]. 2019 [citado 2023 Ene 5]; 20(1):1-7. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documento_s/farmacia/hem_1_2009_utilizacion_prudente_de_quetiapina_en_ancianos.pdf
- ⁴⁷ Arnautovska U, Kesby JP, Korman N, Rebar AL et al. Biopsychology of Physical Activity in People with Schizophrenia: An Integrative Perspective on Barriers and Intervention Strategies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [internet]. 2022 [citado 2023 Ene 5]:18; 2917–2926 Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/NDT.S393775?needAccess=true&role=button>
- ⁴⁸ Patel S, Khan S, Saipavankumar M, Hamid P. The Association Between Cannabis Use and Schizophrenia: Causative or Curative? A Systematic Review. *Cureus* [Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 8]; 12(7):e9309. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32839678/> doi 10.7759/cureus.9309.
- ⁴⁹ Arenas A, Melo-Trujillo DE. Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia promoci. Salud* [Internet]. 2021 Ene [citado 2023 Ene 9]; 26(1): 69-83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772021000100069&lng=en. Epub Mar 17, 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.1.7>.
- ⁵⁰ Bazualdo-Fiorini ME, Contreras-Rivera DRJ. La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina* [Internet]. 2022 Nov [citado Ene 11 2023];6(6):973-98. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3590>

-
- ⁵¹ Finnerty MT, Layman DM, Chen Q, Leckman-Westin E, Bermeo N, Ng-Mak DS, Rajagopalan K, Hoagwood KE. Use of a web-based shared decisionmaking program: impact on ongoing treatment engagement and antipsychotic adherence. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2018 [citado 2023 Ene 13];69(12):1215–21. Disponible en: https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201800130?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- ⁵² Vignaud H, Reilly K, Donde C, Haesebaert F et al. Clinical effects of mindfulness-based intervention in patients with first episode psychosis and in individuals with ultra-high risk for transition to psychosis: a review. *Front. Psychiatry* [Internet]. 2019[citado Ene 13 2023]; 10:797. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.3389/fpsy.2019.00797> doi 10.3389/fpsy.2019.00797
- ⁵³ Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry- Elsevier* [Internet]. 2021 [citado Ene 13 2023] ;(11):969–980. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036621002431>
- ⁵⁴ Real Academia Española. cuidar [internet]. 2022 [citado 2023 Ene 13]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidar>
- ⁵⁵ Quandt XS, Ceolin T, Echevarría-Guanilo ME, da Costa Mendieta M. Concepción de salud y autocuidado de la población masculina de una Unidad Básica de Salud. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Oct [citado 2023 Ene 13];14(40):44-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400003&lng=es.
- ⁵⁶ Guevara B., Evies A., Rengifo J., Salas B., Manrique D., Palacio C. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Ene [citado 2023 Ene 13]; 13(33): 318-327. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100016&lng=es
- ⁵⁷ Leininger M, Mc Farland MR. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. USA: Mc Graw-Hill, 2002.
- ⁵⁸ Colliere MF. *Promover la Vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill;1997.
- ⁵⁹ Berman A, Snyder S. Kozier & Erb. *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y práctica*. 9ª ed. Madrid: Pearson Education; 2013.

⁶⁰ Potter PA, Griffin-Perry A, Stockert PA, Hall AM. Fundamentos de Enfermería. 9ª ed. España: Elsevier; 2019.

⁶¹ Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLO, Gratão ACM. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 Nov [citado 2023 Ene 14]; 23(11):3789-3798. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30427449/>

⁶² Secretaria de Gobierno de México. Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [Internet]. 2020 Ene [citado 2023 Ene 14]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores#:~:text=La%20cuidadora%20o%20el%20cuidador%2C%20es%2C%20en%20no,el%20compromiso%20de%20preservar%20la%20vida%20de%20otro>

⁶³ Flores N, Jenaro C, Moro L y Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education [Internet]. 2020 Ene [citado 2023 Ene 14];4(2):79-88. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323171999_Salud_y_calidad_de_vida_de_cuidadores_familiares_y_profesionales_de_personas_mayores_dependientes_estudio_comparativo#:~:text=Los%20familiares%20dedicados%20al%20cuidado%20presentan%20mayores%20niveles,el%20trabajo%2C%20la%20familia%20y%20las%20relaciones%20sociales

⁶⁴ Ortega J. “Una cuestión de entrega”: desigualdades de género y factores de riesgo psicosocial en el trabajo de enfermería. Sociedade e Cultura. Revista de Pesquisa e Debates em Ciências Sociais [internet]. 2019 [citado 2023 Ene 14];22(1):48-65 Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/703/70361437005/70361437005.pdf> doi <https://doi.org/10.5216/sec.v22i1.57893>

⁶⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, Secretaria de Salud, Estados Unidos Mexicanos; DOF [internet]. 2013 Sep [citado 2023 Ene 14]. Disponible en: <http://sidof.segob.gob.mx/notas/5312523>

⁶⁶ Venegas-Bustos BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan [Internet]. 2006 [citado 2023 Ene 15]; 6(1): 137-47. Disponible en: <https://doaj.org/article/6df22e2ac8a5412d9afd726fa1c672f6#:~:text=Los%20resultados%20evidenciaron%20que%20no%20existe%20relaci%C3%B3n%20entre,de%20funcionalidad%20de%20las%20personas%20cuidadas%20es%20severo>.

-
- ⁶⁷ Mosquera-Metcalf I, Larrañaga-Padilla I, Río-Lozano MD, Calderón-Gómez C et al. Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2023 Ene 15]; 93:e201901002. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100075&lng=es.
- ⁶⁸ López-Rodríguez P, Orozco-Corona ME. Mercado Laboral Femenino y Capital Social, Necesidades de Cuidados e Inclusión Financiera. Economía Coyuntural [Internet]. 2019 [citado 2023 Ene 15]; 4(4), 79-129. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2415-06222019000400005&lng=es&tlng=es.
- ⁶⁹ Amilpas- García MS. Mujeres, trabajo de cuidados y sobreexplotación desigualdades de género en México durante la pandemia por COVID-19. ESPACIOI+D, INNOVACIÓN MÁS DESARROLLO[Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 15]; 9(25). Disponible en: <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a06>
- ⁷⁰ Rodríguez-Lombana L, Chaparro-Díaz L. Soporte social y sobrecarga en cuidadores: revisión integrativa. Rev Cuid [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Ene 15]; 11(1): e885. le en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000100401&lng=en.
- ⁷¹ Boletín UNAM-DGCS-574 Ciudad Universitaria. MÉXICO, EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO [Internet]. 2021 Jul [citado 2023 Ene 15]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_574.html
- ⁷² Flores-Cerqueda S. El envejecimiento en el siglo XXI y la necesidad de profesionales en gerontología. Identidad Bolivariana [Internet]. 2021 [citado 2023 Ene 16]; 5(2), 37-51. Disponible en: <https://doi.org/10.37611/IB5ol237-51>
- ⁷³ Gulayín ME. Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. Vertex Rev Arg Psiquiatr [Internet]. 2022 [citado 2023 Ene 16];33(155): 43-58. Disponible en: https://revistavertex.com.ar/descargas/primeronline/vertex%20155_articulo%205%20GULAYIN.pdf
- ⁷⁴ Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. Med J Islam Repub Iran [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Ene 16]; 33:54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31456978/> doi 10.34171/mjiri.33.54. eCollection 2019

-
- ⁷⁵ Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Argumentos. Revista de crítica social [Internet]. 2015 [citado 2023 Ene 16];17: 307-330 Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>
- ⁷⁶ Cantillo-Medina CP, Perdomo-Romero AY, RamírezPerdomo CA. Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2022 [citado 2023 Ene 16]; 39(2):185-92. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342022000200185&lng=es.
- ⁷⁷ Ghane G, Ashghali-Farahani M, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of problem-focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. Nurs Midwifery Stud [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Ene 16] ;(2):e35594 Disponible en: doi [10.17795/nmsjournal35594](https://doi.org/10.17795/nmsjournal35594)
- ⁷⁸ Grandón P, Saldivia S, Melipillán R, Pihan R, Albornoz E. Adaptación y validación de la Entrevista de Carga familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS) en población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr [Internet]. 2011 Dic [citado 2023 Ene 16];49(4):320-330. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400003>.
- ⁷⁹ Cruz-Ortiz M, Pérez-Rodríguez MdC, Villegas-Moreno EL, Flores-Robaina N, Hernández-Ibarra E, Reyes-Laris P. Carga objetiva y subjetiva en personas con enfermedad mental: evidencias empíricas. Pensando Psicología [Internet]. 2013 [citado 2023 Ene 16]; 9(16):77-88 Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/619> <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.619>
- ⁸⁰ Real Academia Española. Conocimiento [internet]. 2022 [citado 2023 Ene 17]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidar>
- ⁸¹ oxford learner's dictionaries. knowledge [internet]. 2023 [citado 2023 Ene 17]. Disponible en: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/knowledge>
- ⁸² González-Sánchez J. Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. Innovación educativa (México, DF) [internet]. 2023 [citado 2023 Ene 17];14(65):133-142. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009&lng=es&tlng=es.

-
- ⁸³ Márquez-García IF, Hernández-Meléndrez DE. Gafas-González E. Potencialidades de la Psicología ante una intervención psicoeducativa en cuidadores primarios. Revista Cubana de Salud Pública [internet]. 2022 [citado 2023 Ene 17];48:e2424 Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2424>
- ⁸⁴ Velazquez-Moreno E. Gonzalez-Velazquez MS, de la Peña- Leon B, Soria-Flores A. Calidad de las intervenciones educativas dirigidas al cuidador primario. Una revisión integradora. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [internet]. 2019 [citado 2023 Ene 17];27(4):223-9 Disponible en: [https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSoci](https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2019/vol27/no4/6.pdf)
- ⁸⁵ Almaguer-Mederos LA, Barroso-Pérez CT, Lorenzo-Ruíz A, Amaro-Blanco AJ, Gamboa Y. Estrés y Manejo del Afrontamiento en Cuidadores de pacientes esquizofrénicos. Psicología Iztacala [Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Ene 17];22(2). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70140>
- ⁸⁶ Gaglio P. La digitopuntura autoadministrada podría reducir los síntomas relacionados con el stress en cuidadores de familiares mayores. Evid actual pract ambul [Internet]. 2021 Ene [citado 2023 Ene 17];24(1):e002081. Disponible en: <https://www.evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/6908>
- ⁸⁷ Giraldo-Montoya DI. Zuluaga-Machado S. Uribe-Gómez V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Medicina U.P.B [Internet]. 2018 [citado 2023 Ene 17];37(2): 89-96. Disponible en: <https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2a02>
- ⁸⁸ Hernández-Sampier R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio MdP et al. Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
- ⁸⁹ Toro-Jaramillo ID, Parra-Ramírez RD. Método y Conocimiento. Metodología de la Investigación. 1ª ed. Colombia: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2006.
- ⁹⁰ Espinoza-Freire EE. Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Parte I. Conrado [Internet]. 2018 [citado 2024 Jun 18]; 14(1): 39-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000500039&lng=es&tlng=es.
- ⁹¹ Rosell-Puig W, Paneque-Ramos ER. Consideraciones generales de los métodos de enseñanza y su aplicación en cada etapa del aprendizaje. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 [citado 2024 Ago 18]; 8(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200016&lng=es

⁹² Amiel-Pérez J. Las variables en el método científico. *Revista de la Sociedad Química del Perú* [Internet]. 2007[citado 2024 Jun 18]; 73(3): 171-177. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1810-634X2007000300007&lng=es&tlng=es.

⁹³ Jordán-Padrón M, Pachón-González L, Blanco-Pereira ME. Achiong Alemañy Mercy. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2011 [citado 2023 Ene 19];33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400017&lng=es.

⁹⁴ Hernández-Nieto R. *Contribuciones al Análisis Estadístico de Datos: Sensibilidad (Estabilidad y Consistencia) de varios coeficientes de variabilidad relativa y el Coeficiente Validez de Contenido (CVC) y el Coeficiente Kap (Spanish Edition)*. 1ª ed. United States: Paperback; 2002.

