



Universidad
Norbert Wiener

Facultad de Ciencia de la Salud

**“Percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con
trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz, 2023”**

Trabajo académico para optar el Título de

Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

AUTORA: Moreano Tuya, María Virginia

Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-3881-6965>

ASESOR: Mg. CAMARENA CHAMAYA LUIS MIGUEL


Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0147-5011>

LINEA DE INVESTIGACION

SALUD MENTAL

LIMA, PERÚ

2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **MOREANO TUYA MARÍA VIRGINIA** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "....."**“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD YADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DEL HOSPITAL, HUARAZ,2023”**

Asesorado por el docente: Lic. Luis Miguel Camarena Chamaya.
 DNI ... 46992019 ORCID... <https://orcid.org/0000-0002-4147-5011>..... tiene un índice de similitud de (19) (diecinueve) % con código __oid:__ oid:14912:276087690 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor 1

MOREANO TUYA MARÍA VIRGINIA Nombres y apellidos del Egresado

DNI:46314818

Firma de autor 2

DNI:



Firma

Lic. Luis Miguel Camarena Chamaya.

DNI:46992019

Lima, ...13...de.....octubre..... de.....2023...

“PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DEL HOSPITAL, HUARAZ, 2023”.

DEDICATORIA:

A Dios por darme salud, a mi padre por estar guiando mis pasos, a mi madre por estar conmigo en todo momento a la cual dedico este logro profesional; así como también a mí esposo y a mis 2 hijos por ser los que me impulsan día a día a mejorar y seguir creciendo.

AGRADECIMIENTO:

A mis maestros por sus sabias enseñanzas.

ASESOR: Mg. CAMARENA CHAMAYA LUIS MIGUEL

JURADO:

Presidente : Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario : Mg. Yurik Anatoli Suarez Valderrama

Vocal : Mg. Maria Angelica Fuentes Siles

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA:.....	III
AGRADECIMIENTO:.....	IV
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del Problema:.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema General.....	4
1.2.2. Problemas Específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1 Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica.....	6
1.4.3 Práctica.....	6
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	6
1.5.1 Temporal.....	6
1.5.2 Espacial.....	6
1.5.3 Población y unidad de análisis:.....	6
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1 Internacional.....	7
2.1.2 Nacional.....	10
2.2. Bases teóricas científicas.....	13

2.3. Formulación de la hipótesis.....	45
3. METODOLOGÍA.....	47
3.1. Método de la investigación.....	47
3.2. Enfoque de la investigación.....	47
3.3. Tipo de investigación	48
3.4. Diseño de la investigación.....	48
3.5. Población, muestra y muestreo.....	49
3.5. Población y Muestra.....	49
3.5.1. Población:.....	49
3.5.2. Muestra	50
3.6. Variables y operacionalización.	50
3.6.1 Variable	50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.7.1. Técnica	52
3.7.2. Descripción de instrumentos	52
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	55
3.9. Aspectos éticos	56
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	58
4.1. Cronograma de actividades	58
4.2. Presupuesto.....	59
5. Referencias Bibliográficas:	61
ANEXOS	70
Anexo 1: Matriz de consistencia	71
Anexo 2: Operacionalización de la variable.....	72
Anexo 3.....	74

RESUMEN

El objetivo general de este proyecto de investigación será: Determinar la relación entre percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023. La población de estudio será 80 pacientes (100%) que acuden al hospital con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. El método de investigación utilizado es un tipo de diseño transversal hipotético deductivo de tipo aplicada no experimental. Se utilizará un cuestionario para recopilar datos como método, la técnica la encuesta; como instrumentos: el "Cuestionario breve sobre percepción de la enfermedad (BIPQ)", validado mediante la prueba de VARIMAX, con análisis de confiabilidad de $\alpha = 0.67$ de alfa de Cronbach, varianza de 61.46% y el "Cuestionario de Adherencia a la Medicación de Morisky-8 ítems (MMAS-8)", con una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,77 y de 0,16 significativa ($p = 0,000$), lo que indica que los instrumentos son fiables. A su vez, se utilizarán las pruebas estadísticas adecuadas para confirmar las hipótesis. Para el posterior procesamiento y análisis de los datos obtenidos durante el estudio se utilizará la última versión del programa SSPS Statistics y el programa Microsoft Excel para presentar cuadros estadísticos.

Palabras Claves: Percepción de la enfermedad, adherencia al tratamiento, trastorno límite de la personalidad, Enfermería.

ABSTRACT

The general objective of this research project will be: Determine the relationship between perception of the disease and adherence to treatment in patients with borderline personality disorder at the Hospital, Huaraz, 2023. The study population will be 80 patients (100%) who attend to the hospital with a diagnosis of borderline personality disorder. The research method used is a type of hypothetical deductive cross-sectional design of a non-experimental applied type. A questionnaire will be used to collect data as a method, the survey technique; as instruments: the "Brief Questionnaire on Illness Perception (BIPQ)", validated by the VARIMAX test, with reliability analysis of $\alpha = 0.67$ of Cronbach's alpha, variance of 61.46% and the "Medication Adherence Questionnaire Morisky-8 items (MMAS-8)", with an internal consistency (Cronbach's alpha) of 0.77 and a significant 0.16 ($p = 0.000$), which indicates that the instruments are reliable. In turn, The appropriate statistical tests will be used to confirm the hypotheses. For the subsequent processing and analysis of the data obtained during the study, the latest version of the SSPS Statistics program and the Microsoft Excel program will be used to present statistical tables.

Keywords: Perception of the disease, adherence to treatment, borderline personality disorder, Nursing.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema:

Según la Organización Mundial de la Salud, los problemas mentales se encuentran dentro de las causas principales de mortalidad, seguido de incapacidad a nivel mundial; están relacionados con indicadores de pobreza y condiciones de vida de las personas. La salud mental es una parte integral de la salud que requiere de intervenciones conjuntas desde distintos sectores, a fin de promoverla y abordar su tratamiento. (1).

El suicidio mata a más de 800.000 personas en todo el mundo cada año, segunda causa de muerte. En personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) Se encontró que la tasa de suicidio era del 10%. Los intentos de suicidio son más frecuentes y pertenecen a los denominados motivos más importantes de consulta urgente. Estudios epidemiológicos muestran que el 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizarán 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida. (2).

Se estima que entre un 10% y un 13% de la sociedad padece o padecerá de trastornos de la personalidad. Las conductas de pacientes con trastorno límite de personalidad se basan en una desregulación emocional que, si bien no siempre llevan al suicidio consumado, son un factor más de riesgo, asociado a elevados niveles de disociación, agresividad, impulsividad, problemas de autoestima, emociones negativas, síntomas depresivos. (3).

En la actualidad, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es el más difícil abordaje clínico, por su complejidad y difícil delimitación, además de su elevada prevalencia en la población por sus síntomas y su alta comorbilidad. (3).

Se han realizado esfuerzos para mejorar los procedimientos y métodos de diagnóstico

tratamiento, el incumplimiento sigue siendo un obstáculo para mejorar la salud y la calidad de vida del paciente. En los países desarrollados, la tasa de cumplimiento para tratar enfermedades crónicas es alrededor del 50%. Esta cifra es menor en países en vías de desarrollo donde la falta de adherencia es un «problema de salud pública»; por lo que es necesario entender la importancia del problema y plantear estrategias de solución. (4).

A nivel mundial estas van en crecimiento con altas tasas de fracaso y baja adherencia al tratamiento y tienen consecuencias negativas como: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización, aumento de costos sanitarios. (5).

Estudios vinculan las percepciones de los pacientes sobre la enfermedad como causa a la adherencia terapéutica tanto del paciente como del profesional sanitario, y en el aumento de costos sanitarios; generando un aumento de la morbimortalidad en los pacientes incumplidores. La adherencia tiene efectos positivos y significativos en los resultados del tratamiento; Las tasas de adherencia varían entre: población, régimen de tratamiento y tipo de enfermedad, casi el 50% de pacientes no cumplen las indicaciones médicas. (5).

El incumplimiento voluntario del régimen de tratamiento conduce al ausentismo del mismo, descuido e insatisfacción tanto de los enfermos crónicos como de los profesionales. Esto representa una carga innecesaria para el sistema de salud además de una pérdida de tiempo y frustración. (6,7).

En condiciones de salud mental, las tasas de cumplimiento de adherencia varían en promedio de 41.2%. Esta omisión terapéutica afecta la evolución de los pacientes con mayores riesgos en: recurrencia de ingresos, riesgo suicida, mayores costos de atención médica y reducción de la calidad de vida de los pacientes, familia y cuidadores. Cumplir con las

recomendaciones médicas es parte del proceso de rehabilitación psicosocial, el objetivo reintegrar al paciente a la sociedad, mejorar su función psicosocial. (6).

En la adherencia del paciente psiquiátrico, el papel más importante lo tiene el propio paciente, con su comportamiento y actitud al tratamiento. Por ello, como profesionales de enfermería debemos emprender acciones enfocadas al tratamiento psiquiátrico, favoreciendo la adherencia y diseñando estrategias que permitan adaptarnos al paciente como ser holístico. (8).

Según estadísticas del Ministerio de Salud, hay 4-12% de los pacientes con trastornos mentales que se adhieren a su tratamiento farmacológico; el resto no quiere tomar la medicina pues piensa no necesitarlo o deja de tomarlos después de experimentar efectos no deseados, un contribuyente importante a esta enfermedad es el cumplimiento del tratamiento y concienciación. Por ello, el enfermero juega un papel importante en la Gestión de la aceptación con conocimiento y manejo de antipsicóticos. (9).

En Perú, estudios incluyeron la adherencia al tratamiento con un índice de 75-80%. Las tasas varían según: definición de cumplimiento, tipo patológico, régimen de tratamiento y población. Observamos tasas de cumplimiento del 20% al 50% (trastorno bipolar), 20% y 72% (esquizofrenia) y 57% (trastornos de ansiedad). La adherencia de depresión varía del 30% al 60%, se estima que el 6-12% no comenzó el tratamiento, el 30% abandonó al primer mes, el 50% al tercer mes y el 60-70% suspende el tratamiento después de 6 meses. (10).

A lo que nos enfrentamos como parte del equipo de salud es a la falta de conciencia de enfermedad. El que un paciente no entienda o no conozca su padecimiento, trae dificultades para una comunicación en el que se manifiesten y conozcan la importancia de tener conciencia de la enfermedad mental que padecen, aceptándola para las buenas prácticas de salud y lograr su recuperación.

En la región Ancash (Huaraz), el Hospital “V́ctor Ramos Guardia”, atiende los casos de pacientes con depresi3n desde el 2016, en el 2018 se inicia el reporte de pacientes con intento suicida. En el ańo 2019 se crea la unidad de hospitalizaci3n en Salud Mental y Adicciones, reportando un incremento de pacientes con intento suicida, en su mayorıa diagnosticados con “Trastorno Lımite de Personalidad”. La importancia de este trabajo, ser3 el inicio de una investigaci3n cientıfica en el 3rea de salud mental, para entender la relaci3n de “Percepci3n de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con Trastorno Lımite de la Personalidad del Hospital, Huaraz,2023”. Por todo lo mencionado planteamos la siguiente interrogante:

1.2. Formulaci3n del problema

1.2.1. Problema General

¿Cu3l es la relaci3n entre percepci3n de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno lımite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?

1.2.2. Problemas Especıficos

a. ¿Cu3l es la relaci3n entre la dimensi3n percepci3n de sıntomas y representaci3n de la enfermedad de la percepci3n de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno lımite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?

b. ¿Cu3l es la relaci3n entre la dimensi3n control de la enfermedad de la percepci3n de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno lımite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?

c. ¿Cu3l es la relaci3n entre la dimensi3n conocimiento sobre la enfermedad de la percepci3n de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno lımite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

a. Identificar la relación en su dimensión percepción de síntomas y representación de la enfermedad de la percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

b. Identificar la relación en su dimensión control de la enfermedad de la percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

c. Identificar la relación en su dimensión conocimiento sobre la enfermedad de la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La unidad de hospitalización en Salud Mental y Adicciones, todavía se enfrenta al desconocimiento de los problemas de salud mental, sobre todo cuando existen cambios en: estado de ánimo, autoimagen y comportamientos inestables; la percepción de la enfermedad con su adherencia al tratamiento sigue siendo un problema para su recuperación. Por tal motivo, la información obtenida en este trabajo contribuirá a llenar estos vacíos de conocimiento a partir de los modelos teóricos propuestos por Nola Pender y Virginia Henderson, que forman la base del trabajo realizado por el personal de enfermería.

1.4.2 Metodológica

La presente investigación aplicará instrumentos, escalas e índices validados por expertos, los cuales han sido conceptualizados en los antecedentes y serán aplicados a la población objeto de estudio, servirá como modelo para nuevos estudios de investigación a futuro en el ámbito de la salud mental, El objetivo de los resultados será mejorar la atención de los pacientes con trastorno límite de la personalidad y crear una guía de procedimientos que ayude a mejorar la atención.

1.4.3 Práctica

Esta investigación contribuirá a mejorar este problema de salud pública concerniente a la salud mental y ayudará a los profesionales de salud a partir de los resultados, a generar mejores prácticas de conocimiento de enfermedad y adherencia del tratamiento en pacientes con trastorno Límite de personalidad, trayendo consigo una recuperación adecuada, tendrá un impacto positivo en la reducción del riesgo de complicaciones y la mejora de la calidad de vida de los usuarios.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

La investigación tendrá lugar en el 2023, de enero a agosto.

1.5.2 Espacial

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones del hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz, departamento de Ancash.