⁹⁵ Sánchez-Sánchez R. El tema de validez de contenido en la educación y la propuesta de Hernández-Nieto. *Lat Am J Phys Educ* [Internet]. 2021 [citado 2023 May 18];15 (3): ISSN-e 1870-9095. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8358273>

⁹⁶ Galicia-Alarcón LA, Balderrama-Trápaga JA, Navarro RE. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura* [Internet]. 2017 [citado 2023 May 18]; 9 (2):42-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>

⁹⁷ Vergara-Pareja CM, Nielsen-Niño JB, & Niño-Vega J. La gamificación y el fortalecimiento de la habilidad oral en inglés a niños de primera infancia. *Revista de Investigación, Desarrollo e Innovación* [Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Ago 1];11(3): 569-578. Epub March 17, 2022. <https://doi.org/10.19053/20278306.v11.n3.2021.13355>

⁹⁸ Santana-Fajardo JL. Ganancia en el aprendizaje del concepto de fuerza y cambio en las actitudes hacia la física en estudiantes de la Escuela Preparatoria de Tonalá. *CienciaUAT* [Internet]. 2018 Dic [citado 2024 Ago 1]; 13(1): 65-80. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000200065&lng=es

Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/399/557>

⁹⁹ Vera-Velázquez R, Castro-Piguave C, Estévez-Valdés I, Maldonado-Zúñiga K. Metodologías de enseñanza-aprendizaje constructivista aplicadas a la educación superior. Revista Sinapsis [Internet]. 2020 Dic [citado 2023 Ene 18]; 3(18): ISSN 1390 –9770.

Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/399/557>

¹⁰⁰ Ortiz Cermeño, Eva. Saber y saber enseñar. Revista electrónica de investigación educativa [internet]. 2018 [citado 2023 Ene 18]; 20(2):137-141. Disponible en; http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000200137&lng=es&tlng=es.

¹⁰¹ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet]. 1964 [citado 2023 Ene 19]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343576/9_INTL_Declaracixn_de_H_ELSINKI.pdf

¹⁰² Van Delden JJM, Van der Graaf R. Revised CIOMS International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. JAMA [internet]. 2017 [citado 2023 Ene 19];317(2):135-136. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2592245> doi [10.1001/jama.2016.18977](https://doi.org/10.1001/jama.2016.18977)

¹⁰³ Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 [Internet]. Reforma 2022 [citado 2023 Ene 19]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

¹⁰⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987 [Internet]. Reforma 2014 [citado 2023 Ene 19]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

¹⁰⁵ Ley General de Protección de datos personales en posesión de sujetos obligados. Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2017 [Internet]. 2017 [citado 2023 Ene 19]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>

¹⁰⁶ Romero-Pérez S, Oyarzun-Gómez D. Intervención Psicoeducativa con Familiares de Personas Diagnosticadas con Esquizofrenia. Cuaderno de Trabajo Social [Internet]. 2014 [citado 2023 Dic 11]; 6:130-145. Disponible en: <https://cuadernots.utem.cl/articulos/intervencion-psicoeducativa-con-familiares-de-personas-diagnosticadas-con-esquizofrenia/>

-
- ¹⁰⁷ Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares, Psychoeducation in mental health: a tool for families and patients. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020 [citado 2024 May 15]; 31(2): 169-173. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- ¹⁰⁸ Rodríguez-Vinent F, Castillo-Torres D, Leyva-Ortiz RM, Del Río-Palay M, Herrera-Columbié A. Estrategia de intervención psicoeducativa para familiares de pacientes con trastornos esquizofrénicos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana* [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 15]; 17(3): ISSN 0138-7103. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/111>
- ¹⁰⁹ DataMéxico, Secretaría de Economía. San Antonio, San Luis Potosí [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/san-antonio>
- ¹¹⁰ Secretaría de Comunicaciones y Transporte. Rutas de Transporte Metropolitano [Internet]. 2022 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://slp.gob.mx/sct/Paginas/Rutas-de-Transporte-Urbano.aspx>
- ¹¹¹ Secretaría de Salud de San Luis Potosí. Atención Médica [Internet]. 2022 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://slp.gob.mx/ssalud/Paginas/Inicio.aspx>
- ¹¹² IMSS Bienestar. Servicios de Salud IMSS Bienestar [Internet]. Oct 2023 [citado 2024 Jun 10]. Disponible en: <https://www.imssbienestar.gob.mx/>
- ¹¹³ Gobierno de San Luis Potosí. Instituto Temazcalli [Internet]. 2022 [citado 2024 Jun 13]. Disponible en: <https://slp.gob.mx/TEMAZCALLI/Paginas/Inicio.aspx>
- ¹¹⁴ Instituto de Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022 [Internet]. Oct 2023 [citado 2024 Jun 13]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf
- ¹¹⁵ Orozco-Rocha K, González-González C. Familiarización y feminización del trabajo de cuidado frente al trabajo remunerado en México. *Debate feminista* [Internet]. 2021 [citado 2024 Jun 15];62:117-141. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2276>
- ¹¹⁶ Arenas AdP, Melo-Trujillo DE. Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2021 [citado 2024 Jun 15]; 26(1):69-83. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772021000100069&lng=en

X. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable Sociodemográfica	1. Edad (cuidadora)		Tipo de variable	Cuantitativa
Definición Conceptual	RAE: Del lat. aetas, -ātis. Tiempo que ha vivido una persona.			
Definición Operacional	Años cumplidos de la persona (en dos cifras).			
Indicadores	1.- 18-25 años 2.- 25 a 30 años 3.- 31 a 40 años	4.-41 a 50 años 5.- 51 a 60 años 6.- 61 o más	Nivel de medición	Númerica/ Escala
Variable Sociodemográfica	2. Sexo (cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE: Del lat. sexus. Condición orgánica, masculina o femenina.			
Definición Operacional	Sexo biológico de la persona.			
Indicadores	1.- Hombre 2.- Mujer 3.- Intersexual		Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	3. Nivel educativo (cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE: Del lat. gradus 'paso'. Grados académicos de preparación educativa.			
Definición Operacional	Situación académica.			
Indicadores	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.-Licenciatura 5.- Posgrado	6.- Primaria incompleta 7.- Secundaria incompleta 8.- Preparatoria incompleta 9.- Licenciatura incompleta	Nivel de medición	Ordinal
Variable Sociodemográfica	4. Estado civil (cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. m. Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.			
Definición Operacional	Situación de convivencia administrativamente reconocida.			
Indicadores	1.-Casado(a) 2.-Soltero(a) 3.- Viudo(a)	4.-Divorciado(a) 5.- Unión libre	Nivel de medición	Nominal

Variable Sociodemográfica	5. A Trabajo (cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. m. Acción y efecto de trabajar.			
Definición Operacional	¿Si cuenta con empleo? Especifique			
Indicadores	1.- Si	2.- No	Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	5. B Municipio		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. Conjunto de habitantes de un mismo término jurisdiccional, regido por un ayuntamiento.			
Definición Operacional	En la dirección se pregunta el municipio de residencia (se escribe manualmente).			
Indicadores	1. Ahualulco 2. Alaquines 3. Aquismón 4. Armadillo de los Infante 5. Axtla de Terrazas 6. Cárdenas 7. Catorce 8. Cedral 9. Cerritos 10. Cerro de San Pedro 11. Charcas 12. Ciudad del Maíz 13. Ciudad Fernández 14. Ciudad Valles 15. Coxcatlán 16. Ébano 17. El Naranjo 18. Guadalcázar 19. Huehuetlán 20. Lagunillas 21. Matehuala 22. Matlapa 23. Mexquitic de Carmona 24. Moctezuma 25. Rayón 26. Rioverde 27. Salinas 28. San Antonio 29. San Ciro de Acosta 30. San Luis Potosí	31. San Martín Chalchicuautla 32. San Nicolás Tolentino 33. San Vicente Tancuayalab 34. Santa Catarina 35. Santa María del Río 36. Santo Domingo 37. Soledad de Graciano Sánchez 38. Tamasopo 39. Tamazunchale 40. Tampacán 41. Tampamolón Corona 42. Tancanhuitz 43. Tanlajás 44. Tanquián de Escobedo 45. Tamuín 46. Tierra Nueva 47. Vanegas 48. Venado 49. Villa de Arriaga 50. Villa de Arista 51. Villa de Guadalupe 52. Villa de la Paz 53. Villa de Ramos 54. Villa de Reyes 55. Villa Hidalgo 56. Villa Juárez 57. Xilitla 58. Zaragoza	Nivel de medición	Nominal

Variable Sociodemográfica	6. Familia (cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE: Del lat. familia. f. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.			
Definición Operacional	¿Con quién vive?			
Indicadores	1. nuclear (mamá, papá, hermanos) 2.-monoparental (mamá o papá, alguno ausente o fallecido)	6.- Compuesta (mamá o papá, hermanos, abuelos o tíos)	Nivel de medición	Nominal

	3 De padres separados (mamá o papá y hermanos) 4.- Con hijo único 5.- Con parentesco (tíos o abuelos o primos, en caso de ser foráneo)	7.- Homoparental (padres o madres homosexuales) 8.- Extensa (mamá, papá, hermanos, abuelos, tíos y primos)		
Variable Sociodemográfica	7. A Hijos (cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición conceptual	RAE: Del lat. filius. m. y f. Persona relaciona con sus padres.			
Definición operacional	Si tiene hijos			
Indicadores	1.- Sí, 2.- No ¿Cuántos? especifique		Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	7. B Número de Hijos		Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	RAE: Del lat. filius. m. y f. Persona relaciona con sus padres.			
Definición operacional	Número de hijos (si tiene)			
Indicadores	Números enteros		Nivel de medición	Escala Numérica
Variable sociodemográfica	8. Relación de Cuidadora primaria de persona con esquizofrenia		Tipo de variable	Cualitativa
Definición conceptual	Aquellas personas que sin tener una formación específica en el cuidado y sin recibir una remuneración económica ayudan en las actividades básicas e instrumentales de la vida de una persona dependiente, por lo general son familiares cercanos y con mayor frecuencia del género femenino.			
Definición operacional	¿Qué relación familiar tiene con la persona diagnóstica con esquizofrenia?			
Indicadores	1.- Madre 2.- Hija 3.- Hermana 4.- Abuela	5.- Pareja 6.- Amiga 7.- Otro familiar	Nivel de medición	Nominal
Variable sociodemográfica	9. Tiempo cuidando de la cuidadora primaria de persona con esquizofrenia		Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	Aquellas personas que sin tener una formación específica en el cuidado y sin recibir una remuneración económica ayudan en las actividades básicas e instrumentales de la vida de una persona dependiente, por lo general son familiares cercanos y con mayor frecuencia del género femenino.			
Definición operacional	¿Cuándo tiempo tiene cuidando/brindando apoyo a su familiar?			
Indicadores	1. Menos de un año 2.- De 1 a 2 años 3.- 3 a 5 años 4.- De 6 a 10 años	5.- De 11 a 15 años 6.- De 16 a 20 años 7.- Más de 20 años	Nivel de medición	Nominal

Variable sociodemográfica	10. Sexo (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	RAE: Del lat. sexus. Condición orgánica, masculina o femenina.			
Definición operacional	Sexo que tiene el familiar con esquizofrenia.			
Indicadores	1.- Hombre 2.- Mujer 3.- Intersexual	Nivel de medición	Nominal	Indicadores
Variable sociodemográfica	11. Edad (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	RAE: Del lat. aetas, -ātis. Tiempo que ha vivido una persona.			
Definición operacional	Años cumplidos de la persona			
Indicadores	1.- 18-25 años 2.- 25 a 30 años 3.- 31 a 40 años	4.-41 a 50 años 5.- 51 a 60 años 6.- 61 a 65 años 7.- Mayor de 65 años	Escala/ Numérica	Indicadores
Variable Sociodemográfica	12. Nivel educativo (persona cuidadora)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE: Del lat. gradus 'paso'. Grados académicos de preparación educativa.			
Definición Operacional	Situación académica.			
Indicadores	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Preparatoria 4.-Licenciatura 5.- Posgrado	6.- Primaria incompleta 7.- Secundaria incompleta 8.- Preparatoria incompleta 9.- Licenciatura incompleta	Nivel de medición	Ordinal
Variable Sociodemográfica	13. Estado civil (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. m. Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.			
Definición Operacional	Situación de convivencia administrativamente reconocida.			
Indicadores	1.-Casado(a) 2.-Soltero(a) 3.- Viudo(a)	4.-Divorciado(a) 5.- Unión libre	Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	14. Hijos (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición conceptual	RAE: Del lat. filius. m. y f. Persona relaciona con sus padres.			