1.5.3 Población y unidad de análisis:

Se considerarán 80 usuarios que acuden al hospital con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad entre los meses de enero a agosto del 2023.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacional

Chuquilla, et al., (11) en el 2019, Ecuador en su investigación tuvo como Objetivo: Determinar la asociación entre la percepción de la enfermedad, el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes adultos diabéticos tipo 2, que acudieron a consulta externa en el Centro de Salud Chimbacalle. Métodos: Estudio transversal de 200 adultos con diabetes tipo 2 mayores de 25 años en tratamiento en el Centro Médico Chimbacalle. Se utilizaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ), Apoyo Social Percibido de Familiares y Amigos (PSS) y la Escala de Cumplimiento del Tratamiento de Morisky. Se calculó el odds ratio con un intervalo de confianza del 95% como medida de asociación. Se realizaron regresiones logísticas univariadas y multivariadas. RESULTADOS: La adherencia a la terapia farmacológica adecuada se observó en el 33% de los pacientes y la razón principal de la falta de adherencia fue el olvido (64%). Aquellos con conciencia baja o moderada de la enfermedad tenían 1,10 veces más probabilidades de tener una enfermedad no controlada que aquellos con alta conciencia de la enfermedad, lo que no fue estadísticamente significativo ($p=0,74$). El grupo de incumplimiento fue 1,89 veces superior al grupo de no adherentes, estadísticamente significativo ($p=0,04$). La duración de la enfermedad y una mejoría más pronunciada después del tratamiento son predictores importantes de la adherencia. concluir. El conocimiento de la enfermedad está directamente relacionado con los niveles de HbA1c e inversamente relacionado con la adherencia. No se encontró relación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social percibido. La mejora en el tratamiento está relacionada con la adherencia al régimen de tratamiento.

García, (12) en el 2020, España en su investigación tuvo como describir los posibles factores intervinientes en la no-adherencia al tratamiento de pacientes que acuden a Hospital de Día, además, identificar las técnicas de medición y los factores de riesgo que condicionan el cumplimiento, así como el nivel de calidad de vida de los pacientes. Muestra incluida para paciente que visita el Hospital de Día de Inca. Se utilizó el cuestionario de Morisky-Green y DAI para la evaluación del cumplimiento terapéutico del paciente, ROMI para la identificación indicadores de cumplimiento y el test WQOOL-BREF para evaluar el nivel de Calidad de vida. Los resultados muestran que un alto porcentaje de personas tienen bajos niveles de adherencia al tratamiento y es mayor en los hombres. Sobre los posibles factores determinantes incluyen beneficios diarios percibidos, prevención de recaídas, miedo a la readmisión, rechazo de la enfermedad, efectos secundarios y relación positiva con el terapeuta/médico. Enfatiza la calidad de vida y en las relaciones sociales en pacientes cumplidores y no cumplidores. Sale revelar la necesidad de un estudio longitudinal del paciente durante la transición terapia, así como la importancia de implementar programas psicosociales e intervenciones específicas.

Oliveira, et al., (13) en el 2022, Portugal en su investigación el objetivo fue determinar la relación entre la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en adultos en centro de hemodiálisis. Estos fueron revisados críticamente utilizando la Lista de verificación para estudios transversales analíticos del Instituto Joanna Briggs (JBI). Se incluyeron nueve estudios con 1161 pacientes de centro de hemodiálisis. Seis estudios encontraron un vínculo entre la conciencia de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. El cumplimiento de las restricciones dietéticas fue el tipo de cumplimiento con la asociación más importante con la percepción de la enfermedad, seguido del control de líquidos y medicamentos. Dos estudios que combinaron diferentes tipos de adherencias en una puntuación general también mostraron asociaciones significativas con la percepción de la enfermedad. RESULTADOS: No hubo

asociación significativa entre la percepción de la enfermedad y la adherencia a las citas de diálisis. Estos datos sugieren que la conciencia de la enfermedad entre los pacientes de hemodiálisis en el centro debería continuar atrayendo la atención de los investigadores. Las futuras intervenciones deben considerar la importancia de modificar la percepción de enfermedad inadecuada para mejorar la adherencia en insuficiencia renal.

Arias, et al., (14) en el 2020, Colombia en su investigación el objetivo de este estudio fue determinar la percepción que tienen y la adherencia al tratamiento al alta de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) del hospital “San Juan de Dios “de Floridablanca, Colombia 2019-2020. Estudio observacional, de corte transversal, descriptivo y cuantitativo, en el que participaron 47 pacientes que cumplieron los criterios de selección y elegibilidad; pacientes de (ECNT) reciben tratamiento en el hospital San Juan de Dios de Floridablanca en el periodo 2019-2020. Según los datos registrados, la percepción que tienen predominante principalmente es moderada (43%) y la adherencia es moderada (55%) en la que incluye toma de medicamentos y alimentos, visitas de consulta médica y independencia en el cuidado. No se evidenció relación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de percepción del paciente.

Hernández, et al., (15) en el 2018, Ecuador en sus investigaciones tuvieron como objetivo determinar la adherencia al tratamiento en pacientes tomados de 3 centros de atención primaria de salud de Quito, Ecuador. Se realizó una investigación observacional y prospectivo. Se consideró (n = 80) pacientes con algún tipo de tratamiento con pastillas de forma ambulatoria y se controló el cumplimiento de su adherencia a las indicaciones. Se encontró que 1 de cada 4 pacientes (25%) olvidó tomar al menos 1 dosis del tratamiento y 2/5 (40%) no cumplió con el hacer un horario de medicación, independientemente de la enfermedad o padecimiento o tiempo

de tratamiento. Así que se concluye que se debe generar herramientas que permitan a los trabajadores de la salud contribuir activamente a cambiar esta realidad.

2.1.2 Nacional

Cruzado, (16) en el 2020, Lima en su investigación cuyo objetivo fue Determinar la percepción sobre la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de Nefrología de un Hospital Nacional de Lima. Material y método: Materiales y métodos: Método utilizado en el trabajo estudio cuantitativo, no experimentales, descriptivos y transversales. Se trabajó con una población de 70 personas con insuficiencia renal crónica. Fue utilizado la encuesta como método de recopilación de datos y el cuestionario de percepción. Resultados: Sobre el conocimiento de enfermedad del paciente con enfermedad renal crónica 44 representaron el 62,9% riesgo para el paciente. Referente a sus parámetros la percepción y representación de síntomas de las enfermedades no son una amenaza en 63% y cuando las enfermedades están bajo control; son una amenaza un 67% y en última instancia cuando hay conocimiento de la enfermedad representa una amenaza para el paciente e 59%. Conclusión: Sobre la conciencia de la enfermedad en los pacientes con insuficiencia renal crónica es una amenaza para los pacientes en más de la mitad de ellos. en ellos los parámetros más afectados son las medidas de control de enfermedades.

Lucho, (17) en el 2020, Lima en su investigación cuyo objetivo es el ser una herramienta en la intervención del paciente en cuanto a los hábitos de vida y de utilidad para los servidores del área de salud a fin de orientar el tratamiento de la adherencia de los antidepresivos y determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con Depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario San Gabriel Alto. La muestra incluyó 80 usuarios deprimidos, atendidos en el centro, Método de recogida de datos: Cuestionario de adherencia a la medicación Morisky

(MMAS-8) Fórmula de 8 elementos, procedimiento de medición indirecta de Adherencia. La cooperación implicará la validación de las herramientas y avales de 5 profesionales y/o especialistas en salud mental. Las preguntas de la escala están construidas para evitar o evitar sesgos, aseverando todas las preguntas vemos que para los ítems 1-7 la respuesta es sí o no, pero para los ítems 8 - en Escala de Likert. La puntuación global se refleja en la escala MMAS-8 (0-8), adhesión alta (8), adhesión media (7 o 6), adhesión baja menos de 6. 10:00. El cumplimiento es un requisito previo para seleccionar a pacientes que cumplan 8 puntos y con menos de 8 puntos a los no adherentes. Fiabilidad intrínseca eliminada con alfa Cronbach 0,646.

Castillo y Roja, (18) en el 2019, Lambayeque en su investigación que tiene por objetivo Identificar el nivel de adherencia al medicamento y la percepción de la enfermedad en pacientes con epilepsia activa del consultorio externo de Neurología del Hospital Regional de Lambayeque y del Hospital Almanzor Aguinaga. Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal de tipo no experimental. Se toma la muestra probabilística. El tamaño de muestra por cada hospital se calculó utilizando EPIDAT 4.1 con confianza de precisión del 95% y 5%, resultando 136 pacientes. Se usó una breve adaptación española del Cuestionario de Percepción de Enfermedades (B-IPQ) permite análisis de percepción de la enfermedad y un corto cuestionario de cumplimiento medicación (SMAQ), que mide la adherencia a las prescripciones. Resultado: la adherencia al tratamiento fue de 95 (69,85%) pacientes cumplidores, la tasa de adherencia al tratamiento fue del 95-100%. De 125 pacientes (91,91%), solo 10 pacientes (7,35%) cumplieron con 85-94%. 80 (58,82%) Tienen una alta conciencia de enfermedad. Conclusión: Alto nivel de adherencia médica y percepción de enfermedad.

Zamora, et al., (19) en el 2019, Lima en su investigación tuvo como objetivo evaluar si el nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus 2 (DM2) se asocia con adherencia al tratamiento. Materiales y métodos. Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad en

pacientes con diabetes tipo 2 usando el Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) y evaluando asociación con la adherencia al tratamiento medida por la prueba de Morisky-Green-Levin (MGL). Se recogió una muestra consecutiva de 210 pacientes. Resultado. Conocimiento para DM2 se consideró suficiente en el 78,1% de los pacientes y se confirmó en el 25,7% de ellos utilizaban tratamiento farmacológico. Se encontró una relación positiva entre participación y concienciación (OR: 1,12; IC 95%: 1,01-1,25) y edad >65 años (OR: 1,14; IC 95%: 1.03-1.28). Además, hay diferencia importante entre los puntajes medias. Lo obtenido entre cumplidores y no adherentes (15,3 vs 16,37; $p < 0,05$), concluir. hay asociación de adherencia al tratamiento con variables conocimiento adecuado y edad > 65 años, existe resultados mixtos (sin significación bivariada y significación multivariada) sobre el logro educativo y vivienda.

Pinto y Huisa, (20) en el 2022, Lima en su investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre percepción de enfermedad y trastorno de salud mental (ansiedad-depresión) en pacientes COVID-19 (+) hospitalizados en clínica. Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico. Se incluyó una muestra de 226 usuarios hospitalizados en clínica, que completaron el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (BIPQ) y Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS). STATA se utilizó para el procesamiento estadístico.V.16, se evaluó mediante análisis multivariado y lógico. En el resultado la relación entre la percepción de la enfermedad y los trastornos mentales está representada por media 42,93 y desviación estándar 6,96. Tasa de síntomas asociados con la ansiedad fue del 80,97% y la sintomatología relacionada con la depresión fue del 92,03%. En análisis multidimensional BIPQa (RP = 1,015, IC95% 1,008-1,022). Además, después de calcular RP ajustada, hubo una relación significativa con: la edad, tipo de trabajo, aislamiento, dificultades económicas y logros educativos. Conclusión relación entre la percepción de la enfermedad y los trastornos de salud mental en pacientes

con COVID-19 hospitalizados en establecimientos privados, encontrándose mayor morbilidad diferente a la atención del público.

2.2. Bases teóricas científicas

2.2.1 Percepción de la enfermedad

Definición

La percepción de la enfermedad es una representación cognitiva que influye directamente en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y su comportamiento para hacer frente a esta, haciendo referencia a las percepciones cognitivas (identidad, las consecuencias de la enfermedad, la duración de esta, control personal y la eficacia del tratamiento), y a las percepciones emocionales (la conciencia sobre la enfermedad, las emociones generadas y la comprensión de esta). (21)

Creencias o esquemas cognitivos que desarrollan los pacientes sobre su enfermedad incluyen factores o variables tales como:

- **Identidad:** son variables que determinan la presencia o ausencia de una enfermedad, puede referirse al nombre o etiqueta de la enfermedad, así como a signos o síntomas.
- **Consecuencias:** Es la percepción del paciente de las consecuencias físicas, las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad, así como la respuesta emocional resultado de esto.
- **Causas:** se refiere a la idea que tiene el paciente de la causa del padecimiento.
- **Duración:** se refiere a las expectativas de crecimiento del paciente y el tiempo que tarda en desarrollarse la enfermedad.

El quinto aspecto, llamado tratamiento/control, se refiere a la medida en que la enfermedad se puede curar. La combinación de estas medidas es de tres Patrones de enfermedad predominantes:

- a. **Modelo de enfermedad aguda:** Debido a un agente muy específico (virus) efectos a corto plazo y sólo a corto plazo.
- b. **Modelo de enfermedad crónica:** Debido a muchos factores, hábitos y estilo de vida inapropiado, lleva mucho tiempo y tiene consecuencias graves
- c. **Modelos de enfermedad cíclica:** caracterizada por periodos alternativos sintomáticos y asintomáticos. (21)

En 1984 En 1984, cuatro de estos modelos de enfermedades fueron utilizados por personas como Fuentes de información: las experiencias corporales del paciente, como la naturaleza, persistencia y empeoramiento de los síntomas; La visión sobre la enfermedad en la cultura de la persona; Enlaces sociales recibidos por familiares o amigos o personal sanitario; y experiencias personales que los sujetos tuvieron en el pasado con su padecimiento.

A partir de los planteamientos de Leventhal y Lau, Weinman, Petrie, Moss-Morriss y Horne se diseñaron la primera versión del cuestionario de percepción de enfermedad IPQ con las cinco dimensiones: Identidad, Consecuencias, Causas, Duración, y Cura/control, que comprenden 38 ítems. (22)

IPQ-R en la versión inicial consta de tres partes: 1. Identificación. incluyendo 14 síntomas (temas); 2. Opinión sobre la enfermedad, incluidos 38 puntos que especifican aspectos de control personal, control del tratamiento, duración (aguda o crónica), el curso (ciclo), consecuencias, manifestaciones emocionales (representación) y asociaciones de la enfermedad. (coherencia)Y 3. Causas de la enfermedad, incluidas 18 temas. Autores distinguen cuatro dimensiones a través de estudios IPQ-R como la atribución psicológica, factores de riesgo, protección y accidentes. Consideraron además que estas dimensiones no deberían considerarse universales o prescriptivos, sino que los investigadores deberían sentirse libres de modificar la

escala causal (de identidad) a fin de adaptarse a enfermedades, entornos culturales o poblaciones en particular. (22)

Con el tiempo, se formula una versión corta, que consta de 8 ítems y una pregunta abierta, ordenada con tres variaciones de respuesta. En la representación cognitiva de la enfermedad consta de 5 ítems: Consecuencias (ítem 1), Duración (ítem 2), Control Personal (ítem 3), Control del Tratamiento (ítem 4) y Personalidad (ítem 5). La sección “Expresión de emociones” o representación tiene dos secciones: Ansiedad (Sección 6) y Reacciones emocionales (Sección 8). Por último, el punto 7 refiere la comprensión de la enfermedad. La Sección del ítem 9 genera pregunta abierta que aborda los factores que la persona cree que causaron su enfermedad, ordenados según importancia del uno al tres. (22)

2.2.1.1 Conciencia de enfermedad

Definición de conciencia de enfermedad (insight)

Expresiones como “negación defensiva”, “atribuciones externas”, “reacción de indiferencia” y “actitudes a cerca de la enfermedad” reflejan las diferencias semánticas.

Lo describe como manifestaciones psicopatológicas que consta de tres dimensiones: la conciencia enfermedad, la capacidad de comprender experiencias mentales tales como anomalías y beneficios percibidos del tratamiento (cumplimiento y adherencia).

La importancia radica en distinguir entre conciencia y sintomatología psicótica ya que algunos pacientes son capaces de reconocer los signos de la enfermedad, pero atribuir su presencia a aspectos diferentes a la propia enfermedad. (23)

Propone un modelo muy complejo en el que el insight se describe como fenómeno complejo por la conciencia de tener la enfermedad y cada uno de sus síntomas, signos y curso con Conocimiento de la enfermedad y adherencia a las recomendaciones de tratamiento en pacientes psicóticos.

Es decir, las explicaciones procedentes del enfermo sobre la causa de estos signos y síntomas, en el que además el factor tiempo actuaría como modulador, es decir, la conciencia y la atribución podrían variar con la evolución de la enfermedad. (23)

2.2.1.2 El insight en el DSM-V

En cuanto a los pacientes con trastornos mentales del tipo delirante pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo (es decir, puede haber “introspección fáctica”, pero no “introspección verdadera”). (24)

Dentro de estos pacientes se hace referencia a que “algunos individuos con psicosis pueden carecer de conciencia de su trastorno. Esta ausencia de “introspección” incluye la falta de conciencia de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente a lo largo de todo el curso de la enfermedad. (24)

La falta de conciencia de la enfermedad es un síntoma típico de los pacientes con problemas de salud mental, en especial de la esquizofrenia. Es comparable a la falta de conciencia de los déficits neurológicos posteriores al daño cerebral, denominada anosognosia. Este síntoma es el factor que predice con mayor frecuencia la inobservancia al tratamiento, así como mayores tasas de recaída, un mayor número de tratamientos involuntarios, un peor funcionamiento psicosocial, las agresiones y un peor curso de la enfermedad”. (24)

En el trastorno bipolar, en las características asociadas de diagnóstico, encontramos que; “durante los episodios maníacos, los pacientes no suelen percibir que están enfermos ni reconocer que necesitan tratamiento y se resisten de forma vehemente a recibirlo”. (24)

El insight en los enfermos con síntomas con problemas de salud mental

Los problemas de la mente son uno de los síntomas de un trastorno psicótico. Puede tener consecuencias negativas para el cumplimiento de la adherencia del paciente y el pronóstico de

estas enfermedades mentales. Buen pronóstico en la evolución de los pacientes con la psicosis es la presencia de un insight adecuado, porque se asocia con una mejor evolución. Los patrones neuropsicológicos surgen debido a los déficits cognitivos secundario a la propia disfunción mental. Es decir, insight estaría ligado a dificultades como la incapacidad para integrar la información, el déficit en la resolución de problemas, la perseveración, la memoria o el aprendizaje. (24)

Además, existe un vínculo entre el déficit de insight en pacientes con un primer episodio psicótico y la pérdida de volumen de la sustancia gris en la corteza dorsolateral prefrontal cerebral de su hemisferio no dominante, el cual está involucrado en tareas ejecutivas y de auto monitorización. (24)

Hay metaanálisis que relacionan las deficiencias neuropsiquiátricas con los déficits de conocimientos que afectan en las actividades ejecutivas de las personas; mientras que otros asocian a los déficits de conocimiento con empeoramiento de los síntomas psicóticos, con una edad más tardía de inicio psicótico y con la conducta negativa al medicamento. Al contrario, un nivel alto y estable de comprensión parece estar asociado con síntomas menos graves y menos reingresos. Los síntomas complicados, como la falta de conciencia con la enfermedad, dependen de factores como la sociedad, la cultura, el idioma y la autoformación de síntomas mentales. (24)

2.2.1.3 La importancia clínica del insight

Insight y adherencia al tratamiento

Los estudios observacionales reflejaron que en los pacientes con esquizofrenia con actitud positiva hacia la medicación y conciencia de enfermedad tuvieron mayor adherencia. (24)

En pacientes con psicosis no afectivas se demostraron que los factores como la autoestima, la aceptación de la necesidad de tratamiento y el insight estaban relacionados y afectaban los unos a los otros. (24)

Insight y pronóstico

Para el estudio de la actitud ante la enfermedad, se encontró que una actitud realista se correlacionó con una mayor deseabilidad de empleo y un mejor funcionamiento social después de un año de seguimiento. (24)

Se demostraron que: aquellos pacientes que tuvieron un mejor insight desde su primera recaída requirieron menos ingresos que los que carecían de insight; La falta inicial de insight fue predictiva del tiempo de estancia en el hospital y del vivir de forma independiente. (24)

Insight y comportamientos impulsivos

Existen estudios que han examinado el efecto directo del insight sobre los comportamientos impulsivos, demostrando vínculo significativo entre los déficits de conocimiento (insight) y aumento de la violencia. Dado que los pacientes estaban recibiendo medicamentos en la unidad de hospitalización, el pobre insight pareció ser un factor de riesgo para el aumento de la violencia incluso en pacientes con tratamiento; en otros casos se encontró que los pacientes violentos tenían más síntomas y menos conocimiento de su enfermedad. (24)

Los comportamientos violentos se evaluaron retrospectivamente utilizando la Escala de violencia. Estudiaron variables como: edad, antecedentes de maltrato en la infancia, uso de sustancias, hospitalizaciones psiquiátricas reiteradas, cumplimiento de medicina y comprensión. Resultó ser el cuarto factor de crecimiento importante en comportamiento agresivo, independiente de los efectos de la adherencia al régimen de tratamiento. (24)

Insight y suicidio

Estudios clínicos muestran que la presencia de insight en la enfermedad mental grave puede conducir a la depresión, la desmoralización y el suicidio. A pesar que algunas investigaciones demostraron que la percepción puede aumentar los pensamientos suicidas. Puede establecer un vínculo entre el insight y el suicidio, incluso la falta de insight puede ser un predictor de suicidio. Pero, esta relación muestra que el factor más importante en la conducta suicida es la desesperación. (24)

En un estudio de más de un año de seguimiento se encontró que el efecto del insight sobre el suicidio depende del tiempo de evaluación y de los propios cambios en el insight en la evolución de la propia enfermedad. (24)

2.2.2 Adherencia

La inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas como es el caso de los pacientes con problemas de Salud mental. Se estima que 20-50% de los pacientes no se adhieren al tratamiento; a ello, se cree que el incumplimiento está relacionado con la percepción de la enfermedad, es por ello que se busca comprender cada una de las variables, definiendo algunos conceptos claves en el tema de estudio. Entre los que se encuentran: Adherencia al tratamiento, percepción de la enfermedad y trastorno límite de la personalidad. (25)

Definición de adherencia

La adherencia al tratamiento, según la OMS, es “La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica”. Este

concepto implica obediencia del paciente y genera autoridad al personal de la salud, es como una relación de ambos en el que el paciente aprende a tener responsabilidad en su tratamiento. Dicha adherencia puede estar comprometida por diversos factores relacionados tanto con el paciente y su entorno, como con los profesionales de la salud, falta de adherencia incrementar la morbi-mortalidad, dificultad en los diagnósticos y tratamiento y por ende mayores costos de salud y otros. (26)

El paciente se vuelve más activo y cómplice de su enfermedad, deben de seguir las recomendaciones con una buena comunicación con su médico. Es un cambio de conductas del paciente, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo en el estilo de vida y conductas saludables, dándole al paciente la participación activa de las condiciones y circunstancias que busca resolver. (27)

La adherencia no sólo concierne a la conducta de toma de medicamentos sino también a los cambios en los estilos de vida como: los hábitos de alimentación saludable (estos parámetros se asocian a mayor longevidad y calidad de vida), mayor ejercicio físico, disminución de hábitos nocivos para la salud (alcohol, drogas), manejo de estrés, asistencia periódica a los controles, intervenciones terapéuticas; que involucran la participación de un equipo multidisciplinario. (27)

2.2.2.1 Teoría o modelos explicativos de la adherencia

- Teoría social cognitiva. - El paciente se vuelve más activo y cómplice de su enfermedad, deben de seguir las recomendaciones con una buena comunicación con su médico. Es decir, si la persona no cree que pueda llevar a cabo la conducta, ésta no se realizará aun cuando otros factores estén presentes (comprensión de la enfermedad, apoyo social). (28)

- Teoría de la acción racional. - Conexión de creencias, actitudes, intenciones y comportamientos. El mejor indicador de la conducta es la intención de llevarla a cabo, que a su vez está dada por la actitud y los factores sociales. (28)
- Modelo de creencia sobre la Salud. - El adquirir una conducta de prevención depende del grado de motivación e información, la autopercepción ante la enfermedad, el percibir la condición como amenazante, el convencimiento de que la intervención o tratamiento es eficaz y la percepción de poca dificultad de la ejecución de la conducta saludable. (28)
- Modelo de cambio - Recomienda pasos a cambiar para explicar comportamientos saludables o reducir las conductas de riesgo. Se distinguen cinco etapas de cambio: pre contemplación, contemplación, preparación para el cambio, acción y mantenimiento. (28)
- Modelo de información, motivación y comportamiento. - Información como requisito previo, pero esto por sí solo no es suficiente para cambiar ese comportamiento y motivación. Sino junto con las habilidades conductuales son factores decisivos importantes. La motivación gobierna el comportamiento a través de las habilidades conductuales. (28)

2.2.2.2 Clasificación de la adherencia terapéutica

Generalmente la adherencia va a estar determinada por el comportamiento cumplidor/ no cumplidor y según el periodo de seguimiento.

- Incumplimiento parcial. – Los pacientes a veces se adhieren al tratamiento.
- Incumplimiento esporádico. - incumplimiento ocasional por olvido o dosificación menor por temor a los efectos posteriores.
- Incumplimiento secuencial. – Se deja el tratamiento para ese período sentirse bien y recuperarse cuando aparecen los síntomas
- Cumplimiento de bata blanca. – Esto solo se observa cuando se acerca una cita médica.

- Incumplimiento completo. – Rechazo del tratamiento por tiempo indefinido. Los beneficios del tratamiento son a largo plazo y el costo o las molestias asociadas con el tratamiento se realiza de inmediato. (29)

Formas de no adherencia al tratamiento

- No adherencia impredecible. “Estas son las dosis olvidadas del cambio de régimen. sucede en las personas cuya vida está muy ocupada y dificulta el compromiso.
- Adherencia forzosa al régimen. - El paciente no cumple con el régimen de tratamiento porque no lo entienden y no conocen el significado de la curación.
- La no adherencia inteligente. - Paciente modifica, interrumpe o no inicia sanar conscientemente. Pueden sentirse mejor o tener efectos secundarios, por lo inicia a la fuerza. (29)

2.2.2.3 Factores relacionados con la adherencia al tratamiento

Factores socioeconómicos

Dentro de estos factores se destaca: Estar lejos del lugar de tratamiento, la pobreza, los altos costos de los medicamentos y las intervenciones, el ser mayor de 60 años, las creencias locales sobre el origen de la enfermedad y el analfabetismo o bajo nivel educacional.

Una buena adherencia a las recomendaciones de tratamiento produce en ahorro y restringe el acceso a servicios médicos y costos en caso de progresión de la enfermedad o crisis, así como en la atención médica y uso de medicamentos. Los ahorros se utilizan para mejorar la condición y la calidad de vida del paciente, funcionamiento social, laboral y personal. Los costos del paciente se traducen en pérdidas del poder adquisitivo de la economía familiar para combatir

esta enfermedad y se manifiesta en problemas para comprar medicamentos, alimentos y otras actividades. (30)

Los costes de producción o indirectos son los efectos que se producen sobre el paciente y su red apoyo y tratamiento de la enfermedad, duración y consecuencias a nivel laboral. Entre los que destacan: permisos de trabajo y ausencias, desempleo, muerte prematura y el tiempo de trabajo perdido de los miembros de la familia. Otros costos encontramos cambios en la vivienda, morbilidad y mortalidad temprano. (30)

Factores relacionados al sistema y equipo de intervención sanitaria

Los factores que se vinculan con el sistema y equipo de intervención médica están los asociados a una mala planificación de la atención sanitaria, teniendo en cuenta si el paciente pertenece al sistema de salud público o sector privado, donde la diferencia de costos de trato aumenta al tipo de enfermedad y respuesta individual del paciente a su tratamiento. Similar en el número de especialistas disminuye en relación con el número de pacientes que requieren atención, por tanto, la desigualdad también aparece en el acceso. La mayoría de las tecnologías permiten mejorar atención y se concentra en las grandes ciudades y en un sistema privado, obligando a las personas aisladas a transportarse para que puedan ser atendidas. (30)

Factores relacionados con la enfermedad

Los síntomas son la clave para el diagnóstico y ayudan a mantener la adherencia. El paciente con un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las indicaciones médicas y de enfermería, tienen mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de signos para la acción y su seguimiento de la prescripción no funciona, ya que no hay ningún cambio radical observable. (30)

Factores relacionados (asociados) con el tratamiento

Este tipo de elemento necesita un modo de régimen para el control de horarios y efectos secundarios del tratamiento, por lo que es importante una receta adecuada para Informar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos usados, monitorear continuidad y proporcionar una guía clara sobre el tratamiento y la enfermedad, tanto para el paciente como para su red de apoyo. Los aspectos a considerar incluyen: complejidad, Dosis y efectos secundarios del tratamiento. El tratamiento es más difícil (si esto requiere un cambio en las actividades diarias habituales, tomar otro medicamento, diferencia de tomas), habrá más dificultad relacionada con la respuesta del paciente a la adherencia. (30)