Definición operacional	Si tiene hijos			
Indicadores	1.- Sí, 2.- No ¿Cuántos? especifique	Nivel de medición	Nominal	Indicadores
Variable Sociodemográfica	15. Trabajo (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. m. Acción y efecto de trabajar.			
Definición Operacional	¿Si cuenta con empleo? Especifique			
Indicadores	1.- Si	2.- No	Nivel de medición	Nominal
Variable sociodemográfica	16. Edad del diagnóstico (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	RAE: Del lat. aetas, -ātis. Tiempo que ha vivido una persona con ese diagnóstico.			
Definición operacional	¿Qué edad tenía cuando fue diagnosticado con esquizofrenia?			
Indicadores	Números enteros (dos cifras)	Nivel de medición	Escala/ Numérica	Indicadores
Variable Sociodemográfica	17. Diagnostico (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 3. m. Med. Determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas.			
Definición Operacional	¿Cuándo fue diagnosticado con esquizofrenia?			
Indicadores	1.- Hace menos de 1 año 2.- 1 a 2 años 3.- 3 a 5 años	4.- De 6 a 10 años 5.- De 11 a 15 años 6.- De 16 a 20 años 7.- Más de 20 años	Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	18. Medicamento (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. m. Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.			
Definición Operacional	¿Cuáles son los medicamentos que toma para la esquizofrenia?			
Indicadores	1.- Antipsicóticos 2.- ansiolíticos 3.- Antidepresivos	4.- Estabilizadores del ánimo/ Anticonvulsivo 5.- Anticolinérgicos	Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	19. Hospitalización (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. f. Acción y efecto de hospitalizar.			
Definición Operacional	¿Ha estado hospitalizado antes por no seguir su tratamiento? Especifique			

Indicadores	1.- Si	2.- No.	Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	20.A Dificultades en el tratamiento (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. Conjunto de medios que se emplean para curar, aliviar o mejorar una enfermedad.			
Definición Operacional	¿Tiene dificultades para seguir su tratamiento? (En caso de responder que sí, continúe con la siguiente pregunta)			
Indicadores	1.- Si	2.- No.	Nivel de medición	Nominal
Variable Sociodemográfica	20.B Dificultades en el tratamiento; causas (persona con esquizofrenia)		Tipo de variable	Cualitativa
Definición Conceptual	RAE. 1. Conjunto de medios que se emplean para curar, aliviar o mejorar una enfermedad.			
Definición Operacional	¿Cuál considera usted que es la causa o causas que le dificultan seguir su tratamiento? (Puede marcar más de una opción).			
Indicadores	1.- No acepta el diagnóstico 2.- No acepta el tratamiento 3.- Dependencia del familiar para tomarlo 4.- Dificultades de traslado para adquirir el tratamiento	5.- Dificultades económicas para comprar el medicamento 6.- Falta de acceso y disponibilidad del medicamento por parte de la seguridad pública en salud 7.- Deficiente red de apoyo social, familiar o institucional.	Nivel de medición	Nominal

Variable Independiente	Método de enseñanza	Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	Son los componentes dinámicos del proceso de enseñanza-aprendizaje, comprenden una serie de operaciones lógicas dirigidas a lograr los objetivos propuestos.		
Definición operacional	El método de enseñanza empleado fue construido para facilitar el aprendizaje medible y significativo.		
Variable interviniente	Intervención educativa	Tipo de variable	Cualitativa
Definición conceptual	Es un conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico o de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes institucionales o personales para llevar a cabo un método previamente diseñado que interviene en el alcance del aprendizaje		
Definición operacional	Estrategia basada en la metodología del constructivismo, empleada para mejorar el nivel de conocimientos sobre adherencia terapéutica en cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia.		
Variable dependiente	Nivel de conocimiento sobre adherencia terapéutica en la esquizofrenia	Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	<p>La adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un plan alimentario y ejecutar cambios del modo de vida corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.</p> <p>La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por dos o más síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, disgregación o incoherencia frecuente, comportamiento catatónico, síntomas negativos como la expresión emotiva disminuida.</p>		
Definición operacional	Conocimientos que favorezcan el aprendizaje significativo en cuidadoras primarias sobre la adherencia terapéutica en la esquizofrenia.		
	1. Conocimiento deficiente ≤ 59.9 2. Conocimiento regular 60-79.9 3. Conocimiento bueno ≥ 80	Nivel de medición	Razón
Variable dependiente	Nivel de conocimiento sobre estilos de vida	Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	Determinantes de salud que pueden modificarse como la alimentación, el sedentarismo, no descansar adecuadamente, el consumo de toxicomanías, estrés prolongado, entre otros.		

Definición operacional	Conocimientos sobre conductas modificables de salud en la esquizofrenia que ayudan a tener una mejor calidad de vida; alimentación saludable, actividad física, dejar hábitos como fumar, beber alcohol y consumir sustancias nocivas o drogas, higiene corporal y sueño-descanso.		
	1. Conocimiento deficiente ≤ 59.9 2. Conocimiento regular 60-79.9 3. Conocimiento bueno ≥ 80	Nivel de medición	Razón
Variable dependiente	Nivel de conocimiento sobre manejo estrés	Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	El estrés es una reacción que genera tensión a un cambio o desafío que puede afectar la salud. Se puede evitar aprendiendo maneras saludables para manejarlo.		
Definición operacional	Conocimientos sobre estrés y sus repercusiones en la esquizofrenia además de técnicas de manejo, relajación y mindfulness.		
	1. Conocimiento deficiente ≤ 59.9 2. Conocimiento regular 60-79.9 3. Conocimiento bueno ≥ 80	Nivel de medición	Razón
Variable dependiente	Nivel de conocimiento sobre automonitoreo	Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	Según la PAHO; "la automonitoreo es una estrategia prometedora de atención de las enfermedades crónicas que permite ir más allá de la información para enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados con la enfermedad que tienen.		
Definición Operacional	Conocimientos para detectar posibles cambios en la conducta de la persona con esquizofrenia (síntomas positivos y negativos), identificar si el tratamiento es funcional o si requiere algunas modificaciones para evitar la exacerbación de la enfermedad, recaída o crisis psicótica.		
	1. Conocimiento deficiente ≤ 59.9 2. Conocimiento regular 60-79.9 3. Conocimiento bueno ≥ 80	Nivel de medición	Razón
Variable dependiente	Nivel de conocimiento sobre fármacos	Tipo de variable	Cuantitativa
Definición conceptual	RAE. Medicamentos elaborados con moléculas específica para tratar un padecimiento.		
Definición operacional	Conocimientos sobre los medicamentos que se emplean en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, dificultades y barreras entorno a la medicación.		
	1. Conocimiento deficiente ≤ 59.9 2. Conocimiento regular 60-79.9 3. Conocimiento bueno ≥ 80	Nivel de medición	Razón

Anexo 2. Instrumento de medición. Cuestionario CCuATE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Antes de iniciar con el cuestionario, se le solicita que llene el apartado de datos sociodemográficos y marque con una X según corresponda.

Datos de contacto	
Nombre (cuidadora primaria): _____	
Nombre (persona con esquizofrenia): _____	
Dirección: _____	
Municipio: _____ Estado: _____	
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____	
Correo electrónico: _____	
Datos de la cuidadora primaria	
1.- Edad en años cumplidos: _____	2.-Sexo: 1.- Mujer ____ 2.-Hombre ____ 3.- Intersexual ____
3.- Nivel educativo: 1.- Primaria ____ 2.- Secundaria ____ 3.- Preparatoria ____ 4.-Licenciatura ____ 5.- Posgrado ____ 6.- Primaria incompleta ____ 7.- Secundaria incompleta ____ 8.- Preparatoria incompleta ____ 9.-Licenciatura incompleta ____	
4.- Estado civil: 1.- Soltero(a) ____ 2.- Casado(a) ____ 3.- Viudo(a) ____ 4.- Divorciado(a) ____ 5.- Unión libre ____	
5.- ¿Tiene un empleo remunerado? 1.- Si ____ 2.- No ____ Especifique: _____	
6.- ¿Con quién vive? 1.- Familia nuclear (mamá, papá e hijos) ____ 2.- Familia Monoparental (mamá o papá; ausente, separado o fallecido, hijos) ____ 3.- Familia con hijo único (mamá, papá e hijo) ____ 4.- Familia sin hijos (pareja) ____ 5.- Familia con parentesco (tíos, abuelos o primos) ____ 6.- Familia compuesta (mamá, papá, hermanos, hijos, abuelos o tíos) ____ 7.- Familia Homoparental (padres o madres homosexuales, hijos) ____ 8.- Familia Extensa (mamá, papá, hermanos, hijos, abuelos, tíos y primos) ____	
7.- ¿Tiene hijos? 1.- Sí ____ 2.- No ____ ¿Cuántos? ____ Especifique: _____	

<p>8.- ¿Qué relación familiar tiene con la persona diagnostica con esquizofrenia?</p> <p>1.- Madre ____ 2.- Hija ____ 3.- Hermana ____ 4.- Abuela ____ 5.- Pareja ____</p> <p>6.- Amiga ____ 7.- Otro familiar ____ Especifique relación:</p>
<p>9.- ¿Cuándo tiempo tiene cuidando/brindando apoyo a su familiar?</p> <p>1.- Hace menos de 1 año ____ 2.- 1 a 2 años ____ 3.- 3 a 5 años ____ 4.- De 6 a 10 años ____ 6.- De 11 a 15 años ____</p> <p>7.- Más de 20 años ____</p>
<p>Datos de la persona con esquizofrenia)</p>
<p>10.- Sexo:</p> <p>1.- Mujer ____ 2.- Hombre ____ 3.- Intersexual ____</p>
<p>11.- Edad en años cumplidos:</p>
<p>12.- Nivel educativo:</p> <p>1.- Primaria ____ 2.- Secundaria ____ 3.- Preparatoria ____ 4.- Licenciatura ____</p> <p>5.- Posgrado ____ 6.- Primaria incompleta ____ 7.- Secundaria incompleta ____ 8.- Preparatoria incompleta ____</p> <p>9.- Licenciatura incompleta ____</p>
<p>13.- Estado civil:</p> <p>1.- Soltero(a) ____ 2.- Casado(a) ____ 3.- Viudo(a) ____ 4.- Divorciado(a) ____ 5.- Unión libre ____</p>
<p>14.- ¿Tiene hijos?</p> <p>1.- Sí ____ 2.- No ____ ¿Cuántos? ____ Especifique:</p>
<p>15.- ¿Tiene un empleo remunerado? 1.- Sí ____ 2.- No ____ Especifique:</p>
<p>16.- ¿Qué edad tenía cuando fue diagnosticado con esquizofrenia?</p>
<p>17.- ¿Cuándo fue diagnosticado con esquizofrenia?</p> <p>1.- Hace menos de 1 año ____ 2.- 1 a 2 años ____ 3.- 3 a 5 años ____ 4.- De 6 a 10 años ____ 6.- De 11 a 15 años ____</p> <p>7.- Más de 20 años ____</p>
<p>18.- ¿Cuáles son los medicamentos que toma y en qué horario?</p>
<p>19.- ¿Ha estado hospitalizado antes por no seguir su tratamiento?</p> <p>1.- Sí ____ 2.- No ____ ¿Cuántas veces el año pasado? ____ Especifique:</p>
<p>20.- A ¿Tiene dificultades para seguir su tratamiento?</p> <p>1.- Sí ____ 2.- No ____ (En caso de responder que sí, continúe con la siguiente pregunta)</p>
<p>20.-B ¿Cuál considera usted que es la causa o causas que le dificultan seguir su tratamiento? (Puede marcar más de una opción).</p> <p>1.- No acepto el diagnóstico ____ 2.- No acepto el tratamiento ____ 3.- Dependo totalmente de mi familiar ____</p> <p>4.- Tengo dificultades para trasladarme a adquirir el tratamiento ____</p> <p>5.- Tengo dificultades económicas para comprar el tratamiento ____</p> <p>6.- No tengo acceso al tratamiento por parte de la seguridad pública en salud ____</p> <p>7.- Deficiente red de apoyo social, familiar o institucional. ____ Especifique:</p>

Cuestionario CCuATE. Conocimiento en cuidadores primarios sobre adherencia terapéutica en la Esquizofrenia

Objetivo: Conocer el nivel de conocimientos acerca de adherencia terapéutica en la Esquizofrenia. - Test para cuidadores primarios.

Descripción: CCuATE es un cuestionario de 23 enunciados que mide el nivel de conocimientos del cuidador primario sobre la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia.

- Conocimiento general: 1. La esquizofrenia y su tratamiento. 3 ítems.
- Dimensiones: 1.- Estilos de vida, 2.- Automonitoreo, 3.- Manejo de estrés y 4.- Fármacos. 5 ítems por cada dimensión.

Instrucciones: Lea detenidamente cada afirmación y elija la opción que mejor se apegue a lo que usted crea correcto. Considere que no se trata de preguntas sino de enunciados y Usted deberá señalar si son correctos (C) o incorrectos (I). También puede elegir la opción No sé (NS).

Ítems	<i>Dimensión/enunciado</i>	C	I	NS
I. La esquizofrenia y su tratamiento				
1.	La esquizofrenia es una enfermedad crónica mental, es decir, que tiene una duración de más de 6 meses y requiere de un tratamiento de por vida. Se caracteriza por una alteración del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la toma de decisiones y la conducta.			
2.	La adherencia al tratamiento son las prácticas de salud que desarrolla la persona con esquizofrenia para fortalecer su bienestar, prevenir recaídas, tratar oportunamente la enfermedad y evitar el deterioro.			
3.	La persona con esquizofrenia puede ser capaz de desarrollar prácticas de autocuidado que promuevan el control de su tratamiento y fortalezcan su salud.			

1.-Estilos de vida				
4.	Fumar, consumir drogas o beber alcohol pueden afectar la conducta de la persona con esquizofrenia, perjudicando su salud porque aumentan el riesgo de crisis o recaídas, también la posibilidad de conductas agresivas o de autolesión y que los medicamentos del tratamiento no funcionen correctamente.			
5.	La falta de sueño y no dormir adecuadamente puede afectar la memoria, la forma de razonar, sentirse cansado, perder el interés por las actividades cotidianas como bañarse o alimentarse y la capacidad para tomar decisiones.			
6.	Mantener el interés en el estudio, el trabajo y los amigos contribuye a crear lazos o redes sociales de apoyo útiles para controlar y disminuir las crisis en personas con esquizofrenia.			
7.	Los estilos de vida saludables son las medidas que se toman para cambiar hábitos dañinos como el consumo de drogas, no realizar actividad física y no alimentarse adecuadamente. Involucrar a una persona con esquizofrenia en actividades diarias dentro del hogar promueve la adquisición de hábitos saludables y rutinas de autocuidado.			
8.	Realizar actividad física puede ayudar a mejorar el estado de ánimo, la autoestima, bajar los niveles de estrés y disminuir el riesgo de sobrepeso u obesidad.			
2.-Automonitoreo				
9.	El automonitoreo es una estrategia para que la persona con esquizofrenia y su familiar observen e identifiquen cambios en la conducta, el pensamiento o forma de actuar de la persona y que puedan ser controlarlos a tiempo.			

10.	Los síntomas negativos en la esquizofrenia son aquellos que disminuyen el funcionamiento cotidiano de la persona, entre ellos están la falta de energía, perder el interés en las actividades diarias, el aislamiento, bajo estado de ánimo y disminuir la capacidad para experimentar placer o felicidad.			
11.	Los síntomas positivos en la esquizofrenia son los que afectan la percepción con la aparición de alucinaciones, delirios o creencias irracionales, el pensamiento, el lenguaje, comportamientos o conductas extrañas y movimientos repetitivos, alterados o involuntarios.			
12.	El control de las emociones inicia con la identificación en el estado de ánimo, la conducta o en la forma de procesar la información.			
13.	El familiar es el único que puede participar en la identificación de cambios en los hábitos de la persona con esquizofrenia, tales como en el apetito o la alimentación, el sueño o el descanso y la actividad física.			
3.- Manejo del estrés				
14.	El estrés es una respuesta normal de las personas que ayuda a enfrentar retos de la vida diaria.			
15.	El estrés intenso y prolongado puede detonar una crisis en la persona con esquizofrenia			
16.	El estrés puede ser controlado utilizando técnicas de afrontamiento para hacer frente a pensamientos que pueden ser agobiantes, de angustia o que pueden causar tristeza, miedo o enojo.			

17.	Las técnicas de relajación ayudan a la persona con esquizofrenia a reducir su tensión física, emocional o mental bajando los niveles de estrés o ansiedad.			
18.	La resolución de problemas es la capacidad para identificar un problema, tomar medidas lógicas para buscar una solución y actuar de manera efectiva.			
4.- Fármacos				
19.	Algunos de los medicamentos más importantes para tratar la esquizofrenia son los antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos.			
20.	Los medicamentos no deben suspenderse sin la indicación médica, aunque la persona con esquizofrenia se sienta bien, porque ayudan a tener un mejor control de los síntomas, prevenir crisis o recaídas y hospitalizaciones psiquiátricas.			
21.	Los efectos adversos en la medicación son aquellos que ocasionan síntomas indeseables y los más comunes son la somnolencia, sequedad en la boca o hipersalivación, temblores, mareos, diarrea, estreñimiento o aumento de peso.			
22.	El manejo de los medicamentos es una tarea en la que el familiar puede auxiliar a la persona con esquizofrenia a corroborar que se tome su medicamento con la dosis y horario correcto, pero esta también debe conocerlos y manejarlos en la medida de sus posibilidades.			
23.	En caso de síntomas indeseables severos como temperatura alta, dificultades para respirar o tragar, convulsiones, rigidez corporal, cambios en la visión u otras alteraciones serias que aparezcan después de tomar la medicación, es necesario, consultar al médico para que se decida si suspende o cambia el medicamento.			

Para calificar el instrumento, todas las afirmaciones calificadas como correctas (C), recibirán 1 punto mientras que las incorrectas (I) o las que se marquen con no sé (NS) recibirán un 0. De esta manera la puntuación máxima será 23 y la mínima 0, reflejando la primera un buen conocimiento.

Para la interpretación del nivel de conocimientos se establecieron 3 puntos de corte equitativos como se muestra a continuación.

Nivel de conocimiento	Aciertos	Calificación
Deficiente	0 a 13	≤ 59.9
Regular	14 a 18	60-79.9
Bueno	19 a 23	≥ 80
1. Deficiente: conocimientos que requieren de un refuerzo para nuevamente ser evaluados. 2. Regular: conocimientos que requieren de un refuerzo. 3.-Bueno: conocimientos óptimos.		

Patente: Navarrete-Olvera JG, Cruz-Ortiz M, Pérez-Rodríguez M, inventor; Navarrete- Olvera JG, solicitante. Cuestionario CCuATE. México, 2023.

La clave para conocer cuales enunciados son correctos o incorrectos es la siguiente.

Ítems	Respuesta
1-12,14-22	Correcto
13,23	Incorrecto

Anexo 3. Primera evaluación del instrumento de medición por Jueces Expertos



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Juez Experto

Mi nombre es Jessica Guadalupe Navarrete Olvera, soy Licenciada en Enfermería, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP. Actualmente estoy desarrollando el proyecto de investigación llamado: “Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia”.

El objetivo de esta investigación es brindar una herramienta de apoyo a cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia para mejorar sus conocimientos sobre la adherencia terapéutica y determinar la efectividad de dicha intervención comparando los conocimientos de inicio con los presentes al finalizar la intervención y tres meses después.

Los conocimientos del cuidador primario se recogerán con un cuestionario construido específicamente para este trabajo y denominado; “Conocimiento de Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (CCuATE)”. El cuestionario consta de 4 apartados específicos que exploran estilos de vida, automonitoreo, manejo del estrés y fármacos. Cada apartado tiene 5 ítems y adicionalmente se presenta una sección inicial general con 3 ítems.

Es necesario someter este instrumento a evaluación para validarlo y garantizar su pertinencia, claridad y viabilidad de aplicación. Por esa razón y conociendo su amplia trayectoria, experiencia y conocimiento en torno al tema, le hago una cordial invitación para participar en la revisión verificando que responda a los aspectos señalados. Agradeceré también cualquier aportación o comentario que me ayude a mejorar este instrumento.

Además de la valoración del instrumento, es necesario que conteste algunas preguntas sobre su perfil profesional general para caracterizar a los jueces expertos que participan como evaluadores.

Si acepta la invitación, su participación será voluntaria y su información personal estará protegida por la Ley federal de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados en los artículos 1, 2 fracciones V y VI, 3, 8, 16, 17, y 18, con énfasis en el 21, 22 fracción VII, 26, 27, por lo tanto, es confidencial y solo se usará con fines de evaluación del instrumento de medición.

El instrumento que pongo a su disposición forma parte del protocolo de Maestría que cuenta con carta aval del comité académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la UASLP y también con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la misma Facultad, con número de registro CEIFE-2023-456.

Si está de acuerdo en participar, le pido que coloque abajo su nombre y firma (si Usted lo desea, su nombre puede sustituir su firma).

ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR COMO JUEZ EXPERTO

Yo, _____ he leído y comprendo la información anterior de manera satisfactoria. He sido informada y acepto participar como juez experto.

(Nombre y Firma)

Para más información o dudas sobre el protocolo o instrumento le proporciono los datos de contacto:

L.E. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera. Correo electrónico: A203608@alumnos.uaslp.mx.
Para Información adicional puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFE). Correo electrónico: ceife.uaslp@gmail.com

Evaluación del Instrumento Conocimiento de Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (CCuATE)

Por favor, antes de comenzar con la evaluación rellene el siguiente cuadro con sus datos.

DATOS GENERALES DEL JUEZ EXPERTO	
Edad en años cumplidos:	
Sexo:	Mujer_____ Hombre_____
Profesión:	
Grado Académico:	
Area de experiencia profesional:	
Años de Experiencia profesional:	
Ocupación actual:	

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno mental grave, crónico y complejo que se caracteriza por la alteración de la conducta e interpretación de la realidad que afecta el desempeño de las actividades de la vida diaria y la autonomía. Las personas con esquizofrenia presentan diversas dificultades en la adherencia terapéutica, entendida como un fenómeno complejo, condicionado por múltiples factores como la modificación de comportamientos en torno a estilos de vida saludables, seguir tratamientos terapéuticos y evitar prácticas de riesgo a la salud.

La adherencia terapéutica no depende solo de la persona con la enfermedad puesto que se encuentra en un entorno social y por lo tanto la adherencia es modulada por componentes que interactúan para que los cambios señalados ocurran como son el contexto social-económico, familiar, cultural, gobernanza, asistencia de salud e individual.

En su entorno más inmediato, las personas con esquizofrenia tienen necesidades de apoyo social-familiar y del personal de salud para adherirse al tratamiento. Concretamente, los familiares o miembros cercanos cumplen un rol muy importante en el apego terapéutico en casa, estas personas se conocen como “cuidadores primarios” y están conformados en gran parte por mujeres que facilitan o proveen cuidados que ayudan a tener una mejor calidad de vida, favorecer el autocuidado, prevenir crisis o recaídas y muerte prematura por comorbilidades o suicidio.

El objetivo de esta investigación está encaminado a brindar una intervención educativa a cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia como una herramienta de apoyo para mejorar sus conocimientos sobre la adherencia terapéutica y posteriormente determinar la efectividad de dicha intervención midiendo los cambios en el nivel de conocimientos con la propuesta del instrumento de medición que le pedimos evaluar; “Conocimiento en Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (CCuATE)”.

Evaluación del Cuestionario. “Conocimiento en Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia” (CCuATE)

Instrucciones.

En la siguiente mascarilla de evaluación, se solicita que para cada enunciado (ítem) responda si considera que el ítem es pertinente (P) para valorar adherencia al tratamiento, si es claro y comprensible (C) y si es fácilmente explicable por el entrevistador (V).

Para responder, anote “Sí o No” (de acuerdo con su consideración) bajo cada una de las 3 columnas, de manera que para cada ítem usted valore su pertinencia, claridad y viabilidad de aplicación.