Factores relacionados con el paciente

Representan recursos, conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente. Aspectos psicológicos que interfieren en el proceso de adherencia, motivación y desarrollo, así como el conocimiento que los pacientes tienen sobre su enfermedad y tratamiento, permitiéndoles influir conscientemente en los efectos, riesgo y comportamiento adecuado para hacer frente a la enfermedad. La confianza del paciente relacionado con la percepción de enfermedad, con el riesgo de enfermarse o sentirse mal, influye directamente en el comportamiento para mantenerse saludable. Los factores que influyen en el comportamiento: olvido, estrés psicosocial, exámenes perdidos, estigma, miedo a posibles efectos adversos, baja motivación, conocimientos y habilidades negativas de control y tratamiento; el no tener necesidad de tratamiento, falta de efectividad del tratamiento con creencias Negativa sobre su eficacia. (30)

2.2.2.4 Características que influyen en la adherencia del tratamiento

a. Características del paciente

- Creencias y preferencia del paciente.
- Una actitud sin importancia hacia la enfermedad y/o tratamiento.
- Poco conocimiento hacia la enfermedad.
- Poca confianza de la eficacia del tratamiento.
- Pobre motivación de recuperación de la salud.
- La enfermedad se considera leve.
- Poco conocimiento de las consecuencias.
- Bajo nivel educativo.
- Estatus económico bajo.
- Sentimiento emocional inestable, depresión, personalidad de provocarse la enfermedad.

b. Características del régimen terapéutico

- Múltiples terapias (más de 5 fármaco)
- Tratamientos integrales.
- Falta de comprensión del tratamiento terapéutico.
- Manejo crónico y/o recurrentes en tratamientos.
- Esquemas preventivos en tratamientos.
- Inicio de efectos colaterales.
- Formas farmacéuticas con envases compuestos.
- Conciencia de los riesgo y beneficios.
- Precios de los medicamentos
- Uso oral frente y parenteral.

c. Características de la enfermedad

- Enfermedad asintomática.
- Enfermedad crónica recurrente.
- Enfermedad leve y no complicada.
- Coexistencia de otras morbilidades.

d. Características del entorno familiar y social

- Fallas en la comunicación familiar o social.
- Conflicto de normas familiares, sociales junto con las conductas a seguir.
- Cumplimiento de asistencia en los menores sin la participación de un adulto.
- Vigilancia nula en el cumplimiento de la medicación.
- No contar con antecedentes de la enfermedad en el grupo familiar.
- No contar con nadie.

e. Características de la estructura sanitaria

- Modificaciones del médico que inicio el tratamiento.
- Acceso al centro de salud inadecuado.
- Incremento de tarifas de la atención.
- Mayores atenciones ambulatorios a comparación de los hospitalarios.

f. Características del personal sanitario

- Falta de confianza y cooperación entre el paciente y personal sanitario.
- Especialistas con actitudes y aptitudes de forma negativista (poca empatía).
- Ausencia de instrucciones.
- Lenguaje con características muy técnicas.
- Poca o sin cooperación de los otros profesionales de la salud. (31)

2.2.2.5 Métodos utilizados para medir adherencia

El cumplimiento terapéutico es un proceso influenciado por factores tales como: curso temporal, progresión de la enfermedad, patrón farmacológico y situación estado del paciente. Debido a esto, los pacientes pueden pasar de cumplir a no cumplir y viceversa para el mismo tratamiento. Junto con el dinamismo, es individual, del que depende creencias, actitudes, atribuciones, lugares de control y representación mental sobre la enfermedad de cada paciente. Medir el compromiso es punto importante en la investigación y la práctica clínica, su medición solo arrojará resultados espacio-tiempo limitado para realizar un estudio conductual completo, pues para el cumplimiento es necesario tomar varias medidas durante el curso. Existen dos métodos para medir el cumplimiento: directo e indirecto. Las pruebas directas incluyen la determinación de la concentración del fármaco presente en el líquido, sustancias orgánicas como el plasma, la saliva o la orina (método más fiable) se ven afectadas por la transformación de las medicinas y posibles interacciones. Del mismo modo, encontrar los valores normales del fármaco en plasma el día de la toma de muestras no garantiza la continuidad de la adherencia siempre que se tengan en cuenta el tiempo comprometido, no su comportamiento. Por tanto, el método indirecto, menos fiable para los adherentes, pero más fiable para los no adherentes. Aunque algunas variables influyen en el resultado final, tienen la ventaja de proporcionar más información simple y más barato. En los métodos indirectos, encontramos un informe del paciente u otras personas (familiares, enfermeras y médicos), controlar la eficacia del tratamiento, evaluar efectos secundarios, número de tabletas restantes, presencia a controles y 24 preguntas que evalúan la calidad de vida y la percepción de la enfermedad (Morinsky-Green, Hermes, Haynes-Sacket, IPQ-r, etc.). (30)

2.2.2.6 Intervenciones de enfermería para promover la adherencia

Intervenciones cognitivas

a) Información/ educación al paciente

La educación al paciente es una de las actividades que realiza el profesional de enfermería, que comprende educación individual o grupal, con apoyo de herramientas audiovisuales, verbales, de información, de forma escrita, por teléfono, en el domicilio y en la comunidad. Entre los resultados que relacionan la adherencia del tratamiento con la educación al paciente muestran que es necesario impartir conocimientos al paciente para que puedan modificar sus hábitos de vida e informarles sobre sus tratamientos. (32)

b) Mejora de la comunicación paciente-profesional

La calidad de comunicación con el paciente es un factor importante para mejorar la adherencia que se correlaciona con la adhesión terapéutica, entre las condiciones que se necesita para lograr esta comunicación está el lograr una escucha activa, considerando todo tipo de miedos, creencias, potenciando la participación activa del paciente influenciado por la teoría de la motivación. Hay pacientes que; cuando realizan un acuerdo de las decisiones referente a su salud con el profesional sanitario son más propensos a continuar con las indicaciones, si bien es cierto que una buena comunicación y transmisión de ésta es fundamental no modifica del todo la adherencia en el tratamiento, siendo necesario la insistencia en los beneficios de un buen tratamiento más que los riesgos. (32)

Intervenciones conductuales

Intervenciones de enfermería dirigidas a cambiar o mejorar comportamientos que promueven el cumplimiento y empoderan a los pacientes en la gestión de procesos. Estas intervenciones se centran en el uso de técnicas avanzadas de responsabilidad, autocontrol y

refuerzo del comportamiento. La intervención indirecta es una entrevista motivacional, no produce un cambio de comportamiento, pero sí influye activamente. La intervención directa, se debe al uso de fármacos o a las actividades diarias donde el refuerzo positivo y las recompensas o recordatorios son fundamentales, es importante destacar que llamadas telefónicas y recordatorios de sonido; en donde se muestran que el hábito del cumplimiento está relacionado con el comportamiento. (32)

Intervenciones sobre el tratamiento

En cuanto al tratamiento los pacientes cumplidores son los que tienen establecido terapias sencillas con una sola dosis de forma diaria. La polifarmacia es un factor de la baja adherencia, al igual que la frecuencia y cantidad, la vía de administración influye pues los de vía oral tienen mejor adherencia que los de inhalación; existen pacientes que tienen la necesidad de múltiples tratamientos y llegan a confundirse por ende a no consumirlos. (32)

Las intervenciones se dirigen a mejorar la polimedicación, contando con la participación del profesional, paciente y familia; por lo que el rol de la enfermera es el de realizar una valoración integral, en el que se compruebe dosis, frecuencias y pautas, averiguando el grado de información que tiene el paciente, observando los efectos secundarios, conciliando con los fármacos, reforzando la educación con información escrita de forma legible, clara y promoviendo la continuidad de cuidados. (32)

Intervenciones de apoyo social y familiar

La complejidad y cronicidad del tratamiento sumado al entorno social, contraponen a los hábitos que han de adoptar, sobrepasan las competencias del paciente para dar respuesta al tratamiento (33)

Técnicas combinadas o complejas

La mayoría de intervenciones con resultados efectivos a largo plazo son complejas e incluyen combinaciones como: información clara, recordatorios, autovigilancia, refuerzo, asesoramiento, terapia familiar y otras formas de atención. (33)

Tendencias: formación entre pares iguales

Los tratamientos actuales para las enfermedades crónicas son complejos e ineficaces. Por lo tanto, existe la necesidad de idear métodos innovadores para ayudar a los pacientes a cumplir con los medicamentos prescritos y las terapias adecuadas para cada proceso de enfermedad. Los profesionales de la salud están capacitados para interactuar con los pacientes a través de la escucha activa y la comunicación no crítica de una manera que ayude a desarrollar habilidades de autocuidado, apoyo social y emocional, cambios en el estilo de vida, comprensión y cumplimiento del tratamiento. (33)

La educación en enfermería y el autocuidado son los pilares de la profesión de enfermería.

Acciones para incrementar la participación de los pacientes en la toma de decisiones de su enfermedad

El especialista necesita conocer la opinión del paciente sobre la enfermedad y tratamiento. Para ello se recomienda:

- Informar de forma clara sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento (positivo y negativo).
- Entender lo que el paciente desea en su tratamiento.
- Saber hablar y prestar atención al paciente, no discreparlo en sus preferencias.
- Recomendar al paciente en la toma de decisiones con posibles riesgos y en los beneficios.
- Aceptar que:

- El usuario valora los diferentes riesgos, beneficios y efectos colaterales.
- El usuario tiene derecho a decidir no ingerir su medicamento.
- Es necesario que el usuario o su cuidador cuente con una lista de los fármacos que toma (considerando la distribución sin receta), como también de alergias y efectos indeseados.

Si decide no tomar o dejar de tomar el medicamento es perjudicial, por lo que se debe elaborar un registro en la historia del paciente donde se considera la información sobre riesgos y beneficios que se le ha proporcionado. (33)

Los pacientes necesitan ayuda para usar su medicamento correctamente. Y la forma de hacerlo es aumentar su conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, o hacer cambios en el mismo tipo o modo. Cabe señalar que la complejidad es que los pacientes deben ajustar la dosis de acuerdo con su rutina diaria, pues es de más importancia que la del ya establecido. De todos modos, medidas para mejorar el cumplimiento debe discutirse con el paciente, teniendo en cuenta sus problemas y necesidades individual.

- Si el paciente muestra incumplimiento, averigüe si fue intencional.
- Se deberá analizar creencias y preocupaciones sobre su tratamiento farmacológico.
- Debido a que no es concluyente la evidencia, las acciones deben ser dirigidas a los problemas encontrados, pueden incluir:
 - Animar al paciente de tener un registro del uso de los fármacos.
 - Participación del paciente en el seguimiento de la enfermedad
 - Simplificación del régimen de dosificación.
 - Cambio de empaque de medicamentos.
 - Uso de pastilleros y sistema de dosificación personal.
- Si el problema está relacionado con los efectos secundarios:

- Debatir con el paciente los beneficios y efectos negativos, así como las consecuencias a largo plazo de la medicación y preferencias del paciente para el manejo del efecto adversos.
 - Considere ajuste de dosis, cambios de medicamento y otras estrategias como cambiar el tiempo de administración.
- Preguntar al paciente si el costo de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo. (33)

Aspecto a tener en cuenta antes de las intervenciones

- No culpe al paciente.
- Intervención individual.
- Fortalecer las relaciones con los pacientes.
- Aplicar principios de la autonomía del paciente y en la toma de decisiones compartida. – Después de recibir la información adecuada, tiene derecho a decidir no tomar el fármaco o dejarlo, incluso si el profesional de la salud no acepte con su decisión.
- Recuerde que las intervenciones para mejorar el cumplimiento son un medio para lograr el objetivo final de mejorar el control de la enfermedad. – falta de privacidad y autonomía, aumento de los efectos adversos.
- Colaborar de manera multidisciplinaria. - Prevenir la detección y abordar la falta de adherencia a la terapéutica no es parte permanente del médico. El personal de enfermería es necesario, ya que proporciona un entorno ideal para la recepción de información sobre los temores y disgustos culturales o personales del paciente. (33)

2.2.2.7 Dimensiones de la adherencia terapéutica

Dimensión 1: Factores socioeconómicos

Dimensión que representa el nivel más bajo de impacto, sin embargo, se encuentra que una serie de factores, como el bajo nivel educativo y el escaso apoyo social, contribuyen a una adherencia escasa. En otros estudios, la edad se asoció con un nivel socioeconómico relacionado con la capacidad de una persona para pagar los servicios médicos. El núcleo de la familia inadecuado, no evidencia apoyo de los familiares, con medios de transporte, comida, dinero y crear un ambiente que al desalentar el comportamiento con las pautas acordadas terminan en una mala adaptación a los procesos de tratamiento. En este contexto, se observa un aumento del intercambio migratorio, los usuarios inmigrantes y no nativos de la ciudad de residencia debilitan la posibilidad de tener acceso directo a terapias de atención médica. (30)

Dimensión 2: Factores relacionados con el paciente

Cuando se observa mala adherencia, es el paciente el más afectado, quien está en el punto de partida. El diagnóstico de una enfermedad crónica puede convertirse en un evento destructivo que obliga a reorganizarse diferentes aspectos de su vida. Esto significa la necesidad de recibir y procesar nueva información y comenzar a interactuar con nuevas circunstancias de las que en un sentido de continuidad los distingue de las actividades diarias que crean incertidumbre. (30)

Una de las características en esta dimensión es la susceptibilidad de cambio que puede presentarse con el transcurrir de las experiencias en el servicio de salud y el tiempo del tratamiento, dado que factores como: el conocimiento, la comprensión, el interés sobre el tratamiento y la actitud ante la necesidad del fármaco junto con los intervalos pueden variar fácilmente de acuerdo con circunstancias. (30)

Algunos factores de barreras en la adherencia en el paciente son: olvidos, estrés psicosocial, ansiedad por posibles efectos adversos del medicamento, baja motivación, inadecuado conocimiento y habilidades de afrontamiento a la enfermedad, sus síntomas y tratamiento, poca

comprensión y negación de la enfermedad, no creer en los diagnósticos, déficit en la percepción del riesgo en salud asociados a la enfermedad, inadecuado entendimiento de las instrucciones del tratamiento; falta de aceptación del monitoreo, baja expectativa, inasistencia a los seguimientos o a la consejería, o psicoterapia motivacional o conductual, desesperanza o emociones negativas, frustración hacia los profesionales de salud, miedo y dependencia, ansiedad sobre la complejidad del régimen del medicamento y sentirse estigmatizado por la enfermedad. (30)