Ítems	Dimensión/enunciado			
I. La esquizofrenia y su tratamiento		P	C	V
1.	La esquizofrenia es una enfermedad crónica que se manifiesta por la distorsión del pensamiento, la percepción, la emoción, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta			
2.	La adherencia terapéutica son las prácticas de salud que desarrolla la persona para fortalecer su salud, prevenir las recaídas, tratar oportunamente la enfermedad y evitar al máximo el deterioro			
3.	No obstante, con la presencia de la enfermedad, la persona puede ser capaz de desarrollar prácticas de autocuidado que promuevan su recuperación y fortalezcan su salud			
1.-Estilos de vida				
4.	Fumar, consumir drogas o beber alcohol puede alterar la conducta de la persona con esquizofrenia de manera perjudicial y aumentar el riesgo de crisis o recaídas, incrementar la posibilidad de			

	eventos violentos o de autolesión y está contraindicando con los medicamentos que toma.			
5.	La falta de sueño o alteración en su patrón puede afectar el funcionamiento de la memoria, la capacidad para tomar decisiones, el razonamiento, aumentan los síntomas de apatía, pérdida de interés, desesperanza, cansancio y la capacidad para tomar decisiones			
6.	Mantener el interés en el estudio, el trabajo y los amigos contribuye a crear lazos de amistad que forma redes sociales de apoyo útiles para controlar y disminuir las crisis			
7.	Participar en las actividades de la vida diaria dentro del hogar promueve la adquisición de hábitos y rutinas de autocuidado			
8.	Realizar actividad física moderada puede ayudar a mejorar el estado de ánimo, la autoestima, bajar los niveles de estrés, disminuir el riesgo de obesidad-sobrepeso y los niveles de agitación e inquietud.			
2.-Automonitoreo				
9.	El automonitoreo es una estrategia para que la propia persona con esquizofrenia se observe de forma activa para detectar cambios o síntomas lo más pronto posible para poder controlarlos a tiempo			
10.	Los síntomas negativos en la esquizofrenia son aquellos que reflejan una ausencia o disminución en el funcionamiento normal de la persona y pueden ser la falta de energía, pérdida de interés por actividades de la vida diaria, apatía, aislamiento, bajo estado de ánimo y disminución de la capacidad para experimentar placer o felicidad.			
11.	Los síntomas positivos en la esquizofrenia reflejan un incremento y/o distorsión en la percepción (aparición de alucinaciones visuales, auditivas, sensitivas), el pensamiento (delirios o creencias irracionales) el lenguaje (aumentado en velocidad, ilógico en su contenido), alterado en su conducta (hiperactividad, agresión).			
12.	La regulación emocional inicia con la identificación de los cambios emocionales, en la conducta o en la forma de procesar la información			
13.	El familiar puede participar en la identificación de cambios en los hábitos regulares de la persona con esquizofrenia, tales como en el apetito, el sueño, el descanso, la actividad física o la relación con otros y con ello contribuir a prevenir las recaídas			

3.- Manejo del estrés				
14.	El estrés es una respuesta normal del organismo que ayuda a enfrentar retos de la vida diaria			
15.	El estrés intenso y prolongado puede detonar una crisis en una persona con esquizofrenia			
16.	El estrés puede ser controlado utilizando técnicas de afrontamiento para hacer frente a pensamientos agobiantes, angustia, sufrimiento emocional o desesperanza			
17.	Las técnicas de relajación ayudan a la persona a reducir su tensión física, emocional o mental bajando los niveles de estrés o ansiedad			
18.	La habilidad de resolución de problemas es la capacidad para identificar un problema, tomar medidas lógicas para encontrar una solución deseada, y supervisar y evaluar la implementación de tal solución.			
4.- Fármacos				
19.	Algunos de los medicamentos más importantes para tratar la esquizofrenia son Antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos.			
20.	Los medicamentos deben continuar tomándose, aunque la persona se sienta bien porque ayudan a tener un mejor control de los síntomas de la enfermedad, prevenir crisis o recaídas, control terapéutico y prevenir la hospitalización psiquiátrica,			
21.	Los efectos adversos en la medicación son aquellos que ocasionan síntomas indeseables y los más comunes son temblores, somnolencia, sequedad de boca o hipersalivación, diarrea o constipación, aumento de peso			
22.	El manejo de los medicamentos es una tarea en la que el familiar puede auxiliar a la persona con esquizofrenia, pero esta también debe conocerlos y manejarlos en la medida de sus posibilidades			
23.	Suspender los medicamentos puede incrementar el riesgo de recaídas, ocasionar un descontrol de síntomas y aumentar la posibilidad de hospitalización			

Ahora que ha concluido, le pedimos que valore la característica de pertinencia cada una de las 4 secciones del cuestionario marcando con una X las opciones de muy pertinente, poco pertinente o nada pertinente

Anexo 4. Segunda evaluación del instrumento de medición por Jueces Expertos



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**

**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



Estimado Juez Experto

Le agradezco nuevamente su participación, mi nombre es Jessica Guadalupe Navarrete Olvera, soy Licenciada en Enfermería, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP. Actualmente, continúo desarrollando el proyecto de investigación llamado: “Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia”.

El objetivo de esta investigación es brindar una herramienta de apoyo a cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia para mejorar sus conocimientos sobre la adherencia terapéutica y determinar la efectividad de dicha intervención comparando los conocimientos antes de la intervención, al finalizar la misma y tres meses después.

Los conocimientos del cuidador primario de una persona con esquizofrenia se recogerán con un cuestionario construido específicamente para este trabajo denominado; “Conocimiento de Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (CCuATE)”. El cuestionario consta de 23 ítems distribuidos de la siguiente manera; en la primera sección el conocimiento general sobre la adherencia terapéutica en la esquizofrenia con 3 ítems y 4 apartados que exploran los estilos de vida, el automonitoreo, manejo del estrés y fármacos con 5 ítems cada uno.

El cuestionario actualmente se encuentra en la segunda fase de la validación de contenido, por lo tanto, es necesario que nuevamente se solicite su evaluación, es importante aclarar, que en la primera fase se evaluó la pertinencia, claridad y viabilidad de aplicación, que permitieron mejorar la estructura del contenido con las observaciones realizadas. Posteriormente, se atendieron los comentarios recurrentes por parte de todos los jueces participantes.

En esta segunda fase el instrumento se evaluará mediante el método de Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) propuesto por el autor Hernández-Nieto en el 2002, través de la técnica del juicio de expertos que determina el nivel de confiabilidad y concordancia. A continuación, se muestran los indicadores a evaluar.

- a) **Pertinencia.** Que tanto se corresponden el enunciado del ítem y lo que se quiere medir.
- b) **Claridad.** Se examina hasta qué punto la redacción del ítem no genera confusión o contradicción con los conceptos.
- c) **Redacción.** Si la sintaxis y la terminología empleada en el ítem son las adecuadas de acuerdo con el tema de estudio.
- d) **Respuesta correcta.** Si el ítem ofrece una respuesta correcta que está de acuerdo con lo enunciado con el ítem.
- e) **Distractores.** Los enunciados de los distractores (o respuestas incorrectas) tienen un grado de plausibilidad adecuada.
- f) **Dificultad.** Los niveles de dificultad de los ítems son los apropiados y pueden tener un carácter ascendente.
- g) **Formato.** La forma en cómo se presentan los ítems y sus posibles respuestas están claros.

El método de validación de contenido (CVC), emplea una escala Likert (o escala estimativa), que permite dar un puntaje a la pertinencia, claridad, redacción, respuesta correcta, distractores, dificultad y formato con una calificación numérica que va de 1 a 5, como se muestra a continuación.

- 1. Inaceptable
- 2. Deficiente
- 3. Regular
- 4. Bueno
- 5. Excelente

Con el puntaje obtenido se realizó un análisis estadístico para cada ítem con la siguiente fórmula:

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{m\acute{a}x}}$$

En esta fórmula donde M_x representa la media del elemento en la puntuación dada por los expertos y $V_{m\acute{a}x}$ la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar. También, debe calcularse

el error asignado a cada ítem (Pe_i), de este modo se reduce el posible sesgo introducido por

alguno de los jueces, obtenido mediante la siguiente fórmula $Pe_i = \left(\frac{1}{j}\right)^i$

En esta fórmula j es el número de expertos participantes. Finalmente, el CVC se calcula aplicando la fórmula de $CVC = CVC_i - Pe_i$.

La interpretación se realiza de la siguiente manera.

- a) Menor a 0.6, validez y concordancia inaceptables.
- b) Igual o mayor de 0.6 y menor a 0.7, validez y concordancia deficientes.
- c) Mayor que 0.71 y menor o igual que 0.8, validez y concordancia aceptables.
- d) Mayor que 0.8 y menor o igual a 0.9, validez y concordancia buenas.
- e) Mayor que 0.9, validez y concordancia excelentes.

Evaluación del cuestionario CCuATE por el método de validación de contenido (CVC)

Instrucciones. Recuerde evaluar la pertinencia, claridad, redacción, respuesta correcta, distractores, dificultad y formato de cada ítem del cuestionario CCuATE, empleando la escala tipo Likert que va de 1 (inaceptable) a 5 (excelente). Marque con una “X” la casilla que usted considere.

- 1. Inaceptable
- 2. Deficiente
- 3. Regular
- 4. Bueno
- 5. Excelente

Ítems	Dimensión/enunciado	Indicador	Evaluación				
			1	2	3	4	5
1.	La esquizofrenia es una enfermedad crónica mental, es decir, que tiene una duración de más de 6 meses y requiere de un tratamiento de por vida. Se caracteriza por una alteración del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la toma de decisiones y la conducta	Pertinencia					
		Claridad					
		Redacción					
		Respuesta correcta					
		Distractores					
		Dificultad					
		Formato					

2.	La adherencia al tratamiento son las prácticas de salud que desarrolla la persona con esquizofrenia para fortalecer su bienestar, prevenir recaídas, tratar oportunamente la enfermedad y evitar el deterioro.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
3.	La persona con esquizofrenia puede ser capaz de desarrollar prácticas de autocuidado que promuevan el control de su tratamiento y fortalezcan su salud.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
			1	2	3	4	5	
4.	Fumar, consumir drogas o beber alcohol pueden afectar la conducta de la persona con esquizofrenia, perjudicando su salud porque aumentan el riesgo de crisis o recaídas, también la posibilidad de conductas agresivas o de autolesión y que los medicamentos del tratamiento no funcionen correctamente.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
5.	La falta de sueño y no dormir adecuadamente puede afectar la memoria, la forma de razonar, sentirse cansado, perder el interés por las actividades cotidianas como bañarse o alimentarse y la capacidad para tomar decisiones.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
6.	Mantener el interés en el estudio, el trabajo y los amigos contribuye a crear lazos o redes sociales de apoyo útiles para controlar y disminuir las crisis en personas con esquizofrenia.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
7.	Los estilos de vida saludables son las medidas que se toman para cambiar hábitos dañinos como el consumo de drogas, no realizar actividad física y no alimentarse adecuadamente. Involucrar a una persona con esquizofrenia en actividades diarias dentro del hogar	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						

	promueve la adquisición de hábitos saludables y rutinas de autocuidado.	Formato						
8.	Realizar actividad física puede ayudar a mejorar el estado de ánimo, la autoestima, bajar los niveles de estrés y disminuir el riesgo de sobrepeso u obesidad.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
9.	El automonitoreo es una estrategia para que la persona con esquizofrenia y su familiar observen e identifiquen cambios en la conducta, el pensamiento o forma de actuar de la persona y que puedan ser controlarlos a tiempo.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
			1	2	3	4	5	
10.	Los síntomas negativos en la esquizofrenia son aquellos que disminuyen el funcionamiento cotidiano de la persona, entre ellos están la falta de energía, perder el interés en las actividades diarias, el aislamiento, bajo estado de ánimo y disminuir la capacidad para experimentar placer o felicidad.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
11.	Los síntomas positivos en la esquizofrenia son los que afectan la percepción con la aparición de alucinaciones, delirios o creencias irracionales, el pensamiento, el lenguaje, comportamientos o conductas extrañas y movimientos repetitivos, alterados o involuntarios.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
12.	El control de las emociones inicia con la identificación en el estado de ánimo, la conducta o en la forma de procesar la información.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
13.	El familiar es el único que puede participar en la identificación de cambios en los hábitos de la persona con esquizofrenia, tales como en el apetito o	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						

	la alimentación, el sueño o el descanso y la actividad física.	Formato						
14.	El estrés es una respuesta normal de las personas que ayuda a enfrentar retos de la vida diaria.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
15.	El estrés intenso y prolongado puede detonar una crisis en la persona con esquizofrenia	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
			1	2	3	4	5	
16.	El estrés puede ser controlado utilizando técnicas de afrontamiento para hacer frente a pensamientos que pueden ser agobiantes, de angustia o que pueden causar tristeza, miedo o enojo.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
17.	Las técnicas de relajación ayudan a la persona con esquizofrenia a reducir su tensión física, emocional o mental bajando los niveles de estrés o ansiedad.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
18.	La resolución de problemas es la capacidad para identificar un problema, tomar medidas lógicas para buscar una solución y actuar de manera efectiva.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
19.	Algunos de los medicamentos más importantes para tratar la esquizofrenia son los antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						

		Dificultad						
		Formato						
20.	Los medicamentos no deben suspenderse sin la indicación médica, aunque la persona con esquizofrenia se sienta bien, porque ayudan a tener un mejor control de los síntomas, prevenir crisis o recaídas y hospitalizaciones psiquiátricas.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
21.	Los efectos adversos en la medicación son aquellos que ocasionan síntomas indeseables y los más comunes son la somnolencia, sequedad en la boca o hipersalivación, temblores, mareos, diarrea, estreñimiento o aumento de peso.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
			1	2	3	4	5	
22.	El manejo de los medicamentos es una tarea en la que el familiar puede auxiliar a la persona con esquizofrenia a corroborar que se tome su medicamento con la dosis y horario correcto, pero esta también debe conocerlos y manejarlos en la medida de sus posibilidades.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						
23.	En caso de síntomas indeseables severos como temperatura alta, dificultades para respirar o tragar, convulsiones, rigidez corporal, cambios en la visión u otras alteraciones serias que aparezcan después de tomar la medicación, es necesario, consultar al médico para que se decida si se suspende o cambia el medicamento.	Pertinencia						
		Claridad						
		Redacción						
		Respuesta correcta						
		Distractores						
		Dificultad						
		Formato						

Anexo 5. Consentimiento informado de la Prueba piloto

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Folio: _____

Fecha: _____

Estimada participante.