Las limitaciones sensoriales, como la audición, y la visión también son importantes., se ha observado que pueden interferir en la correcta asimilación de la información sobre tratamiento y decisión. La calidad con la que se procese la información para recordar la asistencia a una cita o el momento para tomar un medicamento depende en parte del nivel cognitivo de la persona (atención y memoria), generando problemas de discapacidad intelectual o problemas del aprendizaje. (30)

La relación costo-beneficio de la persona con el tratamiento que necesite y la confianza frente al mismo pueden determinar su motivación hacia la aceptación y el cumplimiento del régimen. (30)

La decisión de tomar o no un medicamento está relacionado con los cuatro factores: importancia del tratamiento, percepción de los riesgos enfrentados a la consecuencia de la enfermedad, la fiabilidad de la acción del fármaco y la de aceptar los cambios que implica el tratamiento en la vida del paciente. Por ello, el grado Conocimientos y creencias de los pacientes sobre la enfermedad, motivación, y la capacidad de hacer cambios en el estilo de vida para manejar la enfermedad, junto con el efecto terapéutico esperado y los resultados de mala adherencia son elementos necesarios para la adherencia. Saber el manejo de medicamentos, como ingerirlos y los posibles efectos secundarios desempeñan un papel para la adherencia. Los pacientes califican los efectos secundarios y cómo puede impactar negativamente, es importante considerar que la calidad,

la forma de informar la enfermedad y uso del tratamiento afectará el proceso de mejora. Asimismo, si alguien tiene la intención de adherencia al tratamiento, el analfabetismo impide la propia capacidad de tomar una decisión y hacer las medidas necesarias para recuperarse. (30)

En la adherencia existe fallas que el usuario atraviesa que se presentan por: no iniciar el tratamiento o la suspensión del mismo, por el abuso, combinación y/o suministro inadecuado, ya sea de medicamentos prescritos o de venta libre, en el caso de la automedicación se presenta por un desconocimiento sobre los fármacos; todo esto implica una barrera que imposibilita la adherencia, debido a que en algunas ocasiones las personas no tienen la información acerca del riesgo que hay en el consumo de determinados medicamentos de venta libre y conllevar a que se presenten eventos adversos en el funcionamiento del fármaco. (30)

Las creencias tienen cinco componentes principales: identidad (contenida en el nombre y los síntomas percibidos), causa (la idea sobre las razones de aparición de la enfermedad), línea de tiempo (la duración esperada, si es crónica, aguda o episódica), consecuencias (ideas asociadas a los resultados tanto a corto como a largo plazo) y cura (la efectividad del tratamiento). (30)

A medida que el tratamiento fallido sea más largo, existen casos en los que la persona desarrolla una predisposición aversiva hacia estos, tanto a nivel físico como a nivel mental, de tal forma que los antecedentes personales de no adherencia constituyen un factor de riesgo. (30)

Dimensión 3: Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria.

Existe una relación entre la satisfacción del paciente y trato recibido en el ámbito de la salud. Desde la perspectiva del paciente, se hacía referencia al trato no personalizado porque se decía que al equipo médico no le importaba tener en cuenta las necesidades y preferencias de cada paciente. Por otro lado, los profesionales de medicina se enfrentan a las barreras de falta de tiempo,

poca ventaja económica, inadecuada información, capacitación, y oportunidades para desarrollar estrategias terapéuticas basadas en la evidencia. El número limitado de consultas y tiempo dificulta dar explicaciones claras, explorar creencias sobre la salud u otros factores pueden ser importantes.

Identificar las alteraciones inducidos por el tratamiento en la adherencia, tales como; bajo cumplimiento no detectado, ocurrencia y empeoramiento de casos, y cuando el medio ambiente y necesidades médicas son por encima de las necesidades del paciente. El tener una brecha considerable en la relación terapéutica (relación profesional de la salud-paciente) con comprensión y acciones orientadas a los logros terapéuticos es un factor de baja adherencia; producto de interacciones negativas. (30)

El papel del profesional de la salud en la relación terapéutica es fundamental para el cumplimiento del tratamiento y se observa en la toma de decisiones cuando se negocia. En la adherencia se toman acciones que van desde: la aceptación del paciente al tratamiento, la participación de la familia y cuidadores, hasta la identificación de factores y procedimientos que mejoren la relación con el paciente. (30)

Entre las barreras económicas a la compra y uso de medicamentos, así como las sugerencias pueden ser una forma equivocada y arriesgada de hacerlo. Otra habilidad del profesional de la salud es la capacidad de evaluar el nivel de adherencia. Una comunicación efectiva va de la mano con la toma de medicamentos y cambios de estilo de vida, mediante el uso de un lenguaje sencillo, que tenga en cuenta la capacidad de comprensión del paciente, utilizando una comunicación que no genere confusión a la persona. (30)

Una limitante en la adherencia es el servicio de salud fragmentado, por el cambio de profesional de la salud a cargo, siendo los encargados de hacer los ajustes del tratamiento; del mismo modo la poca disponibilidad de tratamiento por; las cantidades de los medicamentos, los tiempos de entrega y el requisito obligatorio del sello del personal. (30)

Dimensión 4: Los factores relacionados con el tratamiento

En caso de adherencia al tratamiento, el paciente que sólo necesita el manejo oral parece estar más involucrado, a diferencia de aquellos que necesitan combinación de medicamentos orales e inyectables. Además, cuando las recomendaciones de tratamiento contribuyen a cambios radicales y dramáticos en los hábitos alimenticios existe el riesgo de una mala adherencia. Factores que impiden el cumplimiento notamos: mucho tiempo, régimen de dosificación difícil, efectos secundarios de la medicina que causa malestar y afecta la calidad de vida del individuo, el grupo de tratamiento (alto riesgo de muerte); diferente a los sedantes y Antidepresivos. La polifarmacia surge por un control insuficiente en los medicamentos y son el resultado de tratar de controlar sus efectos secundarios. Los medicamentos con efectos secundarios potenciales se multiplican a medida que se vuelven más complicados en tratamiento. Los efectos secundarios de los medicamentos se entienden como consecuencias a efectos adversos, por lo que el seguimiento continuo es ideal para prevenir cambios debido a cambios en la tolerancia. (30)

Dimensión 5: Factores relacionados con la enfermedad

Esta dimensión indica las características de la enfermedad. Se mencionan como ausencia de síntomas y mejoría crónica, como situaciones en el que el paciente se sienta menos motivado para continuar el tratamiento. Las comorbilidades causan gran dificultad en la implementación del tratamiento; este es el caso de la diabetes, que suele ir acompañada de hipertensión, obesidad y depresión. De manera similar, se ha argumentado que puede haber una relación significativa entre el dolor no calmado y la falta de adherencia. (30)

2.2.3 Trastorno límite de la personalidad (TLP)

Conocido como trastorno límite. El manejo y tratamiento es uno de los problemas de salud mental más difíciles. En la práctica clínica, su diagnóstico no es fácil y la sensación general es que está infradiagnosticado o sobrediagnosticado. Aun así, los pacientes actualmente diagnosticados

han ocupado espacio en la salud mental, Sin embargo, si se mejoraría el conocimiento y las formas de filtrar estos trastornos en la población, especialmente entre los adolescentes los resultados del tratamiento serán mejores. (34)

Definición del trastorno límite de la personalidad (TLP)

Una característica importante del TLP es la inestabilidad constante en las relaciones, escasas habilidades de comunicación, afecto y autoestima, y poco control de los impulsos, aparecen en la edad adulta temprana y están presentes en muchas áreas de la vida. El trastorno límite de la personalidad causa una angustia significativa y provoca Inestabilidad social, ocupacional y funcional. Este trastorno se asocia con una alta tasa de Comportamientos autodestructivos como intentos de suicidio y suicidio. (34)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (IV Edición), los criterios de diagnósticos son los siguientes:

- Un patrón de relaciones interpersonales inestables y estresantes caracterizado por la alternancia entre la idealización y la devaluación.
- Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente peligrosa para el mismo individuo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción peligrosa, etc.).
- Inestabilidad emocional debida a reacciones anímicas pronunciadas (episodios de irritabilidad severa, irritabilidad o inquietud).
- La ira es inapropiada e intensa o difícil de controlar (mostrando frecuentemente irritabilidad, mal humor constante, peleas repetidas).
- Forma de comportarse con intentos o amenazas suicidas recurrentes o de autoagresión.
- Cambios en la identidad; poca estabilidad de la autoimagen y/o del sentido del mismo.

- Sentimientos de vacío o de aburrimiento. Esfuerzo por contrarlar el abandono real o imaginario.
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. (34)

2.2.3.1 Factores de predisposición

La aparición de un trastorno de la personalidad en un individuo siempre estará causada por el desarrollo y la suma de diferentes factores (genéticos, perinatales, del desarrollo, de temperamento, estilos educativos, etc.), que, si bien no pueden considerarse causales, sí que implican factores de riesgo para sufrir un trastorno límite de la personalidad (TLP). (34)

a. Trastornos psicopatológicos: que se inician en la infancia La hiperactividad constituye un marcador central de la mala adaptación general a la etapa adulta. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad junto con otras variables como malas relaciones familiares por lo que se define mejor, no hay límites y posibles traumas infantiles implicado en el desarrollo posterior del trastorno límite de la personalidad. un segundo diagnóstico asociado con el desarrollo de este trastorno es trastorno negativista desafiante, caracterizada por negatividad, ira, problemas de conducta, hostilidad e imposible adaptación. (34)

Hecho de vida y acontecimientos psicosociales:

- Deficiencias emocionales y relaciones distorsionas la primera etapa de vida.
- Los estilos y actitudes parenterales, relacionados o no con los trastornos psicológicos que predispone al inicio del trastorno.
- Desestructuraciones y disfunciones familiares graves que inciden directamente en los estilos de comunicación familiar. (34)

2.2.3.2 Los trastornos de personalidad según el DSM-5

Clúster A (Raros/excéntricos Introversos, déficit social, desvinculados. Baja dependencia de recompensa).

Trastorno paranoide de la personalidad. - Dudas de los demás y malentendidos de su actitud. Protector, desconfiado, suspicaz, cauteloso. Siempre estás buscando pruebas que confirme sus sospechas sobre el acecho o motivos ocultos de otra persona. (34)

Trastorno esquizoide de la personalidad. - Genera distancia y alejamiento en las relaciones interpersonales. Apatía, indiferencia, distante, soledad. Poca conciencia de sus sentimientos o ajenos o avaricia. (34)

Trastorno esquizotípico de la personalidad. - Disminución de la capacidad para comunicarse con los demás, con extrañas distorsiones conductuales y cognitivas. excéntrico, extraño, ausente, superstición. Estilo y comportamiento característicos (extravagante). Extrañas creencias. La diferencia entre la realidad y la fantasía está poco definida. (34)

Clúster B (Dramáticos/emotivos Impulsivos, extroversos, emocionales, llamativos, inestabilidad social e interpersonal). (34)

Trastorno antisocial de la personalidad. – Descuidar a los demás y sentirse decepcionado. El comportamiento comienza antes de los 15 años. Impulsivo, irresponsable, consentido, fuera de control. Actúa sin mirar a los demás. Sólo cumple con las obligaciones y normas sociales cuando sirve a su propósito. Se le considera libre e independiente.

Trastorno límite de la personalidad. – Inestabilidad crónica de la autoestima, en estado de ánimo y relaciones interpersonales. Impredecible, manipulador, inestable. Temor al abandono y soledad, Cambios de humor. Se considera a sí mismo y a los demás como perfectamente buenos o, por el contrario, malos.

Trastorno histriónico de la personalidad. – Demasiado emocional y anhelante de atención.

A menudo provocativo. Dramático, seductor, frívolo, superficial. Usar fanfarria para llamar la atención y el apoyo. Se le considera atractivo y encantador.

Trastorno narcisista de la personalidad. – Grandeza, necesidad de ser admirado y falta de sensibilidad a los sentimientos de los demás. Egoísta, arrogante, inaccesible; imagina éxito, belleza o victoria. Se considera excelente y merece un trato especial.

Clúster C (Temeroso/ansioso Conflicto interpersonal e intrapsíquico. elevada evitación del daño).

Trastorno evasivo de la personalidad. – Inhibiciones sociales, sentimientos de incompetencia e hipersensible a la crítica. Duda, confusión, ansioso e inquietud. Estrés en situaciones sociales por miedo al rechazo. Se considera incompetente, poco atractivo. Sentimiento de soledad, vacío

Trastorno de personalidad dependiente. - Comportamiento sumiso y a una excesiva necesidad de cuidados. Indefenso, incompetente, sumisa, inmadura. Evitar el deber. Se ve débil y frágil. Busa siempre el apoyo de personas más fuertes

Trastorno obsesivo de la personalidad. – Se preocupa por el orden, el perfeccionismo y una sensación de control. Equilibrado, respetuoso, juicioso, rígido. Estilo de vida con principios. Sigue las convenciones, reglas y las jerarquías sociales. (34)

Rasgos explicativos de las cuatro teorías principales del trastorno límite de la personalidad.

- La agresión excesiva de Kernberg (1967). - considera a la agresión “instinto humano básico”. Puede ser causa por la genética o frustraciones excesiva durante la infancia. Se reprime defensivamente, se dirige hacia sí mismo o se proyecta sobre los otros.
- Trastorno afectivo de Linehan (1993). - Mala regulación emocional, generando alteración neurobiológica, como emociones tan intensas y prolongadas. Esto se presenta cuando las experiencias de la infancia no son validadas (aceptadas).

- La baja conciencia de Fonagy (2002). – No reconoce los estados mentales en usted mismo o los demás. Ocurre durante la infancia, debido a una crianza inadecuada, los niños identifican y expresan sentimientos.
- Hipersensibilidad interpersonal Gunderson (2008). – La hipersensibilidad interpersonal excesiva tienen una disposición genética. El niño percibirá cada frustración como muy estresante, desencadenando experiencias disociativas o paranoides o actos impulsivos. (34)

2.4.4 Criterios para el diagnóstico de los trastornos de personalidad según el DSM-5

- Patrón que aparece en dos o más de las siguientes áreas:
 - Cognición. - Forma de percibirse o interpretarse a uno mismo, a otra persona o cosa a suceder.
 - Afectividad. – Gama de respuestas emocionales, intensidad, labilidad, estabilidad y plenitud.
 - La función de las relaciones interpersonales, como interactuar con los otros
 - Control de las emociones.
- Los estereotipos fijos son inflexible y comunes en situaciones personales y grupales.
- Patrones de malestar o disfunción en áreas claves de la función del individuo (social, laboral).
- El patrón es estable y de larga duración, su inicio puede establecerse en la adolescencia o al principio de la edad adulta. (34)

Abordaje terapéutico y atenciones de enfermería en pacientes con trastorno límite de personalidad.

Existen dos tipos de tratamientos: el tratamiento farmacológico, que es utilizado para sintomatología específica, y el tratamiento psicoterapéutico, que también se considera indispensable en el tratamiento. (35)

Cuidados de la Enfermería

- Se concentra en satisfacer sus necesidades. Refiere que la administración de medicamentos y dispensación son constancia; La atención rutinaria como la inserción de sonda nasogástrica para el lavado gástrico o vendaje de heridas en caso de intoxicación y autolesión.
- En una emergencia, cuando el paciente está nervioso o agitado, primero se debe tranquilizarlo con una actitud positiva y empática. Llevándose por diversos métodos: controlar el comportamiento mediante técnicas psicológicas por ejemplo la desescalada o desactivación verbal y en último recurso, hechos extremos la sujeción o restricción física.
- Las intervenciones psicológicas a corto plazo por parte del personal (Enfermería, psiquiatría) son útiles en las unidades de urgencias en fases agudas de pacientes límites de la personalidad. Se disminuye riesgos autolítico y empeoramiento de los síntomas, mejora la calidad de vida.
- Cuando los pacientes ven síntomas de rechazo en el trastorno límite de la personalidad (TLP) aumenta el riesgo de heteroagresividad. La Enfermera deberá de utilizar formas que el paciente interprete como aceptación y no de rechazo.
- Debe de haber un control adecuado sobre la transmisión de información positiva. También debe de haber una transferencia emocional del profesional respecto al paciente y éste debe de ser positiva (ayuda a reforzar la relación terapéutica).
- Habrá optimización de la administración de los cuidados, por ende, mejoría de la sintomatología del paciente.
- El paciente con trastorno límite de la personalidad (TLP) son demasiado sensibles a su entorno, las reacciones del personal de Enfermería suelen parecer exagerados para estos pacientes. Las reacciones negativas de Enfermería parecer perturbar la concentración y ser negativas tanto para el paciente como para el profesional.

- Puede haber vigilancia clínica de Enfermera de salud mental proporcionando conocimientos para generar: el apoyo emocional, supervisión, mejorando la calidad de la atención estos pacientes.
- El estigma social a los pacientes con estos diagnósticos impide una buena relación terapéutica, por lo que repercute a un inadecuado cuidado de Enfermería.
- La supervisión clínica de una enfermera de salud mental al mismo tiempo proporciona supervisión y dirección para la calidad de la atención a los pacientes con TLP. (36)

El profesional de enfermería como parte del desarrollo de la profesión hace uso del conocimiento científico; Por la especificidad de la atención que brinda, está íntimamente relacionada con la evolución del paciente con problemas de salud mental, aportando al cuidado de éstos y familias intervenciones con calidad, mejorando el fomento de la salud mental, la enseñanza, el mantenimiento terapéutico y la colaboración interdisciplinaria con otros proveedores de atención de salud. Estas funciones establecidas de la enfermería se enmarcan en la práctica de la enfermería de salud mental psiquiátrica, y son recibidas en forma positiva por los pacientes y sus familias, por lo que se debe velar que se lleve a cabo un procedimiento correcto, sin complicaciones, educando al paciente y familia para que sea consciente y esté más informado sobre su enfermedad. (37)

Teorías de Enfermería

A. La enfermera, Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS): El comportamiento está motivado por el deseo de alcanzar la felicidad y el potencial humano. Este modelo permite entender el comportamiento de la salud humana y guiar a las generaciones el comportamiento saludable que interferirá con la modificación del comportamiento de las personas, cambiando actitudes y motivaciones para actividades de buena salud. Señala cuatro requisitos para que aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo

que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta); además la conducta es racional, que el componente motivacional para conseguir un logro es la intencionalidad, es decir cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. (38)

B. Virginia Henderson, parte que; todas las personas tienen necesidades básicas que deben ser satisfechas cuando se encuentran sanas y tienen los suficientes conocimientos para ello, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente). Cuando uno de ellos no está satisfecho porque a la gente le falta algo o algo falla, surgen problemas de salud (adictos). Es aquí cuando el enfermero(a) asista o sustituya a una persona que satisfaga estas necesidades, a través de los cuidados primarios de enfermería, elaborados a partir de un plan de cuidados en base a las necesidades del paciente. Situación de adicción ocurre en diferentes etapas de la vida por muchas razones, por ejemplo, físicas, psicología, sociología o falta de conocimiento. Las percepciones de la enfermedad son patrones organizados de pensamiento que se generan en respuesta a una amenaza para la salud. (39)

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de la enfermedad con la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz,2023.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de la enfermedad con la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz,2023.

2.3.2 Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión percepción de síntomas y representación de la enfermedad de la percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión control de la enfermedad de la percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión conocimiento sobre la enfermedad de la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Este trabajo se basará en un método deductivo hipotético basado en una teoría general. Se contextualizará en el trabajo de enfermería a partir de dos variables de investigación: percepción enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad, su objetivo determinar las relaciones que pueden existir con sus dimensiones

a) Método hipotético – deductivo:

Es responsable de cumplir las condiciones (hipótesis) destinadas a probar el fenómeno o características de un objeto que existe o es observado, infiere y analiza variables deductiva como inductivas y le permite probar conclusiones relevantes. Esta metodología sigue un camino para resolver un problema, planteando una hipótesis, que se comprobará, con el fin de obtener las conclusiones del experimento. (40)

- **Método deductivo:** Método infiere un hecho o fenómeno partiendo de teorías y principios generales, hacia los particulares. Se emplea en el análisis de los resultados obtenidos de la percepción de la enfermedad con respecto a la adherencia al tratamiento. (41)

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, se utilizará la recopilación de información con el propósito de comprobar las hipótesis mediante procedimientos estadísticos, realizando la medición de las variables percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento, usando las herramientas estadísticas. (42)

3.3. Tipo de investigación

Investigación de tipo aplicada porque utiliza las variables de: percepción de enfermedad y adherencia al tratamiento, en el que existe una causa y efecto, para posterior ser correlacionadas.

Aplicada

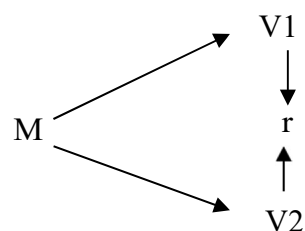
Busca una generación de conocimiento arraigada en un hecho, si tiene el mismo resultado en otra población, su fin es conocer más sobre un determinado fenómeno desde una teórica y no responder el problema. Proceso que modifica el conocimiento teórico en conceptos, prototipos y productos consistentes. (43)

La investigación aplicada en entornos clínicos debe proporcionar soluciones a los problemas de salud. Esto requiere de un cambio en la forma de trabajar clásica en el campo de la investigación, pues esto implica una flexibilización absoluta del esfuerzo investigador que permita la adaptación continua a estas necesidades. (44)

3.4. Diseño de la investigación

El diseño del estudio no es experimental ya que las variables no se verán afectadas. sin la manipulación de los investigadores, se observarán en su curso natural para determinar la relación. El nivel de investigación es de corte transversal pues los datos se recolectarán en un momento único con el objetivo de describir las variables e interrelacionarlas en un momento determinado. (41)

La investigación cuenta con el siguiente diagrama:



Donde:

M: muestra

V₁: Adherencia al tratamiento.

V₂: Percepción de la enfermedad.

r: Coeficiente de Correlación.

Según el alcance una investigación descriptivo correlacional. Busca determinar el grado de relación entre variables o las relaciones que intervienen en un fenómeno. Implican el cálculo de un coeficiente de correlación, asociando las variables. (42)

La presente investigación estudiará la relación entre percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, huaraz,2023.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población:

La población de este proyecto de investigación incluirá a 80 pacientes con diagnóstico con trastorno límite de la personalidad que acuden a la Unidad de hospitalización en salud mental del Hospital para atención en el año del 2023.

critérios de Inclusión

- Pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad que acuden al hospital para atención durante el período comprendido de enero-agosto del 2023.
- Pacientes que ingresan a la unidad de hospitalización diagnosticados y con tratamiento de trastorno límite de la personalidad.
- Pacientes con consentimiento de participar de la investigación.
- Pacientes con 18 años a más.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diferente diagnóstico.
- Pacientes que no se encuentra en el período del tratamiento prescrito.
- Pacientes que no consintió encontrarse en el estudio.

3.5.2. Muestra

En este caso se ha considerado incluir a toda la población, 80 pacientes que acuden al hospital con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

N= 80

3.5.3. Muestreo

Muestreo no probabilístico o por conveniencia, refleja la realidad del problema de centrada en la percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento.

3.6. Variables y operacionalización.

3.6.1 Variable

➤ Variable dependiente:

V1: Percepción de la enfermedad

➤ Variable independiente:

V2: Adherencia al tratamiento.

3.6.2 Operacionalización de variables.

Matriz de operacionalización de las variables:

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (nivel o rangos)
V1 Percepción de la enfermedad	Es una representación cognitiva que influye directamente en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y su comportamiento para hacer frente a esta.	Es la representación cognitiva que influirá en la respuesta emocional del paciente a su enfermedad y su comportamiento para hacer frente a esta, de los pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz. Considerando 3 dimensiones: Percepción de síntomas y representación de la enfermedad, Control de la enfermedad, Conocimiento sobre la enfermedad.	1. Percepción de síntomas y representación de la enfermedad. 2. Control de la enfermedad. 3. Conocimiento sobre la enfermedad.	- Consecuencias. - Identidad. - Preocupación. - Representación emocional. - Control personal. - Control tratamiento. - Línea de tiempo. - Comprensión.	Ordinal	Los 8 primeros ítems evalúan mediante una escala de 0 a 10 puntos en función del grado de acuerdo con el enunciado propuesto. El último ítem, causas es de respuesta abierta y se evalúa citando las 3 respuestas más importantes que cree que causaron la enfermedad. Los resultados se expresan con la suma de los 8 primeros ítems, obteniendo. Escala valorativa final: no amenaza para el paciente = 0 puntos. máxima amenaza de la enfermedad para el paciente = 80 puntos.
V2 Adherencia al tratamiento	Implica obediencia del paciente y genera autoridad al personal de la salud, es como una relación de ambos en el que el paciente aprende a tener responsabilidad en su tratamiento.	Implica obediencia del paciente con trastorno límite de la personalidad, del hospital, Huaraz y genera autoridad al personal de salud, es como una relación en el que el paciente aprende a tener responsabilidades en su tratamiento. Presenta las siguientes dimensiones: Factores socioeconómicos, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad	1. Factores socioeconómicos. 2. Factores relacionados con el paciente. 3. Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria. 4. Factores relacionados con el tratamiento. 5. Factores relacionados con la enfermedad.	-Toma / ingesta adecuada de medicamentos. -Toma / ingesta adecuada de medicamentos. -Toma / ingesta adecuada de medicamentos. -Toma / ingesta adecuada de medicamentos. -Toma / ingesta adecuada de medicamentos.	Ordinal	Consta de 7 ítems con alternativa de respuesta dicotómica SI/NO, y una pregunta en escala tipo Likert de cinco puntos. Los 7 ítems iniciales se formulan para evitar el sesgo de decir sí, ya que existe una tendencia de los pacientes a dar respuestas positivas a sus médicos. La pregunta 5 es la única cuya respuesta correcta es sí. Escala valorativa final: Alta adherencia = 8 Adherencia media = 7 o 6 Baja adherencia = menor a 6

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se empleará en la investigación será la encuesta, que es empleada en estudios cuantitativos y descriptivos, su uso sencillo y comprensión para su aplicación en estudios de investigación ayuda a su aceptación de parte de los investigadores, permitiendo la obtención de valores cuantitativos y de las peculiaridades de la muestra de forma eficiente y eficaz posible.

(48)

Los instrumentos son dos cuestionarios, uno para medir la variable percepción de la enfermedad, debidamente contextualizado por Cruzado (22), en el 2020 y el otro cuestionario para medir la variable adherencia al tratamiento, contextualizado por Lucho (17), en el 2018.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Para la primera variable: Percepción de la enfermedad, de los pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz, se medirá con el "El cuestionario breve de percepción de la enfermedad", que fue adaptado para el ámbito por Cruzado (22), en 2020, en su estudio denominado, "Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del cuestionario de percepción de enfermedad".

Ficha técnica 1

Denominación: cuestionario para medir la variable percepción de la enfermedad.

Autor: Cruzado (2020)

Ejecución: individual

Duración: 30 minutos

Población de aplicabilidad: Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Descripción: El instrumento utilizado fue el Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ), el cual mide la percepción de la enfermedad en los participantes. Este instrumento de medición está conformado por 9 ítems; de los cuales 8 ítems se miden utilizando una escala de 0 a 10, y un ítem (El número 9) corresponde a la causalidad. El ítem de causalidad analizara la causa que asigna el paciente a su enfermedad. El Brief Illness Perception Questionnaire está conformado por 3 dimensiones: Percepción de síntomas y representación de la enfermedad (ítems 1, 5, 6, 8), control de la enfermedad (ítems 3, 4), conocimiento de la enfermedad (ítems 2,7), además se les pide también que el paciente mencione 3 factores causales que son lo más importantes de su enfermedad (ítem 9). El BIPQ tiene nueve ítems que resume el contenido de cada sub escala del IPQ, instrumento del cual se deriva. (22)

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos: El instrumento Brief Illness Perception Questionnaire, ya fue utilizado en nuestra realidad peruana, habiéndose sometido el mismo a pruebas de validez y confiabilidad que permitan garantizar la obtención de resultados fiables. En el estudio de Bazán y colaboradores (13), que realizaron su estudio sobre la percepción de la enfermedad en hipertensos, la validez del constructo fue realizada por análisis factorial mediante la extracción de componentes principales con el método de rotación VARIMAX, donde la varianza fue adecuada (61,46%) La confiabilidad se obtuvo a través del coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue 0.67 (22).