Buen día, mi nombre es Jessica Guadalupe Navarrete Olvera, soy Licenciada en Enfermería, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP, actualmente estoy realizando el siguiente proyecto de investigación: “Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia”.

Me gustaría invitarla a participar en la prueba piloto de la intervención educativa que es de carácter voluntario, es decir, que no se obliga a nadie a que participe, antes de que tome una decisión me gustaría explicarle los siguientes apartados.

1.1 Consentimiento informado:

Este proceso se llama consentimiento informado, que de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, aprobado por la Reforma DOF 02-04-2014 de la Cámara de Diputados de México, en el artículo 20, se entiende como: “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin cohesión alguna”.

Esto quiere decir, que usted tiene la libertad de decidir participar o no en la investigación y/o de abandonarla en cualquier momento, además tiene el derecho de recibir información detallada, preguntar sobre cualquier aspecto que no entienda y aclarar sus dudas.

1.2 Justificación:

La adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia en casa es relevante para que tengan una mejor calidad de vida, por esto, es importante que tengan un apego al tratamiento, el cual puede ser farmacológico; medicamentos y no farmacológico; mejorando los estilos de vida, el manejo del estrés y la automonitorización de signos y síntomas.

Recuerde que momentos de crisis, las personas con Esquizofrenia tienen dificultades para valerse por sí mismos, por lo tanto, las cuidadoras primarias forman parte de una red apoyo para sus familiares, así que, deben tener conocimientos necesarios para saber cómo actuar o facilitar la adherencia al tratamiento para que sea efectivo y su padecimiento sea llevadero.

1.3 Objetivo:

Probar la metodología de enseñanza de la intervención educativa en cuidadoras primarias para mejorar el nivel de conocimientos sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia y probar el cuestionario Conocimiento en Cuidadores primarios sobre Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia (CCuATE) mediante la implementación de una prueba piloto.

1.4 Procedimiento:

La prueba piloto de la intervención educativa se llevará a cabo en una sesión total de 4 horas, que estará dividida en dos partes de 2 horas con un intermedio de 10 minutos en las instalaciones del Colectivo de salud mental ubicado en San Luis Potosí, S.L.P., México y se llevará a cabo los días 31 de octubre y 11 de noviembre del 2023 en un horario de 4 a 8:00 pm.

Antes de iniciar la intervención educativa se le realizará un cuestionario de 23 ítems con sus conocimientos previos y al finalizar la prueba piloto de la intervención educativa nuevamente se le aplicará, los resultados de las pruebas son para los investigadores y no se le entregará una calificación en ninguna evaluación.

1.5 Beneficios:

Con prueba piloto de la intervención educativa usted podrá mejorar su nivel de conocimientos sobre la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia y sus dimensiones que le facilitará el cuidado y/o fomentar el autocuidado de su familiar, así mismo, que mejoré su calidad de vida y podrá convivir con otras cuidadoras primarias en una situación similar a la suya.

1.6 Costos y remuneraciones:

Usted no tendrá que realizar ningún gasto durante la investigación, ya que, se le proporcionará el material requerido y tampoco recibirá ningún pago por su participación.

1.7 Riesgos:

En el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, se dice que las investigaciones deben ser clasificadas de acuerdo algún riesgo que pudiera presentarse contemplando lo descrito en el artículo 17: "Se considera como riesgo a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio".

Esta investigación es de riesgo mínimo, dado que, la intervención educativa va a abordar un tema sensible como es la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia. En caso de que la participante durante la intervención requiera y acepte contención emocional por algún tema tratado, la investigadora principal cuenta con el curso de "Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es decir, que tiene una capacitación para brindar primeros auxilios emocionales.

Sí posteriormente la participante menciona que necesita de un apoyo emocional (especializado), se le puede dar la recomendación de recibir un acompañamiento psicológico y canalizarla al servicio de atención psicológica que se ofrece en el colectivo.

1.8 Confidencialidad y aviso de privacidad.

Su información personal está protegida por la Ley federal de Protección de Datos personales en posesión de sujetos obligados en los artículos 1, 2 fracciones V y VI, 3, 8, 16, 17, y 18, con énfasis en el 21, 22 fracción VII, 26, 27, por lo tanto, es confidencial, no se revelará a nadie para garantizar su privacidad y solo se usará con fines de investigación.

Cualquier dato personal se eliminarán y sólo se usará un código asociado a su nombre proporcionado en las evaluaciones de la prueba piloto de la intervención educativa (antes y al finalizar) en el que se pretende garantizar su anonimato.

1.9 Carácter voluntario: Su participación es voluntaria, usted es libre de aceptar o negarse a participar. Recuerde que también puede abandonar la investigación en cualquier momento o retirarse durante alguna evaluación, no importa que haya dado su consentimiento previo, no tendrá ninguna consecuencia o repercusión para usted.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Parte II.

Título de la investigación: Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia”.

Consentimiento para participar:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo la información proporcionada en los apartados del 1.1 al 1.9.

Así mismo, autorizo al equipo de investigación a usar los resultados que se desprendan de las evaluaciones antes y al finalizar la prueba piloto de la intervención educativa.

Comprendo que:

- Mis datos de las evaluaciones de la prueba piloto solo pueden usarse en esta investigación con anonimato de datos personales explicados en el apartado 1.8.
- Con relación a las evaluaciones antes y al finalizar dispongo que:

Sean conservadas por los investigadores para el desarrollo del estudio.

Participante (Nombre y Firma)

Testigo 1 (Nombre y Firma)

Testigo 2 (Nombre y Firma)

Investigadora principal

He explicado al participante la información sobre su participación en la investigación que incluye la justificación, beneficios, procedimiento, riesgos, costos y/o remuneraciones, confidencialidad y voluntariedad, además he contestado preguntas y dudas en su totalidad. También he proporcionado una copia del consentimiento informado al participante. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos.

Investigador principal (Nombre y Firma)

Testigo 1 (Nombre y Firma)

Testigo 2 (Nombre y Firma)

Contacto:

LE. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera.

Para información adicional puede contactar al Comité de Ética en la Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFEN). Correo electrónico: ceife.uaslp@gmail.com

Anexo 6. Recursos materiales y financieros

Tabla de Recursos materiales y financieros

Concepto o actividad	Unidades	Costo unitario	Costo total
Materiales didácticos de educación para la salud de la prueba piloto	5	\$214	\$1070
Paquete de Hojas blancas	1	\$150	\$150
Lapiceros	30	\$2.50	\$75
Impresiones blanco/negro	150	\$1.50	\$225
Impresiones color	10	\$3	\$30
Carpetas	2	\$4	\$8
Engargolado	1	\$100	\$100
Disco grabable	2	\$25	\$50
Laptop	1	\$16500	\$16500
Total			\$18208 m/n

Nota: Los fondos destinados a los recursos materiales serán por autofinanciamiento del equipo de investigadoras.

Actividad	Año	2023																			
	Mes	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Dictamen aprobatorio del (CEIFE), UASLP																					
2do. Seminario de tesis																					
Primera evaluación del instrumento de medición por Jueces Expertos																					
Segunda evaluación del instrumento de medición por Jueces Expertos																					
Carta de aceptación de prueba piloto																					
Prueba Piloto																					
Aplicación de Instrumento (Primera evaluación)																					
Aplicación de intervención educativa																					
Aplicación de Instrumento (Segunda evaluación)																					
Captura de datos de Prueba piloto en SPSS																					
Procesamiento de datos																					
Sometimiento del Protocolo a Comité de Ética En Investigación de la Clínica Psiquiátrica																					
Actividad	Año	2024																			
	Mes	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3er. Seminario de tesis																					
Intervención educativa																					
Primera evaluación de la intervención educativa																					
Segunda evaluación de la intervención educativa																					
Tercera evaluación																					

Cronograma de Actividades																	
Actividad	Año	2024															
	Mes	Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Captura final de datos en la base de datos de la Intervención educativa en SPSS 2018		■	■														
Procesamiento de datos y Resultados		■	■														
Discusión y conclusiones		■	■	■													
4to. Seminario de predefensa de tesis						■	■										
Defensa final de tesis															■		

Anexo 8. Mapa de sesiones para la Intervención educativa CCuATE

Sesión 1.			
Estilos de vida			
Objetivo: Conocer la importancia de mantener estilos de vida saludable en la Esquizofrenia como parte del tratamiento no farmacológico.			
Tema1. Alimentación saludable y consumo de agua	Tema 2. -Actividad Física y ejercicio	Tema 3. Sueño descanso	Tema 4. Consumo de alcohol, tabaco y drogas
Manejo de estrés			
Objetivo: Conocer la importancia del manejo de estrés en la esquizofrenia			
Tema1. Estrés	Tema 2. Eustrés y Distrés	Tema 2. Técnicas de enfrentamiento de estrés	Tema 3. Señales de estrés en personas con esquizofrenia
Sesión 2.			
Automonitoreo			
Objetivo: Conocer sobre la importancia de la automonitoreo en la esquizofrenia			
Tema 1. Automonitoreo	Tema 2. Importancia de la automonitorización conjunta	Tema 3. Como identificar síntomas positivos y negativos en	Tema 4. Consejos a las cuidadoras primarias sobre el monitoreo de síntomas en la esquizofrenia

		la esquizofrenia	
Fármacos			
Objetivo: Conocer sobre la relevancia del uso de medicamentos para tratar la Esquizofrenia.			
Tema 1. Medicamentos que se usan en el tratamiento de la Esquizofrenia	Tema 2. Dificultades que se presentan en el tratamiento terapéutico	Tema 3. Barreras de tratamiento con fármacos (efectos adversos)	Tema 4. Importancia de la adherencia terapéutica a los medicamentos *Prevención del suicidio

Fuente: Directa, Protocolo: Intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia, MSP- UASLP, 2022-2024.

Nota: Este mapa muestra los temas de la intervención educativa para las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia. En el manual de implementación se expone la planeación detallada y el desarrollo de los temas impartidos.

Anexo 9. Consentimiento informado para la intervención educativa



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Folio: _____

Fecha: _____

Estimada participante.

Buen día, mi nombre es Jessica Guadalupe Navarrete Olvera, soy Licenciada en Enfermería, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP, actualmente estoy realizando el siguiente proyecto: "Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia".

Me gustaría invitarla a participar en mi investigación que es de carácter voluntario, es decir, que no se obliga a nadie a que participe, antes de que tome una decisión me gustaría explicarle los siguientes apartados.

1.1 Consentimiento informado:

Este proceso se llama consentimiento informado, que de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, aprobado por la Reforma DOF 02-04-2014 de la Cámara de Diputados de México, en el artículo 20, se entiende como: "el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin cohesión alguna".

Esto quiere decir, que usted tiene la libertad de decidir participar o no en la investigación y/o de abandonarla en cualquier momento, además tiene el derecho de recibir información detallada, preguntar sobre cualquier aspecto que no entienda y aclarar sus dudas.

1.2 Justificación:

La adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia en casa es relevante para que tengan una mejor calidad de vida, por esto, es importante que tengan un apego al tratamiento, el cual puede ser farmacológico; medicamentos y no farmacológico; mejorando los estilos de vida, el manejo del estrés y la automonitorización de signos y síntomas.

Recuerde que momentos de crisis, las personas con Esquizofrenia tienen dificultades para valerse por sí mismos, por lo tanto, las cuidadoras primarias forman parte de una red apoyo para sus familiares, así que, deben tener conocimientos necesarios para saber cómo actuar o facilitar la adherencia al tratamiento para que sea efectivo y su padecimiento sea llevadero.

1.3 Objetivo:

Determinar la efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia (antes, al finalizar y a los 3 meses).

Esto objetivo, pretende darle una intervención educativa para que mejoren sus conocimientos sobre la adherencia terapéutica en la esquizofrenia con una evaluación antes de dicha intervención, cuando finalice y 3 meses después.