Dimensiones: Percepción de síntomas y representación de la enfermedad, Control de la enfermedad, Conocimiento sobre la enfermedad.

Para la segunda variable: Adherencia al tratamiento, de los pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz, se medirá con el "El cuestionario Morisky Medication Adherence Scale", que fue adaptado para el ámbito por Lucho (17), en 2018, en su estudio denominado, "Adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el centro de salud mental comunitario, San Gabriel".

Ficha técnica 2

Denominación: 8-item Morisky Medication Adherence Scale

Autor: Lucho R. en el 2018

Ejecución: individual

Duración: 30 minutos

Población de aplicabilidad: Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Descripción: El cuestionario SMAQ surge como una modificación del cuestionario Morisky-Green, para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Está basado en preguntas al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación y validado para la medida de adherencia en pacientes en tratamiento con antirretrovirales ($\alpha=0,75$) y en pacientes trasplantados. Consta de 6 preguntas, que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Las cuatro primeras de carácter dicotómica: SI/NO. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa, asignándose un porcentaje de cumplimiento según la respuesta. SMAQ mostró una sensibilidad del 72% y una especificidad del 91%. (17)

Versión ampliada del MMAS-4(MAQ), con 4 ítems adicionales que analizan el comportamiento de la toma de medicación en pacientes hipertensos. Formado por 8 ítems que miden un comportamiento específico de toma de medicamentos. Facilita la identificación de barreras y comportamientos asociados con la adherencia a los medicamentos para la HTA. Además, esta nueva versión proporciona información sobre conductas involuntarias como la falta de memoria o intencionales como incumplir por los efectos secundarios. La nueva versión consta de 7 ítems con alternativa de respuesta dicotómica SI/NO, y una pregunta en escala tipo Likert de cinco puntos. Los 7 ítems iniciales se formulan para evitar el sesgo de decir si, ya que existe una tendencia de los pacientes a dar respuestas positivas a sus médicos. La pregunta 5 es la única cuya respuesta correcta es sí. La escala MMAS-8 está disponible en 33 idiomas¹⁵ y ha sido validado para diversas patologías. La medida de la adherencia con la escala de 8 ítems demostró ser confiable (alfa de Cronbach=0,83). Presentó una buena validez concurrente y predictiva. La especificidad fue 53% por lo que presenta un rendimiento moderado para identificar pacientes que no tienen problemas con la adherencia. (17)

Dimensiones: Factores socioeconómicos, factores relacionados con el paciente, factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, Factores relacionados con el tratamiento, Factores relacionados con la enfermedad.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Autorización y coordinación para la recolección de datos

Para ello se realizará una coordinación inicial con el director del hospital y así se pueda ingresar al nosocomio, posterior al jefe de la unidad de hospitalización de salud mental para conocimiento del trabajo de investigación que se llevará a cabo; y mediante un documento de

presentación de la Universidad se gestionará el permiso para la aplicación de las herramientas (instrumentos).

3.8.2. Aplicación de los instrumentos para recolectar datos

Los profesionales de enfermería de la unidad de hospitalización en Salud Mental y Adicciones aplicarán ambas herramientas de recopilación (cuestionario), después de que el paciente haya aceptado y firmado el consentimiento informado, respetando la confidencialidad del paciente.

3.8.3. Métodos de análisis estadístico

Se desarrollará una tabla matriz para organizar los datos de recopilación en curso. Luego la información se llevará al Software SPSS con el propósito de llevar a cabo las estadísticas descriptivas como inferenciales. En la etapa de descripción se desarrollarán tablas y figuras para visualizar cada variable los niveles alcanzados y tamaño. En la fase inferencial se comparan las hipótesis lo que permita determinar el grado de dependencia entre las variables.

3.9. Aspectos éticos

La investigación se realizará de acuerdo con el código de ética y deontología de enfermería por lo que será tomar en cuenta los principios bioéticos; (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia), considerando el consentimiento informado. A continuación, se describimos cada principio que será aplicado.

Principio de autonomía

Se aplicará en la presente investigación al ingresar a los pacientes, respetando sus decisiones y propia voluntad a participar. Posterior se pedirá su consentimiento informado para que dentro de ello la contribución sea acorde y regular durante su estudio. (49)

Principio de beneficencia

A los familiares y/o acompañantes se les mostrará los beneficios en base a los resultados obtenidos a posterior de este estudio. Así mismo modo permitirá saber si hay una buena o mala percepción de la enfermedad y buena o mala adherencia del tratamiento. (49)

Principio de no maleficencia

Se esclarecerá individualmente tanto pacientes y familiares quienes lo acompañen en ese momento, que estar participando no implicará riesgo alguno a su salud e integridad individual y menos familiar. (49)

Principio de justicia

Los asistentes que participarán tendrán trato digno de respeto y cordialidad por igual por ende cualquier no existirá discriminación y/o preferencias. (49)

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2023							
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
INICIO DEL PROYECTO DE TESIS								
Elección del tema de investigación								
Redacción del título del proyecto de investigación								
Redacción del esquema del proyecto de investigación								
Redacción de los elementos del proyecto de investigación								
Redacción de los objetivos del proyecto de investigación								
Redacción de la justificación e importancia del proyecto								
DESARROLLO DEL PROYECTO DE TESIS								
Revisión bibliográfica sobre el tema de investigación								
Recopilación de información								
Elaboración del marco teórico								
Exposición de corrección de la primera parte del proyecto								
Elaboración de la metodología de la investigación								
Elaboración de matriz de consistencia de las variables								
Elaboración de operacionalización de variable								
Elaboración del cronograma de actividades								
Elaboración de presupuesto para la ejecución del proyecto								
Exposición de corrección de la segunda parte del proyecto								
Elaboración del instrumento del proyecto								
Se elabora aspectos éticos.								
Se elabora cuadros administrativos y anexos de investigación								
Presentación de la investigación								
CIERRE DEL PROYECTO DE TESIS								
Redacción del borrador del trabajo final								
Revisión y corrección del borrador								
Transcripción y entrega del trabajo final								
Entrega del trabajo final								

Actividades cumplidas

Actividades por cumplir



4.2. Presupuesto

4.2.1 Aspectos administrativos:

➤ Recursos necesarios

1.- Recursos humanos. - Dentro del personal que participará en el proyecto de investigación será:

- Pacientes que acuden a la Unidad de hospitalización en Salud mental con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
- Profesional de enfermería de la Unidad de hospitalización en Salud mental, quienes guiarán un correcto llenado.
- Personal técnico de la Unidad de hospitalización en Salud mental, que verificarán que la Hcl contenga la ficha de recolección de datos llenada de cada paciente.
- Personal que se encargará de la parte administrativa del proyecto (estadístico).
- Asesores de la universidad que apoyaran asesorando durante el desarrollo del proyecto.

2.- Materiales y equipos. - Dentro de los materiales y equipos necesarios para la realización del proyecto de investigación encontramos:

Materiales	Equipos
Hojas boom tamaño A4	Laptop
Lapiceros	Impresora
Grapas	
Tableros	
USB	

➤ **Presupuesto.**

ITEM	RUBRO	CANTIDAD	COSTO S/.	VALOR TOTAL
1	SERVICIOS			
1.1	INTERNET	X 6MESES	30	180.00
1.2	IMPRESIONES	150	0.10	15.00
1.3	TELEFONIA MOVIL	X 6MESES	25.00	150.00
1.4	ENERGIA ELECTRICA	X 6 MESES	15.00	90.00
1.5	COPIAS	500	0.10	50.00
1.6	ANILLADO	07	5.00	35.00
2	BIENES			
2.1	PC/LAPTOP	01	1800.00	1800.00
2.2	LAPICEROS	12	24.00	24.00
2.3	USB	01	25.00	25.00
2.4	HOJAS BOND	01 MILLAR	24.00	24.00
3	PERSONAL			
3.1	ENCUESTADOR	01	500.00	500.00
3.2	ESTADISTICO	01	1500.00	1500.00
3.3	DIGITADOR	01	300.00	300.00
3.4	ASESOR	01	1500.00	1500.00
TOTAL				6,193.00

5. Referencias Bibliográficas:

- 1.- Rondón Marta B. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2006 Oct [citado 2022 Sep 19]; 23(4): 237-238. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es.
- 2.- Vera C, Giner L, Baca E, Barrigón M. ELSEVIER: Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis [Internet]. 2019 [Citado el 1 de febrero 2019]; vol.21.
DOI:[10.1016/j.psiq.2019.02.003](https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003).
- 3.- Rodríguez F. Publicaciones didáctica. Trastorno Límite de la Personalidad: Abordaje Teórico e Introducción a la Práctica [internet]. 2018 [citado 25 de enero del 2018]. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/235854393.pdf>
- 4.- . Miller T. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. Patient Educ Couns [Internet]. 2016 [Citado el 11 de febrero 2021]; 99(7):1079-1086. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020>
- 5.- George M. Adherence in Asthma and COPD: New Strategies for an Old Problem. Respir Care [Internet]. 2018 [Citado el 11 de febrero 2021]; 63(6):818-831. Disponible en:
<http://rc.rcjournal.com/content/63/6/818/tab-pdf>
- 6.- Canals G, Rumí L, Diaz T, López C, Marco M, Molina L. Percepción de enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes crónicos polimedicados de Atención Primaria: Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2014 [Citado el 25 de agosto 2014]. Disponible en
URL:<https://doi.org/10.14198/recien.2014.08.25>
- 7.- Rincon A, Gusñay N, Rodriguez V. Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del club de adultos mayores de un centro de salud, Ecuador. An Real Acad Farm [Internet]. 2020 [Citado el 11 de febrero 2021]; 86(2): 125-131. Disponible en:
https://analesranf.com/articulo/8602_04/

- 8.- Ruiz R. Adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos: actuación de enfermería [tesis de enfermería]. Universidad de Cantabria, 2019. disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16518/ruizroldanraquel.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- 9.- González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon M. LA BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. Universidad de Cantabria [Internet]. 2019 [citado 14 de julio de 2022];4(2). Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/475>
- 10.- Málaga D. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con depresión [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 2021. Recuperado a partir de:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9049/Factores_MalagaLopez_Daniela.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 11.- Chuquilla S, Edwin E, Maldonado P, Pablo E. Asociación entre la percepción de la enfermedad, el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento farmacológico medido con los niveles de hemoglobina glicosilada en pacientes adultos diabéticos tipo 2, que acudieron a la consulta externa en el Centro de Salud Chimbacalle en el período entre el último trimestre del año 2018 y el primer trimestre del 2019 [Tesis de posgrado]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad De Medicina; 2019. Recuperado a partir de URL:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17526>
- 12.- García C. Adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave que acuden a Hospital de Día [Tesis de postgrado]. España: Universidad de las Islas Baleares; 2020. Recuperado a partir de URL: <http://hdl.handle.net/11201/157482>
- 13.- Oliveira J, Sousa H, Bártolo A, Figueiredo D, Ribeiro O. Illness perception and treatment

adherence in haemodialysis: a systematic review. Psychol Health Med. 2022 Jul 11:1-15. doi: 10.1080/13548506.2022.2099559. Epub ahead of print. PMID: 35818689 [Tesis de doctoral]. Portugal: PudMed, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35818689/>

14.- Valeria A, Sergio G, José S, María C, Astrid P, Erika D. Percepción y adherencia al tratamiento en pacientes hospitalizados con patología crónica de una Institución de Salud del Área Metropolitana de Bucaramanga. [Tesis]. Colombia: Universidad de Santander; 2021. Recuperado a partir de: <https://repositorio.udes.edu.co/entities/publication/a88fd73b-59a8-4f69-9748-500865755510>.

15.- Hernández I, Sarmiento N, González Ivar, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, Terán E. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Metro Ciencia. Agosto 2018; 26(1): 07-11. URL: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>

16.- Cruzado Delgado E. Percepción sobre la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología de un Hospital nacional de Lima [Tesis de postgrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020. Recuperado a partir de: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4336/T061_41582847_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17.- Lucho Montesinos R. Adherencia al tratamiento en pacientes con depresión en el centro de salud mental comunitario San Gabriel Alto [Tesis de postgrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020. Recuperado a partir de: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4481/T061_70798213_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18.- Castillo Carvalo C, Roja Cuba H. Nivel de adherencia al medicamento y percepción de la enfermedad de pacientes con epilepsia activa en dos Hospitales de Chiclayo [Tesis Doctoral]. Chiclayo: Universidad San Martin de Porres; 2019. Recuperado a partir de:

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8103/castillo_%20rojascmhj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19.- Zamora-Niño Christie F, Guibert-Patiño André L, De La Cruz-Saldaña Tania, Tiese-Aguirre Ray, Málaga Germán. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. Acta méd. Peru [Internet]. 2019 Abr [citado 2023 Mayo 30]; 36(2): 96-103.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200004&lng=es.

20.- Pinto R, Nina N. Percepción de enfermedad y ansiedad-depresión en pacientes COVID-19 (+) hospitalizados en clínica privada. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima:

Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12805/2377>

21.- Valencia Toro PA, Mora C, Arbeláez AM, Jaimesa DA, Guzmán Y, Plazasc M, Romero MC, et al. ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). Revista Colombiana de Reumatología: ELSEVIER. Colombia, 2014;21(1):4-9. Recuperado a partir de:

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S0121812314701410.pdf>

22.- Vinaccia, Stefano, Quiceno, Japcy Margarita, *PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD: UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DEL CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE*

ENFERMEDAD. Psicología desde el Caribe [Internet]. 2010; (25):56-83. Recuperado

de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106004>

23.- TRAININI JORGE C. El valor de la conciencia en la salud-enfermedad. Rev. argent. cardiol. [Internet]. 2019 Feb [citado 2022 Sep 20]; 87(1): 56-58. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-

[37482019000100056&lng=es.](#)

24.- García Ullán L. Conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica en el paciente psicótico. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Salamanca, 2015. Recuperado en:

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128142/DME_Garc%EDa%20Ull%E1nLl_Concienciaenfermedadpacientepsic%F3tico.pdf;jsessionid=7BA3CD92C3783F9DD62E593C5039EB49?sequence=1

25.- Ortega Cerda José Juan, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Óscar Adrián, Ortega Legaspi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2018 Sep [citado 2022 Sep 20]; 16(3): 226-232. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es)

26.- Hernández I, Sarmiento N, González Ivar, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, Terán E. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Metro Ciencia. Agosto 2018; 26(1): 07-11. URL:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>

27.- Alfonso Libertad M. Sobre el concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. diciembre de 2004 [citado el 19 de julio de 2022]; 30 (4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=en

28.- Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Revista Médica de Chile, 2007; 135, 647- 652. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014

29.- Gonzales Pisano AC. Construcción y validación de un instrumento de evaluación de la adherencia a tratamientos en personas con enfermedades crónicas en atención primaria en salud. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Oviedo, 2016. Recuperado a partir de:

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128142/DME_Garc%EDa%20UII%E1nLl_Conc ienciaenfermedadpacientepsic%F3tico.pdf;jsessionid=7BA3CD92C3783F9DD62E593C5039 EB49?sequence=1

30.- Marchant SC. Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria. [Tesis]. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales, 2013.