1.4 Procedimiento:

La intervención educativa se realizará de lunes a jueves de 11 hrs a 16 hrs con un total de 2 sesiones por participante impartidas el mismo día, con una duración total máxima de 2 horas (contemplando tiempo de los usuarios), iniciando el 8 de enero al 29 de febrero del 2024 para la primera y segunda evaluación, posteriormente en el mes de mayo del 2024 se realizará la tercera evaluación en la Clínica Psiquiátrica de San Luis Potosí, México, en los mismos horarios.

Se dividirán en grupos máximos de 6 personas y se recibirá temas de promoción y educación para la salud sobre la Adherencia terapéutica en la Esquizofrenia, aprenderá con materiales didácticos como presentaciones en PowerPoint, infografías, videos, dinámicas y otros recursos tecnológicos empleando actividades donde se espera que usted participe.

Antes de iniciar la intervención educativa se le realizará un cuestionario de 23 reactivos con sus conocimientos previos (no se le entregará una calificación en ninguna evaluación), al finalizar la última sesión se le realizará otro cuestionario de 23 reactivos y en 3 meses se le convocará nuevamente para realizar otro cuestionario de 23 reactivos para ver si los conocimientos que adquirió fueron significativos, los resultados de las pruebas son para los investigadores.

1.5 Beneficios:

Con la intervención educativa usted podrá mejorar su nivel de conocimientos sobre la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia que le facilitará el cuidado y/o fomentar el autocuidado de su familiar, así mismo, que mejoré su calidad de vida y podrá convivir con otras cuidadoras primarias en una situación similar a la suya.

1.6 Costos y remuneraciones:

Usted no tendrá que realizar ningún gasto durante el estudio, ya que, se le proporcionará el material en todas las sesiones y tampoco recibirá ningún pago por su participación.

1.7 Riesgos:

En el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, se dice que las investigaciones deben ser clasificadas de acuerdo algún riesgo que pudiera presentarse contemplando lo descrito en el artículo 17: "Se considera como riesgo a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio".

Esta investigación es de riesgo mínimo, dado que, la intervención educativa va a abordar un tema sensible como es la adherencia terapéutica en la Esquizofrenia. En caso de que la participante durante la intervención o evaluaciones requiera y acepte contención emocional por algún tema tratado, la investigadora principal cuenta con el curso de "Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es decir, que tiene una capacitación para brindar primeros auxilios emocionales.

Si posteriormente la participante menciona que necesita de un apoyo emocional (especializado) se le puede dar la recomendación de recibir un acompañamiento psicológico y canalizarla al servicio de atención psicológica en la Clínica Psiquiátrica. Así mismo, si la participante refiere que no acepta o requiere dicha recomendación como es una decisión personal libre y respetando sus derechos, no forma parte de ningún requisito de participación y tampoco interfiere con la aplicación del proyecto de investigación.

1.8 Confidencialidad y aviso de privacidad.

Su información personal está protegida por la Ley federal de Protección de Datos personales en posesión de sujetos obligados en los artículos 1, 2 fracciones V y VI, 3, 8, 16, 17, y 18, con énfasis en el 21, 22 fracción VII, 26, 27, por lo tanto, es confidencial, no se revelará a nadie para garantizar su privacidad y solo se usará con fines de investigación.

Cualquier dato personal se eliminarán y sólo se usará un código asociado a su nombre proporcionado en las evaluaciones de la intervención educativa (antes, al finalizar y a los 3 meses) en el que se pretende garantizar su anonimato.

1.9 Carácter voluntario: Su participación es voluntaria, usted es libre de aceptar o negarse a participar. Recuerde que también puede abandonar la investigación en cualquier momento o retirarse durante alguna evaluación, no importa que haya dado su consentimiento previo, no tendrá ninguna consecuencia o repercusión para usted.

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Parte II.

Título de la investigación: Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia”.

Consentimiento para participar:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo la información proporcionada en los apartados del 1.1 al 1.9.

Así mismo, autorizo al equipo de investigación a usar los resultados que se desprendan de las evaluaciones antes, al finalizar y a los 3 meses de la intervención educativa.

Comprendo que:

- Mis datos de las evaluaciones de la intervención educativa solo pueden usarse en esta investigación con anonimato de datos personales explicados en el apartado 1.8.
- Con relación a las evaluaciones antes, al finalizar y a los 3 meses de la intervención educativa dispongo que:

Sean conservadas por los investigadores para el desarrollo del estudio.

Participante (Nombre y Firma)

Testigo 1 (Nombre y Firma)

Testigo 2 (Nombre y Firma)

Investigadora principal

He explicado al participante la información sobre su participación en la investigación que incluye la justificación, beneficios, procedimiento, riesgos, costos y/o remuneraciones, confidencialidad y voluntariedad, además he contestado preguntas y dudas en su totalidad. También he proporcionado una copia del consentimiento informado al participante. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos.

Investigador principal (Nombre y Firma)

Testigo 1 (Nombre y Firma)

Testigo 2 (Nombre y Firma)

Contacto:

LE. Jessica Guadalupe Navarrete Olvera.

Para información adicional puede contactar al Comité de Ética en la Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (CEIFEN). Correo electrónico: ceife.uaslp@gmail.com

Anexo 10. Resultados de la Prueba Piloto

Prueba piloto

En la prueba piloto de la intervención educativa realizada a 5 cuidadoras primarias que acudieron al Colectivo de salud mental en San Luis Potosí para mejorar su nivel de conocimiento sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia; antes y después de la misma, primero se debía conocer si se cumplía con la normalidad de los datos como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Prueba de normalidad del promedio obtenido del nivel de conocimientos antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa

Media	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Promedio antes	.136	5	.200*	.987	5	.967
Promedio después	.221	5	.200*	.902	5	.421

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Hipótesis

H₀: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” se distribuyen con normalidad.

H_A: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” no se distribuyen con normalidad.

Interpretación

En este caso si se cumplió con la normalidad empleando la prueba de Shapiro-Wilk porque los datos analizados fueron menores de 50 y como la significancia estadística (p) fue mayor de 0.05 se aceptó la H₀ y se rechazó la H_A, es decir, que los promedios obtenidos del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias antes y después se distribuyen con normalidad con un 95 % de nivel de confianza.

T de student para muestras relacionadas

En la prueba T de Student para muestras relacionadas se quería conocer si hubo un cambio estadísticamente significativo en el promedio del nivel de conocimiento antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Prueba T de Student sobre el promedio obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa

Diferencias emparejadas								
Descripción	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza		t	g l	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Promedio antes - Promedio después	- 33.91400	3.63768	1.62682	-38.43078	-29.39722	- 20.847	4	.000

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

H₀: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” son iguales.

H_A: Las medias de las variables de “nivel de conocimiento antes” y “nivel de conocimiento después” son diferentes.

Interpretación

Como la significancia fue menor de 0.05 se acepta la H_A, es decir, que los promedios obtenidos de las variables de nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa son diferentes, es decir, que esta diferencia es estadísticamente significativa, ya que si hubo un cambio en el nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias a favor de la media obtenida del nivel de conocimiento “después” de la prueba piloto de la intervención educativa con un 95 % nivel de confianza.

Así mismo, la verdadera diferencia de las medias antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa se encuentra entre el límite inferior -38.43078 y un límite superior de -29.39722 con un 95 % del nivel de confianza.

En los resultados obtenidos sobre las medias o promedios obtenidos en el nivel de conocimiento antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa se obtuvo lo siguiente (ver tabla 3).

Tabla 3. Promedio obtenido del nivel de conocimiento de las cuidadoras primarias antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa

Descripción	Media	N	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
Antes	56.5160	5	6.87321	47.82	65.21
Después	90.4300	5	5.67171	82.60	95.65

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Interpretación

El promedio obtenido del nivel de conocimiento antes de la prueba piloto de la intervención educativa fue de 56.51 y posteriormente el promedio obtenido del nivel de conocimiento después de la misma; se incrementó a 90.43, es decir que mejoró un 62.42%, esto fue estadísticamente significativo con un 95 % nivel de confianza.

El mínimo obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa tuvo un incremento de 57.8 % y el máximo obtenido del nivel de conocimiento antes y después de la prueba piloto de la intervención educativa se incrementó a un 68.17%. La desviación estándar “antes” de la prueba piloto de la intervención educativa fue de 6.87321 con respecto a su media y la desviación estándar “después” de la prueba piloto de la intervención educativa fue de 5.67171 con respecto a su media, es decir, que no se encontró tanta variabilidad en ambos datos analizados con respecto a sus medias.

Cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia

En la información sociodemográfica de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia que participaron en la prueba piloto, se obtuvo que del total de las participantes el 100% eran mujeres en edad promedio fue de 53 años y la media del número de hijos que tienen fue de 2 como se muestra en la tabla 4.

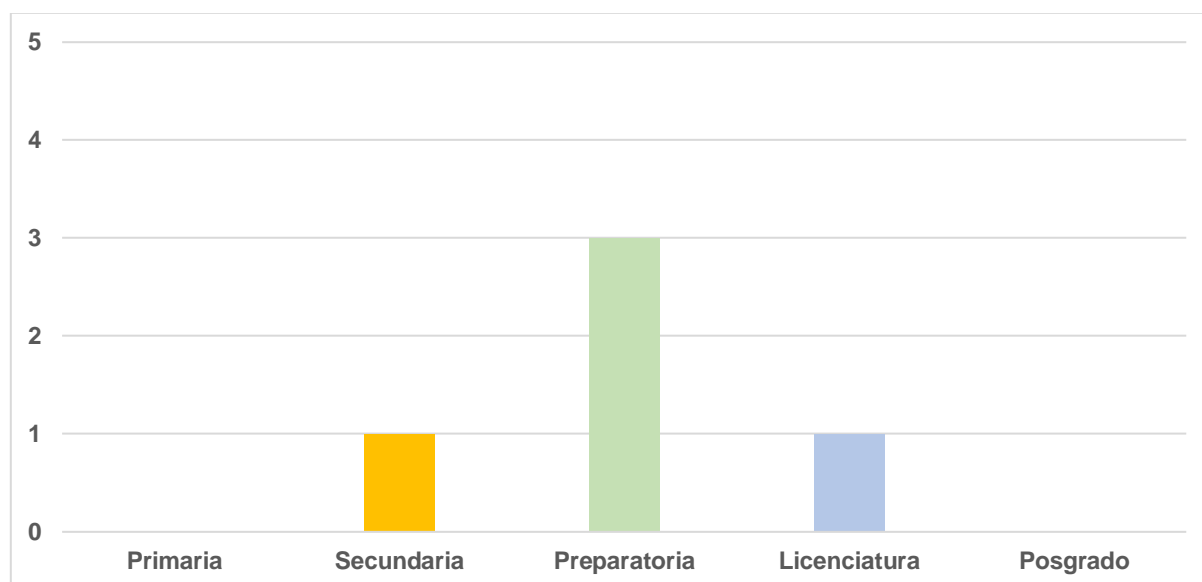
Tabla 4. Edad y número de hijos promedio de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa

N	Descripción	Promedio
5	Edad promedio	53.4 años
5	Número de hijos promedio	2.8 hijos

Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

En cuanto a los resultados del nivel educativo de las cuidadoras primarias participantes se obtuvo que la mayoría cuenta con nivel medio superior (n=3), ver gráfico 1.

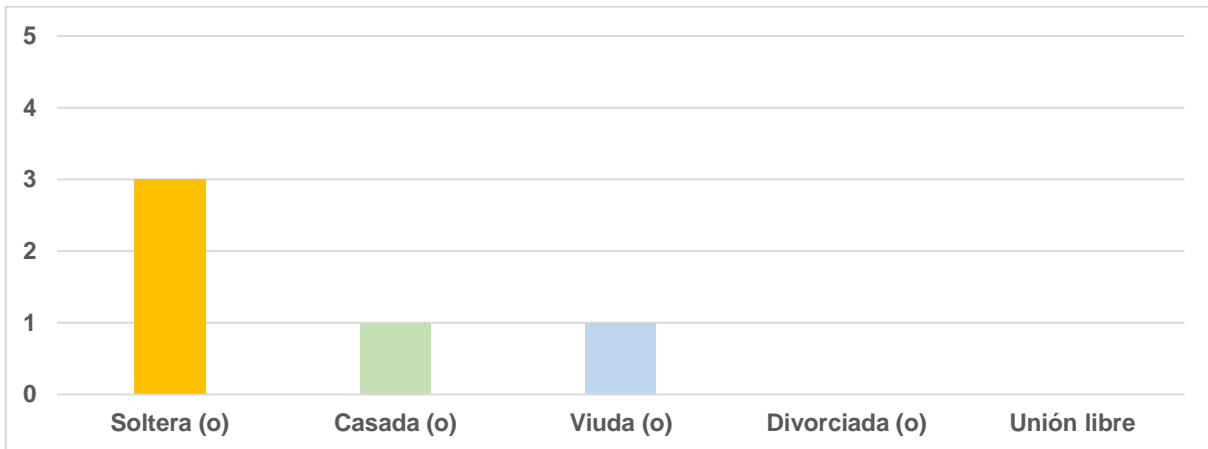
Gráfico 1. Nivel educativo de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Respecto a los resultados obtenidos del estado civil de las participantes, se obtuvo que la mayoría de las cuidadoras primarias son solteras, ver gráfico 2.

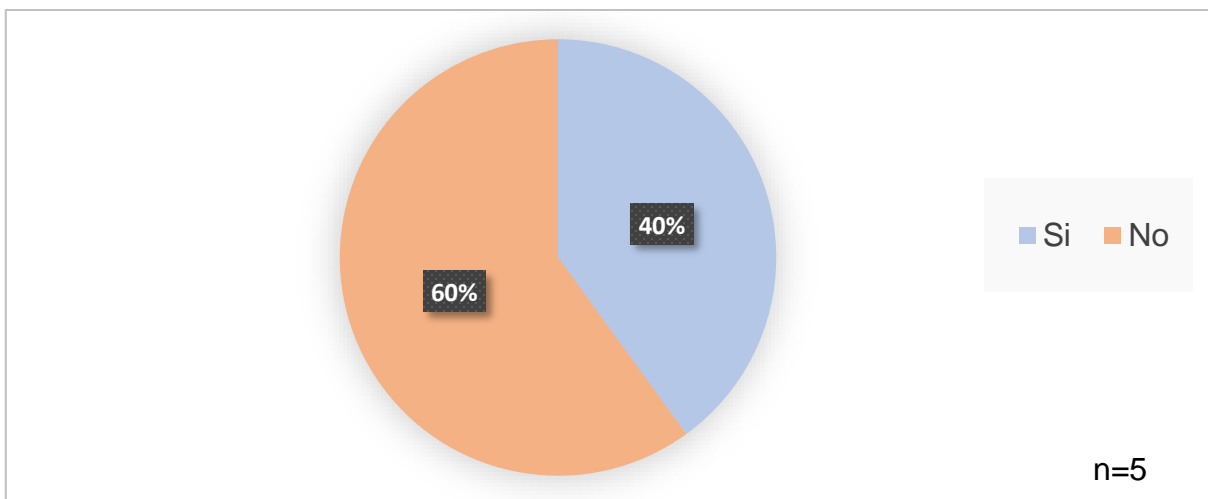
Gráfico 2. Estado civil de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Acercas de los resultados obtenidos sobre si las cuidadoras primarias cuentan con un trabajo formal, el 60 % de las participantes refiere que no, ver Gráfico 3.

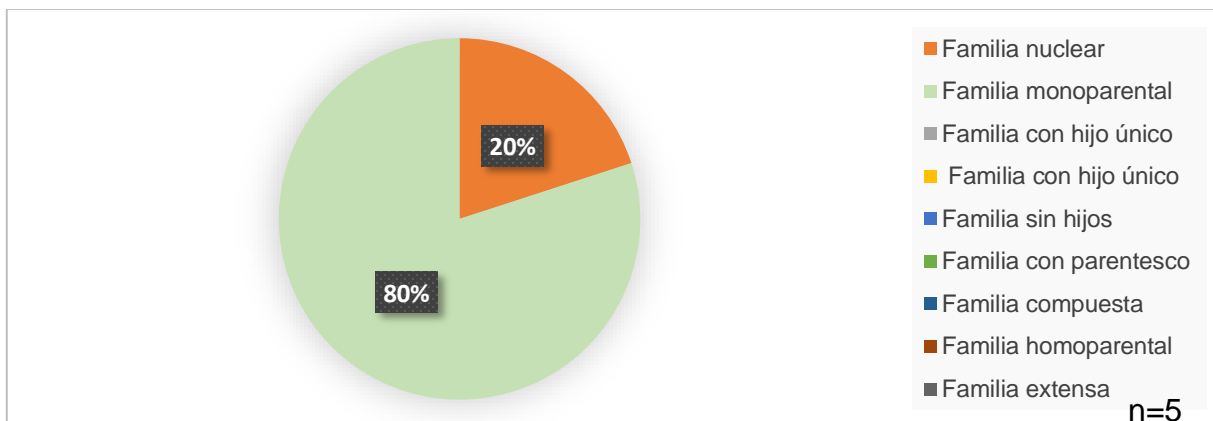
Gráfico 3. Trabajo formal de las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

En los resultados obtenidos sobre el tipo de familia con la que viven las cuidadoras primarias, el 80 % de las participantes menciona que tienen una familia monoparental formada por la madre e hijos, ver gráfico 4.

Gráfico 4. Tipo de familia que tienen las cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa

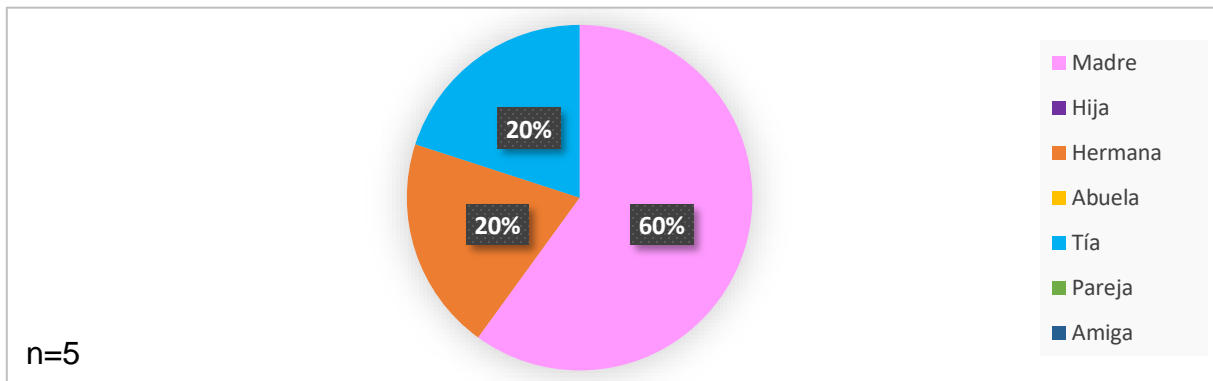


Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Familiar con esquizofrenia

En los resultados obtenidos sobre la relación familiar que tienen las cuidadoras primarias con la persona con esquizofrenia el 60 % de las participantes menciona que son madre e hijo, ver gráfico 5.

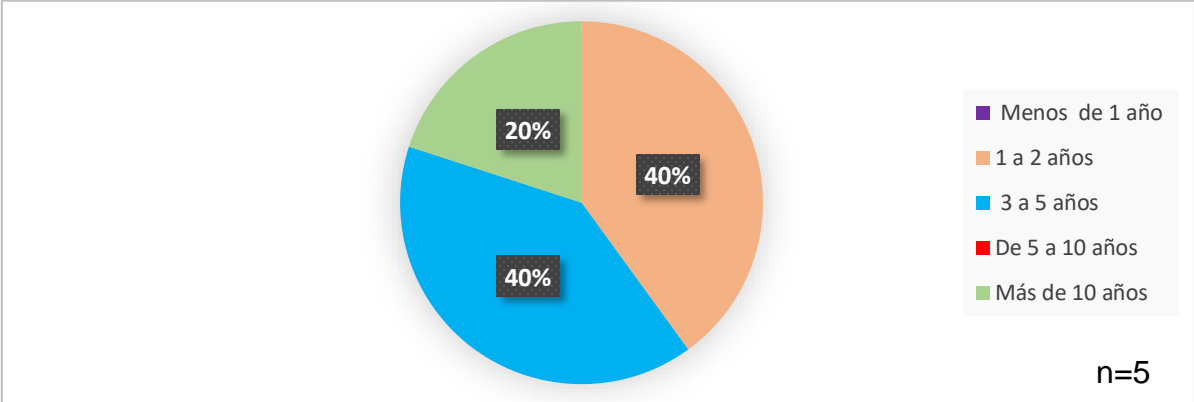
Gráfico 5. Relación familiar que tienen las cuidadoras primarias con las personas con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Los resultados del tiempo que tienen cuidando a su familiar con esquizofrenia se muestra en el gráfico 6.

Gráfico 6. Tiempo que tienen cuidando a su familiar con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa

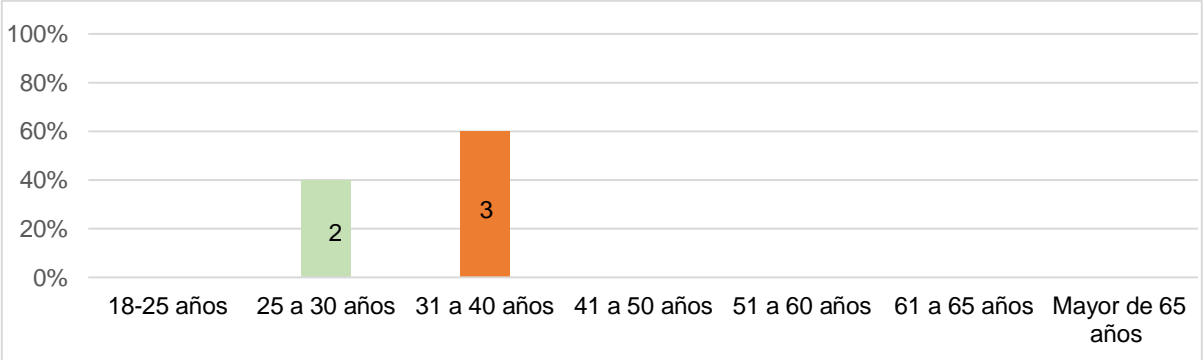


Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre el sexo del familiar con esquizofrenia que tienen las cuidadoras primarias el 80 % de las participantes refiere que pertenece al sexo biológico “hombre” y el 20% son mujeres.

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre la edad del familiar con esquizofrenia de las cuidadoras primarias, el 60 % de las participantes mencionan que se encuentran en un rango de edad de 31 a 40 años, ver gráfico 7.

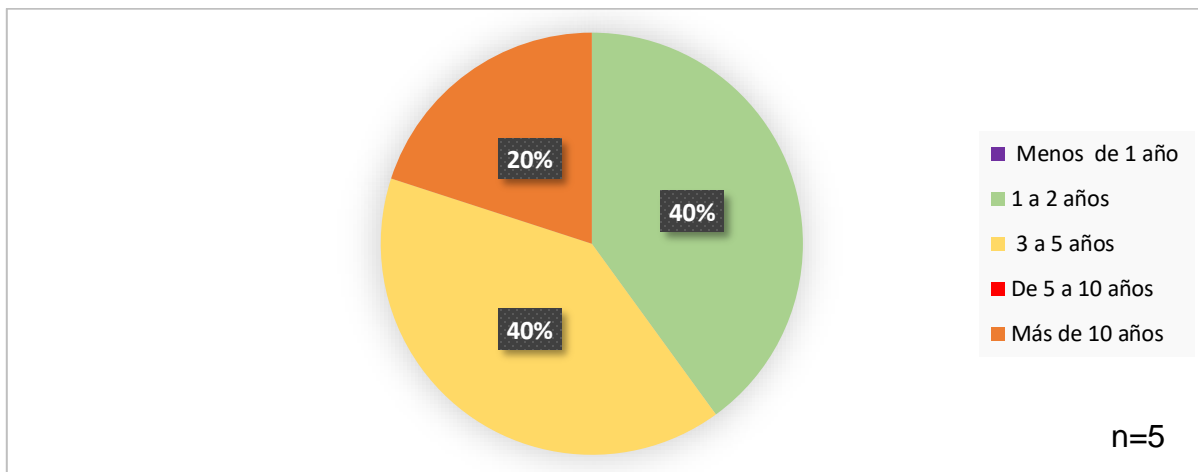
Gráfico 7. Rango de edad del familiar con esquizofrenia de las cuidadoras primarias de la prueba piloto de la intervención educativa



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.

Finalmente, los resultados obtenidos sobre el tiempo que tiene su familiar con el diagnóstico de esquizofrenia se muestran en el gráfico 8.

Gráfico 8. Tiempo del familiar con el diagnóstico con esquizofrenia de la prueba piloto de la intervención educativa



Fuente: Directa; Base de datos en IBM SPSS Statistics 2018, Prueba piloto-Intervención educativa-MSP-2023.



Efectividad de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos en cuidadoras primarias sobre adherencia terapéutica de personas con esquizofrenia © 2024 by Jessica Guadalupe Navarrete Olvera is licensed under [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)