Recuperado a partir de:

[https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20per cepcion%20de%20enfermedad%20%20\(1\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20per cepcion%20de%20enfermedad%20%20(1).pdf?sequence=1&isAllowed=y)

31.- P. Conthe, E. Márquez Contreras, A. Aliaga Pérez, B. Barragán García, M.N.

Fernández de Cano Martín, M. González Jurado, M. Ollero Baturone, J.L. Pinto,

Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro, Revista Clínica Española, Volumen 214, Issue 6, 2014, Pages 336-344, ISSN 0014-2565,

[https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008.\(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271\)](https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271))

32.- Rodríguez MJ, Castillo F. Enfermeras de atención primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enfermería Global, 2012, 11(25), 207-

218. Recuperado a partir de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143121>

33.-CEVIME (INFAC). 2011. 19. N°1. 1-10. Recuperado a partir de:

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2011/es_def/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

34.- Aragonés E, Fernández Moreno A, José Ramón L. Los trastornos de personalidad. El trastorno límite de la personalidad. AMF. 2015;11(5):265-271. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/profile/Enric->

[Aragones/publication/277192672_Los_trastornos_de_personalidad_El_trastorno_limite_de_la_personalidad/links/5564505408ae86c06b6993c2/Los-trastornos-de-personalidad-El-trastorno-limite-de-la-personalidad.pdf](https://aragones/publication/277192672_Los_trastornos_de_personalidad_El_trastorno_limite_de_la_personalidad/links/5564505408ae86c06b6993c2/Los-trastornos-de-personalidad-El-trastorno-limite-de-la-personalidad.pdf)

35.- Alba Pérez S. Peculiaridades de los cuidados de enfermería en el trastorno límite de la personalidad. Ocronos. 2022;5(1) 46. Disponible en: <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-trastorno-limite-personalidad/>

36.- Jiménez Barbero J.A., Pérez García M., Rivera Rocamora C., Medina Garrido L., Munuera García V., Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Oct [citado 2022 Sep 21]; (20). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300024&lng=es.

37.- Zabalegui Yáñez Adelaida. El rol del profesional en enfermería. Aquichán [Internet]. 2003 diciembre [consultado el 20 de septiembre de 2022]; 3(1): 16-20. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en.

38.- Aristizábal Hoyos Gladis Patricia, Blanco Borjas Dolly Marlene, Sánchez Ramos Araceli, Ostiguín Meléndez Rosa María. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2022 Sep 08]; 8(4): 16-23. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es.

39.- Barroso Romero Zoila, Torres Esperón Julia Maricela. Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2001 Jun [citado 2022 Sep 08]; 27(1): 11-18. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002&lng=es.

40.- Díaz Novás José, Gallego Machado Bárbara Rosa, Calles Calviño Adela. Bases y aplicación del método hipotético-deductivo en el diagnóstico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Sep [citado 2022 Sep 09]; 27(3): 378-387. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300008&lng=es.

41.- Cortés M, Iglesias M. Generalidades sobre Investigación Metodológica. Universidad Autónoma del Carmen, 2004. Disponible en: <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1750>

42.- Hernández S, Fernández C, Baptista P. Diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. En Metodología de la Investigación. Sexta edición. México: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

43.- Gabriel-Ortega Julio. Cómo se genera una investigación científica que luego sea motivo de publicación. J. Selva Andina Res. Soc. [Internet]. 2017 [citado 2022 Sep 14]; 8(2): 155-156. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-92942017000200008&lng=es.

44.- Ramos Díaz R, Viña Romero MM, Gutiérrez Nicolás F. Investigación aplicada en tiempos de COVID-19. Rev. OFIL·ILAPHAR [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Sep 14]; 30(2): 93-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200093&lng=es. Epub 15-Mar-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000200003>.

45.- LOPEZ, Pedro Luis. Población muestra y muestreo. Punto Cero [online]. 2004, vol.09, n.08 [citado 2022-09-15], pp.69-74. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012

46.- Hernández González Osvaldo. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no

probabilístico que existen. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 Sep [citado 2022 Sep 21]; 37(3): e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es.

47.- Oyola-García Alfredo Enrique. La variable. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 Ene [citado 2022 Sep 15]; 14(1): 90-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.905>.

48.- Veiga J, De la Fuente E, Zimmerman M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med. segur. trab. [Internet]. 2008 Mar; 54(210): 81- 88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es.

49.- Barrio I. M., Molina A., Sánchez C. M., Ayudarte M. L. Ética de enfermería y nuevos retos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 2022 Sep 22]; 29(Suppl 3): 41-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?</p> <p>Problemas específicos a. ¿Cuál es la relación entre percepción de la enfermedad y los factores socioeconómicos en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?</p> <p>b. ¿Cuál es la relación entre percepción de la enfermedad y los factores relacionados con el paciente en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?</p> <p>c. ¿Cuál es la relación entre percepción de la enfermedad y los factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?</p> <p>d. ¿Cuál es la relación entre percepción de la enfermedad y factores relacionados con el tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?</p> <p>e. ¿Cuál es la relación entre percepción de enfermedad y los factores relacionados con la enfermedad en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre percepción de la enfermedad y adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023</p> <p>Objetivos específicos a. Identificar la relación entre percepción de la enfermedad y los factores socioeconómicos en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital.</p> <p>b. Conocer la relación entre percepción de la enfermedad y los factores relacionados con el paciente en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital.</p> <p>c. Establecer la relación entre percepción de la enfermedad y los factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital.</p> <p>d. Establecer la relación entre percepción de la enfermedad y factores relacionados con el tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital.</p> <p>e. Identificar la relación entre percepción de enfermedad y los factores relacionados con la enfermedad en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital.</p>	<p>Hipótesis general La percepción de la enfermedad se relaciona significativamente con la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del hospital, Huaraz, 2023.</p> <p>Hipótesis específicas a. Existe relación significativa entre percepción de la enfermedad y los factores socioeconómicos en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.</p> <p>b. Existe relación significativa entre percepción de la enfermedad y los factores relacionados con el paciente en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.</p> <p>c. Existe relación significativa entre percepción de la enfermedad y los factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.</p> <p>d. Existe relación significativa entre percepción de la enfermedad y factores relacionados con el tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.</p> <p>e. Existe relación significativa entre percepción de enfermedad y los factores relacionados con la enfermedad en pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital, Huaraz, 2023.</p>	<p>Variable 1: Percepción de la enfermedad</p> <p>Dimensiones: 1. Percepción de síntomas y representación de la enfermedad. -Consecuencias. -Identidad. -Preocupación. -Representación emocional.</p> <p>2. Control de la enfermedad. -Control personal. -Control tratamiento. 3. Conocimiento sobre la enfermedad. - Línea de tiempo. - Comprensión.</p> <p>Variable 2: Adherencia al tratamiento</p> <p>Dimensiones: 1.- Factores socioeconómicos. 2.- Factores relacionados con el paciente. 3.- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria. 4.- Factores relacionados con el tratamiento. 5.- Factores relacionados con la enfermedad.</p>	<p>Tipo de investigación Aplicada</p> <p>Método de la investigación Hipotético - deductivo</p> <p>Diseño de la investigación No experimental, las variables no sufrirán ninguna manipulación.</p> <p>Población Estará constituida por 80 pacientes con trastorno límite de la personalidad que acuden a la Unidad de hospitalización en salud mental del Hospital para atención durante el año del 2023.</p> <p>Muestra Es representativo, se ha considerado incluir a toda la población.</p>

Anexo 2: Operacionalización de la variable

Percepción de la enfermedad

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición/ N° de Ítems	Escala valorativa (niveles o rangos)
1. Percepción de síntomas y representación de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias. - Identidad. - Preocupación. - Representación emocional. 	4 (1, 5, 6 y 8)	<p>Los 8 primeros ítems evalúan mediante una escala de 0 a 10 puntos en función del grado de acuerdo con el enunciado propuesto. El último ítem, causas es de respuesta abierta y se evalúa citando las 3 respuestas más importantes que se cree que causaron la enfermedad. Los resultados se expresan con la suma de los 8 primeros ítems, obteniendo un valor entre:</p> <p>0= no amenaza para el paciente</p> <p>80= máxima amenaza de la enfermedad para el paciente.</p>
2. Control de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Control personal. - Control tratamiento. 	2 (3 y 4)	
3. Conocimiento sobre la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Línea de tiempo. - Comprensión. 	2 (2 y 7)	

Adherencia al tratamiento

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición/ N° de Ítems	Escala valorativa Valor final (niveles o rangos)	Criterios para asignar valores	Fundamento
1. Factores socioeconómicos.	Toma / ingesta adecuada de medicamentos	8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Adherente No adherente	Alta adherencia = 8 Adherencia media = 7 o 6 Baja adherencia = menor a 6	Consta de 7 ítems con alternativa de respuesta dicotómica SI/NO, y una pregunta en escala tipo Likert de cinco puntos. Los 7 ítems iniciales se formulan para evitar el sesgo de decir si, ya que existe una tendencia de los pacientes a dar respuestas positivas a sus médicos. La pregunta 5 es la única cuya respuesta correcta es sí.
2.- Factores relacionados con el paciente.	Toma / ingesta adecuada de medicamentos	8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)			
3.- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria	Toma / ingesta adecuada de medicamentos	8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)			
4.- Factores relacionados con el tratamiento.	Toma / ingesta adecuada de medicamentos	8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)			
5.- Factores relacionados con la enfermedad.	Toma / ingesta adecuada de medicamentos	8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)			

Anexo 3

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA ESCALA DE MORISKY (MMAS-8)

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, estamos realizando una investigación, con el objetivo determinar la relación entre percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Pedimos su colaboración para ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio.

II. INSTRUCCIONES GENERALES:

Este cuestionario no contiene preguntas correctas ni incorrectas. Por favor responda con total sinceridad, además mencionarle que sus datos serán tratados de forma anónima y confidencial. Si Ud. tuviera alguna pregunta, pregúntele a la persona a cargo.

DATOS GENERALES:

1. Sexo Masculino
 Femenino
2. Edad 18- 25
 26 –35
 36- 45
 46- 55
3. Estado civil: Soltero
 Casado
 Conviviente
 Divorciado
4. Ocupación: Estudiante
 Empleado
 Desempleado
 Trabajador independiente
5. Grado de instrucción: Primaria

- Secundaria
- Técnico
- Universitario

6. Personas con quien vive: Solo
- Pareja
 - Madre / Padre
 - Otro familiar

III. EJECUCIÓN: Conteste con un aspa (x).

Nº	Preguntas	SI	NO
1	¿A veces se olvida de tomar su medicamento?		
2	La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. ¿En las últimas 2 semanas hubo algún día que no tomo su medicamento?		
3	Alguna vez ha reducido la dosis y/o dejado de tomar sus medicamentos sin haberle dicho a su médico porque se sentía peor al tomarla?		
4	Cuando viaja o sale de casa ¿A veces olvida tomar su medicación?		
5	Ayer ¿Tomó todos sus medicamentos?		
6	Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿A veces deja de tomar sus medicamentos?		
7	Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a cumplir su plan de tratamiento?		
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos? Nunca/ casi nunca () Rara vez () Algunas veces () Habitualmente () Siempre ()		

Anexo 4

CUESTIONARIO BREVE DE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Para las siguientes preguntas, por favor marque con un círculo el número que corresponda a su opinión.

1. ¿cuánto afecta la enfermedad en su vida?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No afecta en absoluto

Afecta gravemente mi vida

2. ¿Cuánto tiempo cree que durará su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy poco tiempo

Toda la vida

3. ¿Cuánto control cree que tiene sobre su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún control

Control absoluto

4. ¿En qué medida cree que su tratamiento puede ayudarlo con su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Extremadamente útil

5. ¿En qué medida nota síntomas o molestias por su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún síntoma

Muchos síntomas graves

6. ¿Cuánto le preocupa su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me preocupa nada

Me preocupa muchísimo

7. ¿Hasta qué punto comprende en qué consiste su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No la comprendo para nada

La comprendo claramente

8. ¿Cuánto le afecta su enfermedad a nivel emocional? (por ejemplo ¿le hace sentir enfadado, asustado, alterado o deprimido?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me afecta nada emocionalmente

Me afecta muchísimo emocionalmente

9. Por favor indique los 3 factores más importantes que causaron su enfermedad.

Anexo 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Privada Norbert Wiener

Título: “PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DEL HOSPITAL, HUARAZ, 2023”.

Investigadora: María Virginia Moreano Tuya

Estimado participante, a continuación, se procederá a describir las características del presente estudio y sus implicancias. Por favor, lea con detenimiento.

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la percepción de la enfermedad y la adherencia al tratamiento de los usuarios con trastorno límite de la personalidad.

Procedimientos: Si usted decide participar en este estudio, tendrá como beneficio; el conocer los resultados del estudio, conocer las respuestas correctas del cuestionario, recibir documentos informativos, cartillas, trípticos u otros.

- Leer detenidamente todo el documento participando voluntariamente.
- Responderá todas las preguntas formuladas en la encuesta.
- Firmar el consentimiento informado.

La encuesta puede demorar unos 30 minutos. Los resultados de las encuestas se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: No existe, solo se le pedirá absolver las preguntas del cuestionario.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente: Si usted se siente incómodo durante la aplicación de las encuestas, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con María Virginia Moreano Tuya al celular 942726614 o con la Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comité.Ética@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres:

DNI:

