



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS HOSPITAL SERGIO BERNALES
2014**

**PRESENTADA POR
MIRIAM SALAZAR DE LA CRUZ**

ASESOR

CARLOS ALEXIS SALGADO VALENZUELA

**TESIS
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN
ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA**

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
HOSPITAL SERGIO BERNALES 2014**

TESIS

**PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA
CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA**

PRESENTADA POR

MIRIAM SALAZAR DE LA CRUZ

ASESOR

MTRO. CARLOS ALEXIS SALGADO VALENZUELA

LIMA, PERÚ

2016

ASESOR

MTRO. Carlos Alexis Salgado Valenzuela

JURADO

Presidente: Celso Bambaren Alatriza

Miembro: Ricardo Aliaga Gastelumendi

Miembro: Yenka La Rosa Schreier

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1 Antecedentes de la investigación	4
1.2 Bases teóricas	6
1.3 Definición de términos	16
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	25
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	
ANEXOS	

RESUMEN

Se realizó la evaluación de la calidad del programa de prevención de recaídas de los pacientes con esquizofrenia, desarrollado en el Hospital Sergio E. Bernales en 2014. El mencionado proceso se realizó a través del planteamiento de indicadores de estructura (accesibilidad, disponibilidad), proceso (productividad, concentración) y resultado (cobertura, efectividad).

El objetivo fue determinar los resultados de la evaluación de calidad del programa de prevención de recaídas del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014.

La metodología para la evaluación estructural y de proceso se realizó la medición de los indicadores planteados en dos momentos del estudio pre y post intervención. Para la evaluación de resultados se realizó un estudio cuasi experimental, donde se incluyó a 302 pacientes de consulta externa de psiquiatría, diagnosticados por un médico psiquiatra y a través de los criterios diagnósticos descritos en el CIE 10 de esquizofrenia paranoide. La edad de los pacientes oscilaba entre los 15 y 60 años de edad. Además, era necesario no presenten síntomas psicóticos positivos, que cuenten con red de apoyo familiar y que gusten voluntariamente participar en el estudio.

En los resultados se observó un incremento de la productividad, concentración y la cobertura del servicio. Asimismo, se identificó que un 60,6% de la población de estudio son mayores de 50 años y que el 54% fueron del sexo masculino. Se evidenció que los eventos adversos relacionado a los fármacos más comunes fueron: disminución de la presión arterial (28,1%), rigidez corporal (25,2%), dificultad para orinar (24,8%), galactorrea (23,8%), aumento de apetito (22,8%), disfunción eréctil (20,9%), temblor (18,2%) y constipación (17,2%), mientras que los principales fármacos administrados son el biperideno (24,2%), risperidona (21,5%), clonazepam (20,9%), levomepromazina (14,9%), trifluopromazina (14,2%) y clozapina (13,9%).

Se determinó que posintervención, el 12,3% de los pacientes presentaron recaídas, demostrándose que en relación al promedio referencial (53%) esta cifra disminuyó significativamente ($p < 0,001$). De igual forma, en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico posintervención, se demostró un aumento significativo

del mismo en relación al porcentaje referencial ($p < 0,001$). Finalmente, la presencia de síntomas psicóticos posintervención disminuyó significativamente ($p = 0,023$) en comparación con la medición basal.

Se concluye que el programa de prevención de recaídas dirigido a los pacientes con esquizofrenia que se atendieron en la consulta externa de psiquiatría del Hospital Sergio E. Bernales, durante 2014, ha demostrado haber cumplido con los objetivos trazados. Se ha demostrado que a través de un conjunto de acciones estructurales, de proceso y resultado, se puede obtener beneficios esperados (disminuir la aparición de recaídas, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y reducir los síntomas psicóticos de manera significativa), durante el periodo de ejecución del estudio.

Las palabras claves son evaluación de la calidad, efectividad, esquizofrenia.

ABSTRACT

The evaluation of the quality of the relapse prevention program of patients with schizophrenia was carried out at the Sergio E. Bernales Hospital in 2014. This process was carried out through the approach of structure indicators (accessibility, availability), process (Productivity, concentration) and result (coverage, effectiveness).

The objective was to determine the results of the quality evaluation of the program of prevention of relapses of the Hospital Sergio Bernales, period 2014.

The methodology for the structural and process evaluation was carried out the measurement of the indicators raised in two moments of the pre and post intervention study. For the evaluation of results, a quasi-experimental study was carried out, including 302 outpatients of psychiatry, diagnosed by a psychiatrist, and through the diagnostic criteria described in the ICD 10 of paranoid schizophrenia. The age of the patients ranged from 15 to 60 years of age. In addition, it was necessary not to have positive psychotic symptoms, to have a family support network and to voluntarily participate in the study.

The results showed an increase in productivity, concentration and service coverage. It was also identified that 60.6% of the study population were older than 50 years and that 54% were male. The most common drug-related adverse events were: decreased blood pressure (28.1%), body stiffness (25.2%), difficulty urinating (24.8%), galactorrhea (23.8% (22.8%)), erectile dysfunction (20.9%), tremor (18.2%) and constipation (17.2%), whereas the main drugs given were biperiden (24, 2%), risperidone (21.5%), clonazepam (20.9%), levomepromazine (14.9%), trifluopromazine (14.2%) and clozapine (13.9%).

It was determined that postintervention, 12.3% of the patients presented relapses, showing that in relation to the reference average (53%) this figure decreased significantly ($p < 0.001$). Similarly, in terms of adherence to pharmacological treatment postintervention, a significant increase of the same was demonstrated in relation to the reference percentage ($p < 0.001$). Finally, the presence of

postintervention psychotic symptoms decreased significantly ($p = 0.023$) compared to baseline.

It is concluded that the relapse prevention program for patients with schizophrenia who were treated at the external psychiatric clinic of the Hospital Sergio E. Bernales during 2014 has been shown to have met the objectives outlined. It has been demonstrated that through a set of structural, process and outcome actions, expected benefits can be obtained (to decrease the occurrence of relapses, increase adherence to pharmacological treatment and reduce psychotic symptoms significantly), during the Execution of the study.

Key words are quality assessment, effectiveness, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el Estado asume el reto de responder con calidad al cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica no transmisibles, que desde años atrás ya se han convertido en un problema de salud pública progresivo y prioritario en el país.¹

Pese a no contar a nivel nacional con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, es posible inferir que, no obstante, los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad de la atención dista mucho de ser satisfactorio en el marco del cumplimiento de los pilares de la calidad descrito por A. Donabedian.²

Esta inadecuada situación se podría explicar debido a la débil rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional para lograr este desarrollo, así como la escasa voluntad de los directivos de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención, en implementar un sistema de gestión de la calidad, orientado a obtener resultados que contribuyan a mejorar la oferta de los servicios que asegura la satisfacción de los usuarios.

Esta situación se evidencia en los resultados de la medición de las funciones esenciales de la salud pública en el Perú (2006) donde la novena función esencial (FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos) no alcanza siquiera el desempeño medio superior.³

Asimismo, en la III Encuesta anual sobre situación de la salud en el Perú, el 58% población entrevistada percibe que la situación actual de los servicios de salud es regular, el 81.3% refiere que el Estado apoya poco a la salud, el 61% refiere que la calidad de atención en los hospitales del Ministerio de Salud es regular y el 49.7% desapruueba la gestión de la Autoridad Sanitaria Nacional, es decir, se concluye que el nivel de calidad de los servicios de salud es baja.⁴

Por tal motivo, formular programas, proyectos y planes de salud que respondan a los lineamientos políticos del Sector y beneficie a la población es la razón de ser del Estado.

Uno de los lineamientos políticos del Sector es fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónicas degenerativas, mentales y de drogadicción. Es todo un reto para el sistema, ya que este se caracteriza por ser hospitalocentrico, recuperativo, y mercantilista o que genera dependencia de la población a los servicios de salud.^{5,6}

En ese sentido, que los establecimientos de salud implementen programas que contribuyan a la atención integral, oportuna y accesible, implica planificar que la estructura, los procesos y los resultados de un programa sean de calidad a fin de mejorar el estado de la vida de la población.

En este contexto, el Hospital Sergio Bernales III-1, del distrito de Comas, provincia de Lima y departamento del mismo nombre, en 2014 implementó el programa de prevención de recaídas, dirigido a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Este programa brindaba un paquete de salud que incluía consultas ambulatorias y sesiones psicoeducativas multifamiliares, cuyo fin era contribuir a mejorar la salud mental a través de la reducción del número de recaídas de la población objetivo.

La situación previamente descrita, motivó a realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los resultados de la evaluación de la calidad del programa de prevención de recaídas del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014?

Este trabajo aporta a la investigación en salud pública en el campo de la calidad de la atención, a través de la implementación de un programa de salud. De los resultados que se obtengan, se tomarán decisiones acerca de su estructura, proceso y efectividad, a fin de mejorar su implementación y extensión a otras instituciones de salud pública y/o privada de características similares a la efectuada, así como hacer los ajustes necesarios en cuanto a sus contenidos, técnicas de

intervención desarrollada, la metodología, la temporalidad y el monitoreo del mismo.

Además, se justifica esta investigación porque promoverá la cultura de investigación científica en temas de calidad en salud, generando de esta manera programas costo efectivos que faciliten la reorientación de los servicios de salud hacia la satisfacción del usuario.

Finalmente, se justifica el desarrollo de esta investigación, puesto que va en el marco de los lineamientos políticos nacionales de calidad en salud y los objetivos estratégicos sanitarios del ente rector del sector salud.

Objetivos:

- General:

- Determinar los resultados de la evaluación de calidad del programa de prevención de recaídas del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014.

- Específicos

- Conocer la implementación estructural del programa de prevención de recaídas.
- Conocer la implementación de los procesos del programa de prevención de recaídas.
- Determinar los resultados de la implementación del programa de prevención de recaídas.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Antecedentes de investigación

Luis J. Hernandez F. realizó la evaluación de resultados e impacto de un modelo de salud mental basado en la comunidad en localidades de Bogotá, DC. En ella se demostró que a través del modelo de salud mental se incrementó la notificación de casos de violencia intrafamiliar (23,8 % grupos de estudio vs. 15,3 % grupo control), el seguimiento de casos de violencia intrafamiliar (80 % vs. 25 %) y la conectividad en las redes de buen trato, valorada por la proporción de nodos comunitarios (39,2 % vs. 30,0 %).⁷

Mayoral *et al.* realizaron un estudio longitudinal en 88 familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia para evaluar la eficacia y la aplicabilidad de un programa de intervención familiar que se realizó en 18 meses. Se dividió la muestra en dos grupos aleatorios. El grupo experimental recibió un programa de intervención familiar durante 12 meses, mientras que el grupo control mantuvo su terapéutica habitual. De los 88 pacientes y sus familias reclutadas en el estudio, los pacientes que recibieron la intervención familiar redujeron un 40% el riesgo hospitalización respecto a los pacientes que se mantuvieron con tratamiento habitual. Asimismo, la sintomatología clínica mostró una mejoría significativa a los 12 meses que dejó de serlo a los 18 meses.⁸

De Silva *et al.* realizaron un meta análisis titulado: Efectos de las intervenciones psicosociales en el funcionamiento social en la depresión y la esquizofrenia. Para ello, se seleccionaron 21 ensayos clínicos aleatorios de los países de Brasil, Chile, China, India, Tuquia y Uganda, los que fueron revisados por dos expertos que evaluaron los estudios de forma independiente, utilizando el riesgo Cochrane de herramientas Bias. La conclusión de los autores determinó que las intervenciones psicosociales entregados en los centros ambulatorios de atención primaria fueron efectivas para mejorar el funcionamiento social en personas con depresión, pero en relación a la esquizofrenia los autores afirman la necesidad de ensayos de alta calidad en las intervenciones psicosociales.⁹

Terzian *et al.* realizaron un estudio longitudinal de 24 meses y seleccionaron a 345

pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, menores de 45 años y con una red social pobre (menos de 5 relaciones). Al grupo experimental, además del tratamiento convencional (farmacológico), se le añadió intervenciones para mejorar su red social. Al primer año, se observó que en el grupo asignado al tratamiento convencional se mejoró la red social en un 25%, mientras que en el grupo experimental fue de 39,9%. Esta significancia estadística se mantuvo hasta el segundo año. Entonces, se concluyó que la activación de las redes sociales como una actividad integral de la atención psiquiátrica estándar es posible, sin costos económicos y de organización añadidos, y parece producir un efecto persistente mucho más allá de su aplicación.¹⁰

Pharoah *et al.* realizaron una revisión en la que se seleccionaron 15 ensayos clínicos, las que demostraron que la intervención familiar puede reducir la frecuencia de recurrencias (NNT 8; IC 6 a 11), que puede reducir el ingreso hospitalario (NNT 8; IC 6 a 13), que puede promover el cumplimiento con la medicación (NNT 7; IC 4 a 19), pero no afecta de manera notable la tendencia de los individuos y sus familias a abandonar la atención. Es posible que ayude a mejorar el deterioro social general y los niveles de emoción expresada dentro de la familia. No se encontraron datos que sugieran que la intervención familiar previene o promueve el suicidio.¹¹

Jun Xia *et al.* realizaron una revisión en la que se seleccionaron 44 ensayos clínicos, las que demostraron que la intervención psicoeducativa disminuye la aparición de recaídas (NNT 9; IC 7 a 14) y que también disminuye la readmisión hospitalaria (NNT 5; IC 4 a 13), asimismo se demostró que los participantes de la intervención psicoeducativa se sienten más satisfechos con el servicio de salud mental (NNT 5; IC 5 a 8) cuando brindan este tipo de intervención.¹²

Zhanchou Zhang *et al.* realizaron un estudio comparativo de costo efectividad, entre la intervención psicosocial asociado al tratamiento farmacológico y el tratamiento farmacológico solo. Se demostró que a pesar que los costos de la terapia combinada era mayor, la diferencia no era significativa.¹³

Bases teóricas

1.1 Evaluación de los programas de salud

En 1978 la OMS preparó, a demanda de los estados miembros, las directrices para la evaluación de los programas de salud en general, aprobadas en la 31 Asamblea Mundial de la Salud. El fin de esta labor es integrar la evaluación de los programas en los procesos de gestión.¹⁴

En el contexto de los procesos de gestión, la evaluación debe ser una operación a menudo dirigida esencialmente a mejorar las acciones para llevar a cabo actividades sanitarias pertinentes, eficaces, efectivas y eficientes. Para ello, es necesario plantear indicadores válidos, fiables, sensibles y específicos.

En los últimos años, ha aumentado de forma notable el interés por la evaluación de las intervenciones en salud, especialmente en relación a su utilidad social y su eficiencia económica.

Sin embargo, todavía estamos lejos de tener un grado suficiente de consenso en los aspectos básicos de la evaluación, como son la terminología, la finalidad y la metodología de trabajo. Por ello, en la mayoría de los estudios realizados identificamos mayor énfasis en el seguimiento de los indicadores de resultados, característica atribuida a la definición de evaluación propuesta por Suchman que considera la evaluación como un “juicio sobre el valor o la utilidad de una intervención”. Esta definición asume de forma implícita que lo que se juzga son los resultados de la intervención, hecho que no nos permite evaluar integralmente al programa o proyecto de estudio.¹⁵

Una visión global determina que la evaluación de un programa implica la sistematización de la estructura, el proceso y los resultados del mismo.¹⁶ Es decir, define la evaluación como los “esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas para alcanzar los objetivos de salud”.

La evaluación de programas de salud, tal como se concibe actualmente, trata de contrastar las actividades programadas versus las actividades cumplidas. Haciendo énfasis en lo que el evaluador considera fueron los logros del programa y enumerando las dificultades que se tuvieron para no alcanzar las metas previstas. Esta forma de evaluación, por lo general, se basa en un análisis cuantitativo o cualitativo con indicadores de estructura, proceso y resultados.

Los indicadores de estructura buscan medir la oferta básica del servicio que presta el programa. Los más utilizados son los indicadores de accesibilidad y disponibilidad. En relación a los indicadores de proceso, se busca evaluar el funcionamiento y utilización del programa. Los más utilizados son los que tienen que ver con las actividades del programa, la productividad, el uso, utilización y calidad del mismo. En cuanto a los indicadores de resultados se busca conocer cuáles son los logros del programa y los indicadores más utilizados son los de cobertura, eficiencia, eficacia y efectividad.

En el Perú, muchos son los programas y planes que se ejecutan en cumplimiento de los objetivos del sector. Sin embargo, la mayoría de ellos son evaluados en función de la capacidad de gasto en relación al presupuesto asignado (ejemplo: los programas estratégicos presupuestales).

Aunque conscientes del incremento de elaborar evaluaciones de programas, proyectos o planes, es importante mencionar que aún hay confusión acerca de la metodología de la evaluación.

El reto pendiente de las evaluaciones es el uso de las recomendaciones derivados de sus resultados en la gestión pública, lo que requiere en muchos casos, mayor planificación, oportunidad y voluntad política. Las recomendaciones de una evaluación pueden derivar en mejoras en el diseño (focalización, horizonte temporal, protocolos, intensidad, entre otros), en la gestión e implementación de un programa (por ejemplo la asignación presupuestal).

Otro reto pendiente consiste en establecer los mecanismos para la selección y priorización de las evaluaciones y tipos de evaluaciones, recoger la demanda de los sectores y generar una agenda de evaluaciones pública nacional.

Una condición imprescindible para evaluar un programa es que sea “evaluable”; es decir, se debe hacer una valoración de la evaluabilidad del mismo.¹⁷ Este proceso comprueba si se cumple con una serie de condiciones para ser evaluado, pues si no es así, se corre el riesgo de diseñar una evaluación basándose en datos inapropiados.

La evaluabilidad debe cumplir con las siguientes etapas:

- Identificar a los usuarios de la evaluación y descubrir que necesitan saber
- Tener definido el programa
- Especificar metas y efectos esperados.
- Garantizar que las actividades puedan llevarse a cabo
- Alcanzar un acuerdo sobre las actividades y metas del programa que puedan medirse y probarse.
- Alcanzar un acuerdo sobre el grado de evaluación
- Garantizar que el programa se ejecutara de acuerdo con las previsiones.

Luego del proceso de evaluabilidad, se debe elaborar el plan de evaluación. Para ello, el equipo de gestión a cargo debe considerar tres puntos claves, el primero que la evaluación que realice puede abordar diferentes aspectos del programa o proyecto, dentro de los que se destacan:

- Valoración de necesidades: se refiere a si el programa es necesario o no. También se evalúan las condiciones sociales y de salud a las que debe dirigirse el programa.
- Conceptualización del programa: Se refiere al hecho de si el programa está bien diseñado.
- Operatividad del programa: En este aspecto, se evalúan la implementación del programa.

- Resultados e impactos del programa: Se investiga si el programa está alcanzando los resultados deseados e inclusive si hay efectos colaterales positivos o negativos no previstos.
- Costo y eficiencia del programa: Se determina si el programa es costo efectivo, si es sostenible en el tiempo.

El segundo punto clave es aplicar una metodología sencilla para la evaluación. Esta metodología consta de tres fases:

- Fase 1: Análisis del diseño del programa
Se revisa las metas u objetivos, los resultados, las actividades y los insumos que serán evaluados de acuerdo a lo estipulado en el programa. Es en este momento cuando se pueden replantear o ampliar las ideas originales. Para ello, los equipos técnicos del proyecto, en consulta constante con el cooperante, amplían, explicitan o concretizan indicadores formulados de manera ambigua en el diseño o incorporan indicadores claves no considerados antes en los instrumentos de planificación.
- Fase 2: Diseño del plan de evaluación
Para elaborar el plan de evaluación, el equipo retoma los indicadores operacionales, también llamados indicadores objetivamente verificables, de las metas de impacto y efecto, y decide sobre los datos necesarios para medirlos, la fuente y el método de los datos, la frecuencia de recolección y el responsable de cada dato.
- Fase 3: Elaboración de instrumentos de evaluación
Una vez realizados los planes, en donde se determinan los datos necesarios para la construcción de indicadores en los diferentes niveles de la jerarquía, el equipo elabora los instrumentos. En esta fase, se definen las técnicas adecuadas de medición de los indicadores de las metas u objetivos (estructura, proceso o resultado).

En cuanto al tercer punto clave, deberemos abordar los diferentes tipos de diseño. Un aporte importante en cuanto a diseños es el de Campbell y Stanley, cuya propuesta, aunque no es específicamente para programas de salud, puede tener utilidad. A continuación las mencionamos:

- Estudio de casos: Se basa en que se escoge un grupo de personas a las cuales se les aplica el programa y luego se evalúan los resultados del programa. Su limitación está en el hecho de que no se pueden generalizar los resultados. Sin embargo, puede ser utilizado cuando se está comenzando a aplicar el programa como proyecto piloto a los fines de hacer los ajustes iniciales necesarios.
- Pretest- posttest: Consiste en escoger un grupo de personas a las que no se les haya ejecutado el programa. Se evalúa antes y después de administrar el programa los aspectos que interesan. Su limitación es que los resultados obtenidos pueden contener sesgos debido a múltiples factores.
- Comparación de grupos: En este caso se seleccionan dos grupos de personas uno que haya accedido al programa y otro que no tenga acceso al mismo comparándose los resultados que se esperan obtener con el programa en ambos grupos. La limitación principal es que los resultados pueden estar afectados por la variable de control que se establece entre los dos grupos.
- Pretest- posttest con grupo control: Se trata de seleccionar en forma aleatoria dos grupos que estén en condiciones de acceder al programa y se les aplica un pretest. Posteriormente al primer grupo se le suministra información sobre el programa y se aplica un posttest. La principal limitación es que se puede encontrar un incremento del uso del programa por parte de ambos grupos motivados por la aplicación del pretest.

- **Diseño Salomón con cuatro grupos:** Se seleccionan en forma aleatoria cuatro grupos que estén en condiciones de acceder al programa, al grupo 1 y 2 se les aplicara el pretest y al grupo 1 y 3 se les dará información sobre el programa. El postest se les aplicará a los cuatro grupos. La limitación principal es que los resultados obtenidos pueden deberse a que los grupos participantes están conociendo en el corto plazo los efectos del programa, tanto de manera indirecta (con el pretest) como de manera directa (con la información suministrada sobre el programa).
- **Postest con grupo control:** Para este diseño se seleccionan dos grupos de personas que estén en condiciones de acceder al programa, solo al primer grupo se les suministra información sobre el programa y se aplica un postest a ambos grupos. La limitación consiste en que al omitir el pretest no se puede verificar si la selección fue aleatoria lo que puede llevar a sesgos y a interpretar los resultados de forma errónea.
- **Series de tiempo:** Consiste en seleccionar un grupo de personas que puedan acceder al programa y se les aplica un pretest por un largo periodo de tiempo. Posteriormente, se les da información sobre el programa y se les aplica el instrumento de evaluación nuevamente a lo largo de un periodo de tiempo. Una de las ventajas es que este tipo de diseño permite evaluar las ventajas del programa en el largo plazo, más allá del efecto novedad de los casos anteriores. Su limitación es que no hay control sobre agentes externos que puedan estar influyendo en los resultados encontrados, que no dependan del programa y que coincidan con la aplicación del estudio.
- **Muestras temporales equivalentes:** Se escoge un grupo de personas que puedan acceder al programa se les da información sobre el mismo y se aplica un instrumento de evaluación. En un segundo momento, se le impide al grupo el acceso al programa, aplicándose nuevamente el instrumento de evaluación. En un tercer momento, se les permite acceder al programa y se aplica nuevamente el instrumento de evaluación. Los momentos 2 y 3 se repiten en forma alternativa varias veces. La principal limitación es que

se corre el riesgo de estar midiendo los efectos transitorios de la disponibilidad del programa.

- Diseño con grupo control no equivalente: Se seleccionan dos grupos y a cada grupo se le aplica un pretest. A uno de los grupos se le da acceso al programa y luego se aplica un posttest. La principal desventaja es el sesgo de selección de los grupos.
- Series de tiempo múltiple: Se seleccionan dos grupos y ambos grupos se les aplica un pretest varias veces a lo largo del tiempo. Al usar referencias múltiples (grupos), la validez externa o la generalidad de los descubrimientos es mejorada – podemos ver si los efectos ocurren con grupos diferentes o bajo condiciones diferentes.

El efecto ideal de un programa es lograr los objetivos previstos y mantenerlos en el tiempo.

1.2 Situación de la esquizofrenia en el Perú

La esquizofrenia tiene un profundo impacto en la persona y puede ser considerada una adversidad significativa en la vida. Los individuos que desarrollan esquizofrenia tienen cada uno su propia y única combinación de síntomas y experiencias, el patrón exacto de que se verá influido por sus circunstancias particulares.^{18,19}

En el Perú, la carga de enfermedad para el año 2012 se estimó en 5,800.949 años saludables perdidos, que representa una razón de 192,5 años por mil habitantes, la misma que se concentra principalmente en el grupo de las enfermedades no transmisibles (60,5% del total de AVISA). Las enfermedades neuropsiquiátricas fueron las que ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de 1,010.594 años saludables perdidos; es decir 17,4% del total, que representa una razón de 33,5 años por mil habitantes.²⁰

Incluso, en un análisis más detallado del precitado estudio, se describe que las enfermedades neuropsiquiátricas que cobraron mayor relevancia fueron la

depresión unipolar, la esquizofrenia, la dependencia y abuso de alcohol. La esquizofrenia es una de las condiciones crónicas que presenta los padecimientos más severos, debido al fuerte deterioro emocional, cognitivo, psicológico y social, con un alto riesgo de suicidio y el menoscabo de la calidad de vida de la persona y de su familia.

Según el Ministerio de Salud, más de 280 mil personas en el Perú padecen de esta patología, que suele iniciarse entre los 15 y 25 años de edad en varones, y entre los 25 y 35 años en las mujeres. El riesgo de padecer esta enfermedad durante toda la vida se ha calculado en aproximadamente 1% para la población general, en comparación con un riesgo de 9% para los hermanos y 13% para los hijos de una persona con esquizofrenia, riesgo que aumenta al 40% si ambos padres padecen la enfermedad.^{21, 22}

Además, se estima que solo el 62% de ellos cuenta con diagnóstico definido y recibe tratamiento, mientras que el grupo restante no acude a los servicios de salud y/o no tiene acceso para ser tratado por un médico psiquiatra.^{23,24}

En consecuencia, destinamos a los pacientes con esquizofrenia a no ser atendidos oportunamente, que a su vez se traduce en mayor carencia de oportunidades de educación y de generación de ingresos, limitación de sus posibilidades de desarrollo económico y de acogerse a las redes sociales o simplemente gozar de un reconocimiento social en la comunidad.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura de 40% a 60% mayor que la población general y alcanzan tasas de mortalidad de 5% a nivel nacional; y esto debido a la comorbilidad psiquiátrica, como, por ejemplo, la conducta suicida, los síntomas ansiosos y depresivos y los trastornos por consumo de sustancias, que tienen a menudo un efecto negativo en el curso de la esquizofrenia, mientras que las comorbilidades médicas como la diabetes, cánceres, enfermedades cardiovasculares e

infección por VIH pueden contribuir a reducir la vida media de las personas con esta patología.²⁵

Esta enfermedad, que a menudo es de tipo crónico, puede caracterizarse mediante tres fases:

- Fase aguda (o crisis): Durante esta fase, los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y, generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser también más intensos.
- Fase de estabilización (o postcrisis): Durante esta fase, se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de seis meses o más tras el inicio de un episodio agudo.
- Fase estable (o de mantenimiento): Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. Cuando persisten los síntomas negativos (déficit) y/o positivos, como delirios, alucinaciones o trastornos del pensamiento, a menudo están presentes en formas atenuadas no psicóticas (por ejemplo, circunstancialidad en vez de relajación, ilusiones en vez de alucinaciones, ideas sobrevaloradas en vez de delirios).

Otra característica importante del curso natural de esta patología es su cronicidad, situación que genera el continuo monitoreo de la adherencia al tratamiento. La mayoría de los estudios en pacientes esquizofrénicos sitúan el nivel de incumplimiento terapéutico alrededor de un 40%. Se demuestra que aproximadamente un 25% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento en los primeros 7-10 días tras el alta hospitalaria; un 50% durante el primer año, y hasta un 75% durante el segundo año.^{26,27,28}

La remisión completa no es frecuente en esta enfermedad. Generalmente, algunos pacientes continúan afectados, algunos parecen mantener un curso relativamente estable, mientras que otros presentan un empeoramiento progresivo asociado a una discapacidad grave.

El cuadro clínico de esta patología se caracteriza por síntomas positivos (alucinaciones, delusiones, pensamiento desordenado, problemas del lenguaje, comportamiento extraño, aumento o disminución motora) y síntomas negativos (afecto inapropiado, falta de motivación, pobreza del habla, retraimiento, falta de energía, lentitud, pobre aprendizaje y falta de cuidado personal).²⁹

Se debe tener en cuenta que en la fase inicial de la enfermedad, pueden predominar los síntomas negativos y manifestarse fundamentalmente en alteraciones prodrómicas. Posteriormente, aparecen los síntomas positivos. Dado que estos síntomas positivos responden especialmente bien al tratamiento, es característico que disminuyan; sin embargo, suelen persistir los síntomas negativos durante el curso de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento, es indispensable la elaboración de un plan y siempre que sea posible debemos de involucrar a la familia. Los objetivos del tratamiento son la reducción de la frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales de los episodios.

Cuando abordamos a un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, planteamos en primera instancia la Intervención farmacológica. Los fármacos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia; sin embargo, otras medicaciones, como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes.

Las medicaciones antipsicóticas pueden dividirse en dos grandes líneas: los antipsicóticos convencionales eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas de la esquizofrenia y los antipsicóticos atípicos tan eficaces como los

convencionales pero con menos efectos secundarios (temblor y rigidez corporal, lentitud de movimientos, dificultad para hablar y la marcha, sensación de intranquilidad, visión borrosa, dificultad para orinar, alteraciones en la menstruación, disminución del deseo sexual, entre otros); por ello, son más aceptados por los pacientes.^{30,31}

Entonces, como ya se ha mencionado anteriormente, realizar intervenciones sanitarias que involucren la prescripción de antipsicóticos e involucrar a la familia en el manejo integral del paciente, aseguran el éxito del tratamiento a largo plazo, ya que de acuerdo a los resultados de investigaciones previas se ha demostrado que si los pacientes con esquizofrenia retornan a hogares con climas afectivos negativos de emociones expresadas, es mayor el riesgo de recaídas; y esto debido a que la familia funciona como un sistema y como tal, tiene funciones y roles; que frente a este tipo de problema de salud entra en crisis, pero que su capacidad de adaptación le facilitara identificar y desarrollar factores protectores que disminuyan los sentimientos negativos (hostilidad, rechazo, agresividad entre otros) hacia el paciente y que favorecerían a que la familia retorne a su funcionalidad.^{32,33,34}

Es decir, la importancia de la red de apoyo familiar fortalece la calidad de vida del paciente con esquizofrenia y contribuyen a la conservación de su estado cognitivo y haciendo posible su reinserción precoz a la sociedad, de acuerdo a sus capacidades funcionales y a las oportunidades que en ella encuentre.

Definición de términos

1. Programa de salud: Conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población.
2. Indicadores: Son las variables que ayudan a medir la efectividad y la eficiencia de un programa y a la hora de elegirlos debemos tener en cuenta su grado de validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad.
3. Adherencia al tratamiento farmacológico: Grado de cumplimiento de la toma del tratamiento farmacológico, que toma en cuenta si alguna vez el paciente

olvida tomar los medicamentos, teniendo en cuenta si lo hace a las horas indicadas o si deja de tomar la medicación cuando ya se siente bien o cuando alguna vez se siente mal.³⁵

4. Intervención Psicoeducativa: Es una intervención que apoya el proceso de rehabilitación enseñando al paciente y su familia acerca de la enfermedad mental y las habilidades para afrontarla, que le ayudarán a vivir satisfactoriamente en la comunidad.³⁵
5. Recaída: Reaparición de los síntomas durante el primer año de tratamiento. Los factores socio-ambientales influyen en este proceso. Una persona podría tener una recaída en algún momento de su vida, incluso cumpliendo con la medicación.³⁶
6. Red de Apoyo Familiar: Comprende la protección y ayuda que la familia otorga a un paciente con trastorno psiquiátrico. Se considera los siguientes aspectos: cuidados básicos (alimentación, higiene, vestimenta, entre otros), implicancia en el tratamiento, interacción social, comunicación y expresión de afecto.³⁶
7. Síntomas psicóticos: Conjunto de alteraciones (positivas y negativas) donde predominan las ideas delirantes, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción, afectivos, de la voluntad y del lenguaje. El curso de los síntomas puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico.³⁷
8. Efectos adversos: Conjunto de síntomas y signos que aparecen en relación a un tipo de fármaco, su dosis o su continuidad en el curso de la enfermedad, los cuales suelen desaparecer al retirar la medicación.³⁸
9. Parámetro Clínico: Dato o factor que se toma como necesario para analizar o valorar una situación de salud.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

Hipótesis

Por el tipo de estudio y diseño que se ha elaborado, esta investigación no tiene hipótesis.

Variables

Las variables planteadas son el programa de prevención de recaídas y los parámetros clínicos.

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	NÚMERO	NATURALEZA	TIPO	VALOR
Programa de prevención de recaídas	Recaídas	Dicotómico	Cualitativa	Nominal	Si No
	Grado de adherencia al tratamiento farmacológico	Dicotómico	Cualitativa	Nominal	Si No
Parámetros clínicos	Presencia de síntomas psicóticos	Dicotómico	Cualitativa	Nominal	Positivos Negativos

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño

La investigación es de tipo aplicada, porque tiene como finalidad la resolución de problemas prácticos.³⁹

DISEÑO

El presente estudio ha planteado tres objetivos específicos, dos de ellos buscan conocer la implementación de la estructura y procesos del programa de prevención de recaídas. En ambos casos, la evaluación se realizó a través de indicadores cuantitativos, medidos al inicio y al término del programa.

1. Indicadores de estructura

Accesibilidad:

- Número de pacientes asegurados ingresados al programa
- Número de personal de salud asignado al programa
- Número de ambientes asignados al programa

Disponibilidad:

- Número de médicos /población objetivo
- Número de personal de salud/población objetivo

2. Indicadores de proceso

Productividad:

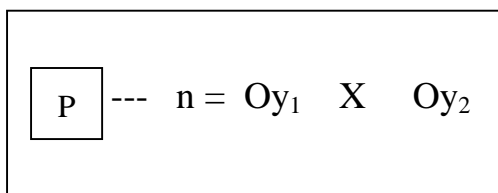
- Número de atenciones (consultas y sesiones)/número de horas médico disponible

Concentración:

- Número de atenciones de casos con esquizofrenia/número de pacientes con esquizofrenia.

Para determinar los resultados del programa, el diseño aplicado es cuasi experimental.

El investigador siguió el siguiente esquema que responde a un estudio cuasi experimental:



Donde:

- P = Población
- n = Muestra de estudio (pacientes con esquizofrenia de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales).
- O = Observación
- Oy₁ = Evaluación basal de los parámetros clínicos (recaídas, síntomas psicóticos, adherencia al tratamiento).
- Oy₂ = Evaluación luego de la intervención.
- X = Intervención

Los indicadores de resultado que se plantearon para esta evaluación fueron:

Cobertura

- Proporción de personas con necesidades de servicios de salud que recibe la atención para tal necesidad

Efectividad

- Proporción de pacientes que disminuyeron la aparición de recaídas
- Proporción de pacientes que incrementaron la adherencia al tratamiento farmacológico
- Proporción de pacientes que disminuyeron los síntomas psicóticos

Sujetos, universo y muestra

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la evaluación de resultado, se determinó el tamaño de la muestra según el periodo de reclutamiento del estudio. Para ello, se incluyeron a 302 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra, los criterios de inclusión son:

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, diagnosticado por un psiquiatra a través de los criterios diagnósticos descritos en el CIE 10.
2. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, mayores de 15 y menores 60 años de edad.
3. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, sin signos positivos mentales (psicóticos, del ámbito de sentimiento, vegetativos y de la motricidad).
4. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que cuenten con red de apoyo familiar
5. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y sus familias que deseen participar voluntariamente en el programa.

Procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos

Para la implementación del estudio, inicialmente se realizaron los trámites administrativos pertinentes para la autorización por parte del Director del Hospital, Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación y Médico Jefe del Servicio de Psiquiatría. Luego, se realizaron las coordinaciones necesarias con las técnicas de enfermería del servicio de psiquiatría.

Una vez aprobada la investigación por la sede hospitalaria, se procedió a realizar la línea de base de los indicadores de estructura, de proceso y de resultado, según la metodología del estudio.

Para la recolección de la información de los indicadores de estructura y proceso, se realizó la revisión de los informes de la oficina de estadística e informática del hospital.

Para el caso de los indicadores de resultado, primero se convocó a participar en el programa a la muestra seleccionada según los criterios establecidos, previa firma del consentimiento informado correspondiente (Anexo 4).

Luego se aplicó la Escala BPRS y el Test de Morisky. Asimismo, fue necesaria la apertura de una hoja de seguimiento y la historia clínica.

Se ejecutaron las 10 atenciones médicas programadas (una vez al mes) y las 6 sesiones psicoeducativas multifamiliares (una vez a la semana).

Al concluirse con las prestaciones mencionadas, se realizó la recolección de la información post intervención.

El total de la información recolectada fue procesada utilizando un paquete estadístico. Para ello, se construyó una base de datos, se crearon y codificaron las variables de acuerdo a los objetivos de estudios. Los datos recopilados en las fichas fueron tabulados en la base de datos. Posteriormente, se realizó la depuración y consistencia de los datos.

Además, los resultados de las variables del pretest y posttest fueron analizados utilizando la estadística inferencial de la prueba de t de student para datos relacionados (variables numéricas), mientras que para las variables cualitativas se utilizó la prueba para proporción estadístico Z. Asimismo, los resultados fueron presentados en gráficos para su análisis e interpretación; (datos generales y específicos), acorde a los objetivos del estudio. Los resultados fueron presentados en gráficos para su análisis e interpretación; (datos generales y específicos), acorde a los objetivos del estudio.

Instrumentos de recolección utilizados

Indicadores de estructura, proceso y resultado

En el presente trabajo, se han planteado 11 indicadores (4 de estructura, 2 de proceso y 4 de resultado). Para la recolección de información, fue necesario la elaboración de una base de datos.^{39,40, 41}

La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Fue concebida en 1962 por Overall y Gorham; es un instrumento sencillo y sensible al cambio en la severidad de la psicopatología, que se utiliza para evaluar de forma rápida y eficiente el efecto del tratamiento en pacientes psiquiátricos, especialmente esquizofrénicos. Además, ha sido empleada para describir, cuantificar y clasificar psicopatología; y para separar a los pacientes en grupos clínicamente homogéneo en los que se podría esperar una mayor respuesta a un determinado tratamiento. En 2001, se realizó la validación del BPRS en el Perú y se concluyó que la versión en castellano del BPRS es psicométricamente aceptable y puede ser utilizado como un instrumento para medir la evolución de nuestros pacientes.⁴²

La escala consta de 18 ítems, Se registró el puntaje en siete categorías, según la siguiente puntuación: 1 (No presente), 2, (Muy Leve), 3 (Leve), 4 (Moderado), 5 (Moderado Grave), 6 (Grave), 7 (Muy Grave) y 9 (No evaluado).

Test de Morisky

Fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA), sin embargo, desde que fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

Este instrumento ha demostrado tener una fuerte evidencia de fiabilidad y validez. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: ¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?, ¿olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?, Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? y si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como cumplidor si responde “No” a las cuatro preguntas.

Aspectos éticos

En la investigación, se respetó a la persona como un ser autónomo, único y libre, que tiene el derecho y la capacidad de tomar la propia decisión de participar en esta investigación. Por ello, para lograr el consentimiento informado, se informó a los pacientes y sus familias que la información que proporcionarían era de carácter anónimo y confidencial y solo serían utilizadas para fines de estudio, dándole la opción de retirarse en cualquier momento según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía.

Al término de la investigación, los resultados se presentarán a la dirección del Hospital Sergio Bernales, a fin de contribuir a la toma de decisiones pertinentes y oportunas, que reorienten las prestaciones hacia la mejora de la salud de la población.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se presentan los resultados de la evaluación de los indicadores de estructura y proceso planteados previamente.

Tabla 2. Resultados de la evaluación de los Indicadores de estructura

Nombre del indicador	Fórmula	Medición basal	Medición final
Accesibilidad	Número de pacientes asegurados ingresados al programa	93%	100%
	Número de personal de salud asignado al programa	4	4
	Número de ambientes asignados al programa	2	2
Disponibilidad	Número de médicos /población objetivo	$2/1160=0.17\%$	$2/1202=0.16\%$
	Número de personal de salud/población objetivo	$4/1160=0.34\%$	$4/1202=0.33\%$

En cuanto a los indicadores de estructura (ver tabla 2), el número de pacientes que contaban con un seguro de salud al inicio fue del 93% y al finalizar la intervención el porcentaje de pacientes restantes fue afiliado al seguro integral de salud. En cuanto al número de personal y ambientes asignados al programa, como se había proyectado esta no se modificó durante el proyecto. Aunque sí se observó una variación discreta de la población objetivo, sin embargo, esta situación no afectó el desarrollo del programa.

Tabla 3. Resultados de la evaluación de los Indicadores de proceso

Nombre del indicador	Formula	Medición basal	Medición final
Productividad	Número de atenciones (consultas y sesiones)/ número de horas médico disponible.	$2124/150*2=7.08$	$3109/150*2=10.36$

Concentración	Número de atenciones de casos con esquizofrenia / número de pacientes con esquizofrenia	2124/1160=1.83	3109/1202=2.58
---------------	---	----------------	----------------

En relación a los indicadores de proceso (ver tabla 3), como se puede observar el número de atención por horas de médico disponible aumento debido a la mayor oferta de los servicios (consultas médicas y sesiones psicoeducativas) que irrogo el programa. De igual forma, el número de atenciones a los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia se incrementó.

En cuanto a la evaluación de la efectividad de los resultados, se presentan los resultados de 302 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión planteados en la tesis. Se utilizó el análisis descriptivo (media, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas) y el análisis bivariado (prueba t de student para muestras relacionadas, prueba para una proporción estadístico Z y la prueba Chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%). Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 4. Características sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

Características sociodemográficas	□ ±DS	Min-Max
Edad	55,1±16,4	14-87
	N	%
< 35 años	43	14,2%
Entre 35 - 50 años	76	25,2%
> 50 años	183	60,6%
Sexo		
Masculino	163	54,0%
Femenino	139	46,0%
Total	302	100,0%

La edad promedio de los pacientes con esquizofrenia paranoide fue 55,1 años, osciló entre 14 y 87 años; asimismo, la mayor parte de pacientes (60,6%) son mayores de 50 años, seguido de los pacientes entre 35 y 50 años (25,2%). Además, el 54,0% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 46,0%, femenino (Ver tabla 4, gráfico 1).

Gráfico 1. Edad de los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

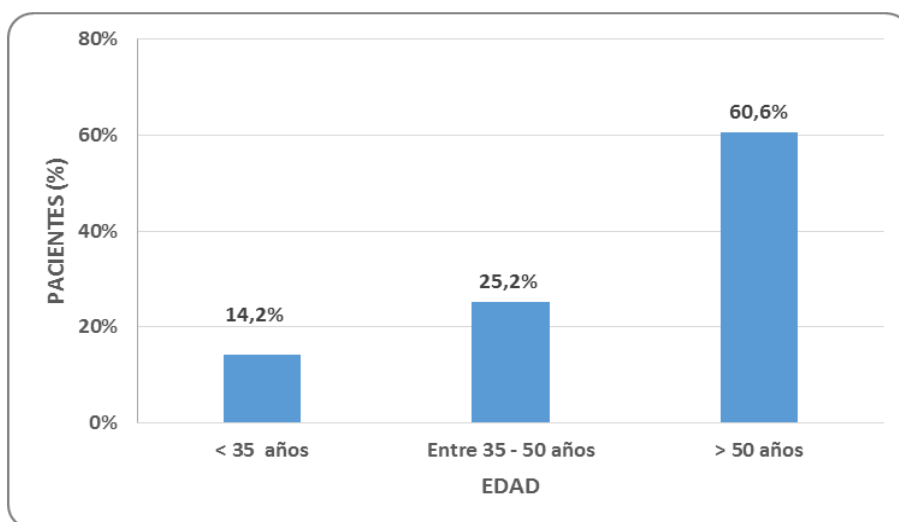
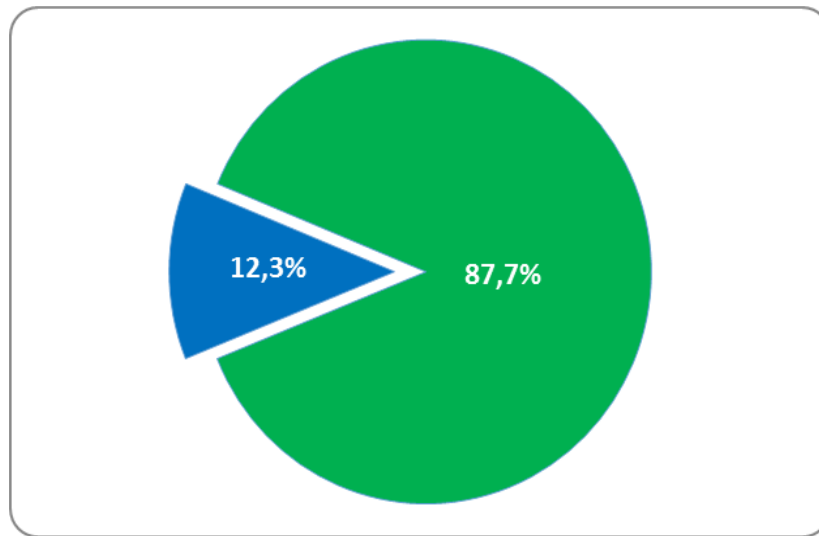


Tabla 5. Aparición de recaídas posterior al programa en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales 2014

Recaídas	N	%
Sí	37	12,3%
No	265	87,7%
Total	302	100,0%

Según la tabla 4, se observó que solo el 12,3% los pacientes con esquizofrenia que participaron en el programa presentaron recaídas, mientras que el 87,7% de los pacientes no la presentaron (Ver tabla 5, gráfico 2).

Gráfico 2. Aparición de recaídas posterior al programa en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014



Prueba estadística para medir los resultados previos y posteriores al programa de prevención de recaídas.

Pre	Post	P*
53,0%	12,3%	<0,001

* Prueba para una proporción estadístico Z

Pre= Proporción de aparición de recaídas referencial.

Post= Proporción de aparición de recaídas posterior al programa.

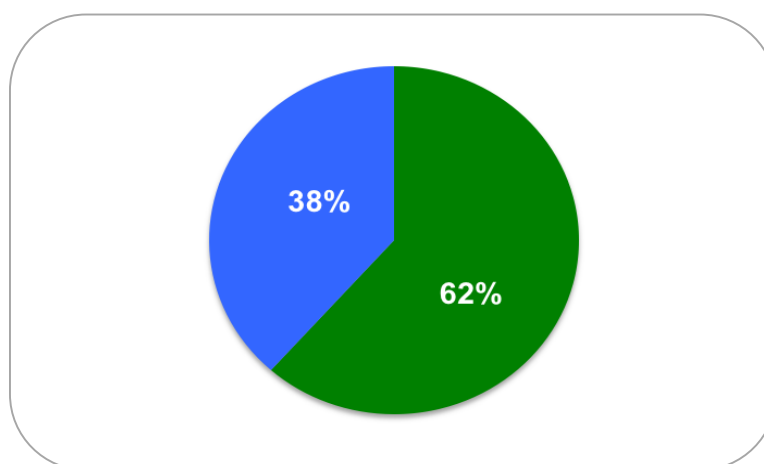
Se observó que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia posterior al programa de prevención de recaídas fue menor al porcentaje referencial de recaídas, y se encontró que esta disminución es significativa ($p < 0,001$).

Tabla 6. Adherencia al tratamiento posterior al programa en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

Adherencia	N	%
Sí	186	62,0%
No	116	38,0%
Total	302	100,0%

Como se puede observar, los pacientes con esquizofrenia que participaron en el programa de aparición de recaídas están adheridos al tratamiento farmacológico en un 62%, mientras que el 38% de los pacientes no lo estaban. (Ver tabla 6, gráfico 3).

Gráfico 3. Adherencia al tratamiento posterior al programa en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales 2014.



Prueba estadística para medir los resultados previos y posteriores al programa de prevención de recaídas.

Pre	Post	P*
40,0%	62,0%	<0,001

* Prueba para una proporción estadístico Z

Pre= Proporción de adherencia al tratamiento farmacológico referencial.

Post= Proporción de adherencia al tratamiento farmacológico posterior al programa.

Se observó que la proporción de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia posterior al programa de aparición de recaídas adheridas al tratamiento farmacológico fue mayor a la proporción referencial de pacientes con esquizofrenia adheridos al tratamiento farmacológico. Se observó un aumento significativo ($p < 0,001$).

Tabla 7. Principales efectos adversos en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

Efectos adversos *	N	%
Disminución de la P.A.	85	28,1%
Rigidez corporal	76	25,2%
Dificultad para orinar	75	24,8%
Galactorrea	72	23,8%
Aumento del apetito	69	22,8%
Disfunción eréctil	63	20,9%
Temblor corporal	55	18,2%
Constipación	52	17,2%

* Respuesta múltiple

Entre los principales efectos adversos de los pacientes con esquizofrenia encontramos: la disminución de la presión arterial (28,1%), seguido de la rigidez corporal (25,2%), dificultad para orinar (24,8%), galactorrea (23,8%), aumento de apetito (22,8%), disfunción eréctil (20,9%), temblor (18,2%) y constipación (17,2%) (ver tabla 7, gráfico 4, anexo 4.1).

Gráfico 4. Principales efectos adversos en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

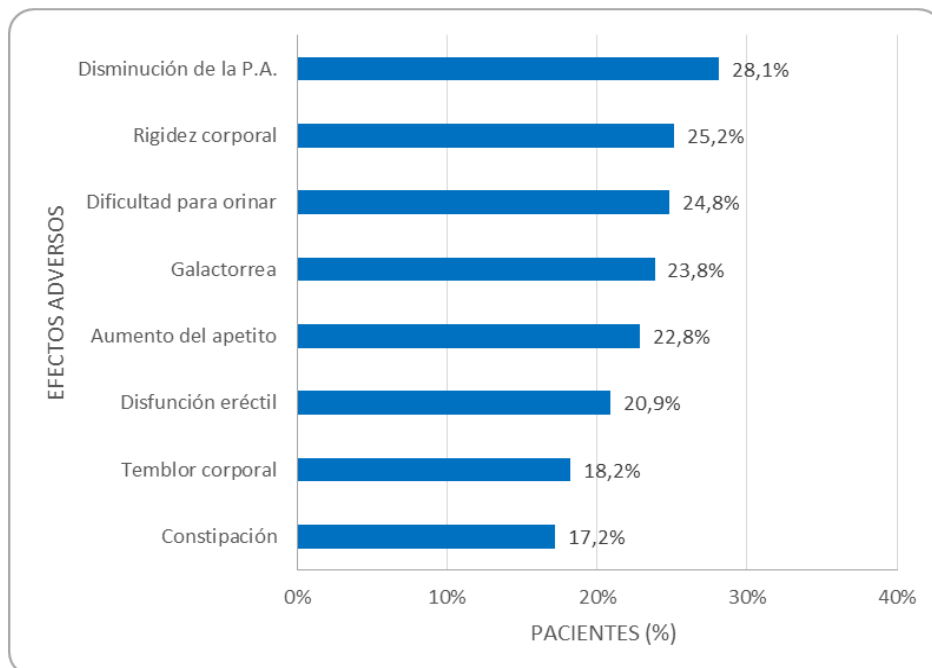


Tabla 8. Principales fármacos administrados en los pacientes con esquizofrenia de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

Fármacos	N	%
Biperideno	73	24,2%
Risperidona	65	21,5%
Clonazepam	63	20,9%
Levomepromazina	45	14,9%
Trifluoperazina	43	14,2%
Clozapina	42	13,9%

* Respuesta múltiple

Entre los principales fármacos administrados en los pacientes con esquizofrenia encontramos: biperideno (24,2%), seguido de risperidona (21,5%), clonazepam (20,9%), levomepromazina (14,9%), trifluoperazina (14,2%) y clozapina (13,9%), (ver tabla 8, gráfico 5, anexo 4.2).

Gráfico 5. Principales fármacos administrados en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

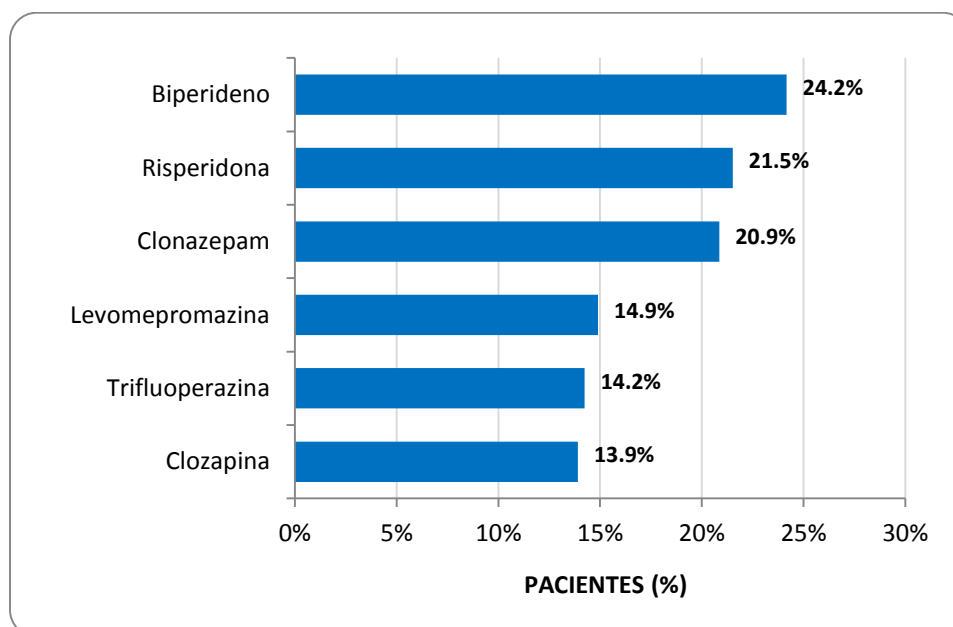


Tabla 9. Pacientes con esquizofrenia paranoide que participaron en el programa y disminuyeron los síntomas psicóticos

Síntomas psicóticos	N	%
Sí	179	59,3%
No	123	40,7%
Total	302	100,0%

Como se puede observar, posterior el programa de prevención de recaídas, el 59,3% de los pacientes con esquizofrenia disminuyeron los síntomas psicóticos; mientras que el 40,7% no disminuyó sus síntomas (ver tabla 9, gráfico 6).

Gráfico 6. Pacientes con esquizofrenia paranoide que participaron en el programa y disminuyeron los síntomas psicóticos

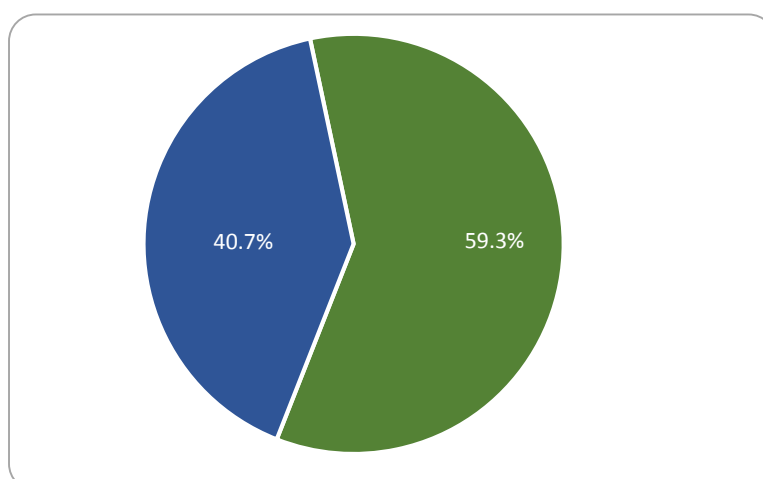


Tabla 10. Puntaje en la Escala BPRS de los síntomas previo y posterior al programa de prevención de recaídas en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, 2014

Síntomas	Pre		Post		P*
	□±DS	Min-Max	□±DS	Min-Max	
Puntaje promedio de los síntomas	30,7±9,8	9- 56	29,1±9,3	9-51	0,023

* Prueba t de student para muestras relacionadas

El puntaje promedio de los síntomas psicóticos en los pacientes con esquizofrenia previo al programa de prevención de recaídas fue 30,7±9,8, mientras que posterior

al programa de prevención de recaídas el puntaje de los síntomas psicóticos fue $29,1 \pm 9,3$. Se observó una disminución significativa en los puntajes promedios de los síntomas antes y después del programa de prevención ($p=0,023$), es decir; los pacientes disminuyeron sus síntomas de manera significativa (ver tabla 10).

Tabla 11. Presencia de síntomas negativos y positivos pre y post al programa de prevención de recaídas en los pacientes con esquizofrenia paranoide de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales 2014.

Puntaje promedio de los síntomas	Pre		Post	
	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Negativos	$14,8 \pm 7,1$	4 - 28	$13,9 \pm 6,7$	4-28
Positivos	$15,9 \pm 7,1$	4- 28	$15,2 \pm 6,6$	4-28

El puntaje promedio de los síntomas negativos en los pacientes con esquizofrenia previo al programa de prevención de recaídas fue $14,8 \pm 7,1$, mientras que posterior al programa fue $13,9 \pm 5,7$. Por otro lado, el puntaje promedio de los síntomas positivos en los pacientes con esquizofrenia previo al programa fue $15,9 \pm 7,1$; mientras que posterior al programa fue $15,2 \pm 6,6$ (Ver tabla 11), resultado que refuerza la significancia previamente citada.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En relación al cumplimiento de los indicadores de estructura y proceso, comentar que se había proyectado no incrementar el número de recurso humano para su implementación, debido a conversaciones previas con la dirección general del hospital, que manifestó no contar con disponibilidad económica para financiar el programa. Por ello, se tuvieron que generar estrategias que no irrogaran presupuesto; por ejemplo, reestructurar los horarios de atención y desarrollar actividades colectivas.

Muy a pesar de haber propiciado reuniones con servicios afines (psicología y servicio social), no se logró concretar su participación debido a la sobrecarga laboral que ambos manifestaron y el poco interés de investigar del personal de salud.

En cuanto a la evaluación de los indicadores de resultado, el estudio no cuenta con grupo control, hecho discutible que disminuye la calidad del estudio; para ello, se definió una muestra de 302 pacientes y sus familias, con el objetivo de disminuir el sesgo que nos puede causar este hecho.

Una de las mediciones fue determinar las características demográficas de los pacientes que participaron en el estudio, nosotros identificamos mayor porcentaje de pacientes varones con un promedio de edad de 55 años. Este hallazgo, a diferencia de otras investigaciones, incluye en sus estudios a muestras más jóvenes. En nuestro caso, debemos resaltar que el hospital es un establecimiento III-1 referencial, que atiende a pacientes crónicos por largos periodos y que a causa de la escasa capacidad resolutive psiquiátrica de las redes de salud, es conveniente brindarles la continuidad de la atención por periodos prolongados, ya que al contra referirlo se podría fomentar la recaídas del cuadro.

Otros hallazgos identificados en el estudio fue la presencia de efectos adversos, tales como la disminución de la presión arterial (28,1%), rigidez corporal (25,2%), dificultad para orinar (24,8%), galactorrea (23,8%), aumento de apetito (22,8%), disfunción eréctil (20,9%), temblor (18,2%) y constipación (17,2%). Asimismo, se

identificó que los principales fármacos administrados fueron: biperideno (24,2%), seguido de risperidona (21,5%), clonazepam (20,9%), levomepromazina (14,9%), trifluopromazina (14,2%) y clozapina (13,9%), ambos datos concordantes con otros estudios del mismo tenor.

En relación a los resultados hallados, se determinó que del 100% de pacientes incluidos en el programa el 12,3% presentó recaída, pero que a pesar de este hallazgo y a partir del contraste de las hipótesis planteadas en el estudio, se puede determinar que el porcentaje de aparición de recaídas en los pacientes con esquizofrenia posterior a la intervención, fue menor al porcentaje referencial de recaídas, demostrándose que esta disminución es significativa ($p < 0,001$). Este resultado es similar a lo reportado entre otros estudios como por ejemplo Pharoah *et al.* y Jun Xia *et al.* los que demuestran que la intervención familiar para la esquizofrenia y la psicoeducación, disminuyen la frecuencia de recaídas NNT 8; IC 6 a 11 y NNT 9; IC 7 a 14, respectivamente.

De la misma forma, en nuestro estudio se demostró que la proporción de pacientes con esquizofrenia posterior a la intervención adheridos al tratamiento farmacológico fue mayor a la proporción referencial, observándose un aumento significativo ($p < 0,001$). Lo anterior es consistente con lo reportado en el estudio que realizó Paucar, el cual demostró una relación significativa entre la no adherencia al tratamiento y el no cumplimiento de sus controles periódicos, tomando en cuenta que en nuestro estudio el programa consistía en intervenciones psicoeducativas y controles periódicos en consulta externa. Se concluye que ambas estrategias se potencian para mejorar los resultados. Adicionalmente, Pharoah *et al.* demostraron que la intervención familiar promueve el cumplimiento con la medicación (NNT 7; IC 4 a 19), aunque no afecta de manera notable la tendencia de los individuos y sus familias a abandonar la atención, variable que no fue medida en nuestro estudio.

Otro objetivo a medir en nuestro estudio fue determinar si el puntaje promedio de los síntomas psicóticos en los pacientes con esquizofrenia disminuiría luego de la intervención. Se logró demostrar una disminución significativa en los puntajes promedios de los síntomas antes y después de la intervención ($p = 0,023$), es decir; los pacientes disminuyeron sus síntomas de manera significativa, resultado que

coincide con lo reportado por Mayoral *et al.* que realizaron un estudio longitudinal en 18 meses, para evaluar la eficacia y la aplicabilidad de un programa de intervención familiar a los pacientes con esquizofrenia, demostrando que la sintomatología clínica mostro una mejoría significativa a los 12 meses, pero que dejo de serlo a los 18 meses. En nuestro estudio, no se ha determinado la continuidad de la mejoría clínica más allá de los 12 meses y eso debido al periodo de intervención que se ha realizado.

CONCLUSIONES

La evaluación de calidad del programa de prevención de recaídas, cumplió con los objetivos establecidos, denotándose que a pesar de no contar con el apoyo financiero de la entidad, las estrategias planteadas para mejorar la calidad de la oferta de salud genero un incremento de la productividad, concentración y cobertura en beneficio de los pacientes con esquizofrenia que se atienden en el Hospital Sergio E. Bernales.

Asimismo, se ha demostrado que a través de intervenciones de salud que involucren no solo a la persona sino también a la familia, se ha logrado disminuir la aparición de recaídas, aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y reducir los síntomas psicóticos de manera significativa, situación que invita a meditar al respecto.

Finalmente, urge la reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria, la evidencia demuestra que un sistema que no es accesible, coordinado, longitudinal e integral, está destinado al hospitalocentrismo, clientelismo y dependencia de la población a los servicios de salud. Cuando aprendamos a valorar el sentido de la coherencia y el patrimonio de salud de la población, romperemos esa necesidad imperiosa de contar con un médico sub especialista dentro de la consulta.

RECOMENDACIONES

A través del análisis realizado en nuestro estudio, la recopilación de información y datos reportados en la literatura, hemos identificado dos estrategias que fortalecerían el abordaje del paciente con problemas mentales, las intervenciones psicoeducativas y el tratamiento farmacológico.

Por ello, la recomendación central del estudio es generar mayor evidencia que demuestre la efectividad de los programas de salud, que como este contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas de salud mental.

Asimismo, es fundamental contar con lineamientos políticos que incentiven a la investigación, ya sea a través de apoyo financiero, administrativo o técnico, en todos los casos el único fin es contribuir a la salud de la población.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sánchez B. El cuidado de la Salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. *Revista de Actualizaciones de Enfermería* 2002; 5(1). <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-51/enfermeria5102-elcuidado/> (ultimo acceso 12 enero 2015).
2. Donabedian A. The Seven Pilars of Quality. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; <http://myslide.es/documents/calidad-asistencial-avedis-donabedian-2.html> (ultimo acceso 08 diciembre 2014)
3. Evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública a Nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional. *Boletín Virtual de Salud del Ministerio de Salud*, 2006, 28-29. http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1077_DGSP265.pdf (ultimo acceso 16 de diciembre 2014).
4. III Encuesta Anual sobre la Situación en el Perú. Provincia de Lima y Región Callao. *Barómetro Social del Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima*, 2009, 4. [http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_abr_2009b.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_abr_2009b.pdf) (ultimo acceso 18 de diciembre 2014).
5. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional denominado PLAN BICENTENARIO: El Perú hacia el 2021. *Normas legales del Ministerio de Salud*. 2011, 46-53. http://www.ceplan.gob.pe/documentos/_plan-bicentenario/ (ultimo acceso 18 de diciembre 2014).
6. La atención primaria de salud mas necesaria que nunca. *Informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud*, 2008, 12-15. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf (ultimo acceso 26 de enero 2015).
7. Hernández J. Evaluación de Resultados e Impactos de un Modelo de Salud Mental basado en la Comunidad en Localidades de Bogotá, DC. *Revista de Salud Publica* 2003; 5 (3). http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642003000300004 (ultimo acceso 12 de octubre 2016).

8. Mayoral F, Berrozpe A, De la Higuera J, Martínez-Jambrinad J, Luna J y Torres-González F. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicentrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría Salud Mental* 2015; 8(2). www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-90415178-S300 (ultimo acceso 16 de noviembre 2014).
9. De Silva MJ, Cooper S, Li HL, Lund C, Patel V. Efectos de las intervenciones psicosociales en el funcionamiento social en la depresión y la esquizofrenia: meta-análisis. *British Journal of Psychiatry* 2013; 202. <http://bjp.rcpsych.org/content/202/4/253.abstract> (ultimo acceso 18 de noviembre 2014).
10. Terzian E , Tognoni G , Bracco R , De Ruggieri E , Ficociello RA , Mezzina R y otros. La intervención social de la red en los pacientes con esquizofrenia y marcado aislamiento social: un estudio controlado aleatorio. *Revista Canadiense de Psiquiatría* 2013; 58(11). <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/mdl-24246433> (ultimo acceso 26 de diciembre 2014).
11. Pharaoh F, Mari JJ, Rothbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia (Review). *Biblioteca Cochrane Plus* 2008; 12(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21154340> (ultimo acceso 21 de noviembre 2014).
12. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Biblioteca Cochrane Plus* 2011. 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21678337> (ultimo acceso 27 de diciembre 2014).
13. Zhanchou Zhang, Jinguo Zhai, Qinling Wei, Jingfeng Qi, Xiaofeng Guo y Jingping Zhao. Cost-effectiveness analysis of psychosocial intervention for early stage schizophrenia in China: a randomized, one-year study. *BMC Psychiatry* 2014. 14(212). <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/212> (ultimo acceso 03 de enero 2015).
14. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Zuazagoitia J y Aldasoro E. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gaceta Sanitaria* 2009; 23(1)

- http://www.scielosp.org/pdf/gsv23n1/13_politica.pdf (ultimo acceso 22 de noviembre 2014).
15. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbi J y Garcia-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25(Supl1) <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2011/07/gsevaluacion.pdf> (ultimo acceso 16 de enero 2015).
 16. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. *Comunidad y Salud* 2006; 4(2) http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005 (ultimo acceso 12 de enero 2015).
 17. Hawe P, Deirdre D, Hall J, Brierly A y Villalbi J. *Evaluación en Promoción de la Salud*. Colección de planificación y gestión sanitaria. Barcelona: Masson España; 1993. <http://sid.usal.es/3113/8-1> (ultimo acceso 12 de enero 2015).
 18. Hales R, Yudofsky S y Gabbard G. *Tratado de psiquiatría clínica* (5ª ed). Madrid: Masson España; 2004. <http://media.axon.es/pdf/75306.pdf> (ultimo acceso 14 de enero 2015).
 19. NICE Clinical Guidelines, *Psychosis and schizophrenia in Adults*. London. National Collaborating Centre for Mental Health (UK); 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/> (ultimo acceso 06 de enero 2015).
 20. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años vida saludables perdidos. *Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud*, 2012. 28-32. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf> (ultimo acceso 11 de noviembre 2014).
 21. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú. *Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud* 2012, 4-8. <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Resumen%20Ejecutivo%202012%20-%202011%20PREVALENCIA%20DE%20VIDA%20Y%20EDAD%20DE%20INCI%20O%20DE%20TRASTORNOS%20PSIQUI%20C%20%81%20TRICOS%20EN%20EL%20PER%20C%20%9A%20URBANO.pdf> (ultimo acceso 11 de noviembre 2014).
 22. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú.

- Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Salud* 2012,16-21.
<http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Resumen%20Ejecutivo%202012%20-%202011%20PREVALENCIA%20DE%20VIDA%20Y%20EDAD%20DE%20INICIO%20DE%20TRASTORNOS%20PSIQUI%20C%27%81%20TRICOS%20EN%20EL%20PER%20C%27%9A%20URBANO.pdf> (ultimo acceso 11 de noviembre 2014).
23. Carga mundial de trastornos mentales y necesidades de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. *La 65.ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud* 2012, 5-8. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf (ultimo acceso 23 enero 2015).
24. Organización Mundial de la Salud. *La Esquizofrenia*. Nota de Prensa N° 397, Abril 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/> (ultimo acceso 19 enero 2015).
25. Reading B y Birchwood M. Early intervention in psychosis: Rationale and Evidence for Effectiveness. *Disease Manage Health Outcomes* 2005; 13(1) <http://link.springer.com/article/10.2165/00115677-200513010-00006> (ultimo acceso 01 enero 2015).
26. Abelleira C y Touriño R. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. En Abelardo Rodríguez González (ed.). *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. España: Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP); 2010. P 97-109.
27. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M y Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184(4). <http://bjp.rcpsych.org/content/184/4/346> (ultimo acceso 25 diciembre 2014).
28. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornes J y otros. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Especialidad de Psiquiatría* 2010; 38(Suppl. 1). <http://actapsiquiatria.es/repositorio/suplements/11/ESP/11-ESP-832226.pdf> (ultimo acceso 23 enero 2015).
29. Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia. *Serie de Guías Clínicas MINSAL* 2009, 29-30

- <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Esquizofrenia.pdf> (ultimo acceso 22 diciembre 2014).
30. Torgalsboen AK y Rund BR. Maintenance of Recovery from Schizophrenia at 20-Year Follow-up: What Happened?. *Psychiatry* 2010; 73(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20235619> (ultimo acceso 18 enero 2015).
31. Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta Sh y Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC. Psychiatry* 2012; 12(20). <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-20> (ultimo acceso 18 enero 2015).
32. Pérez Rodríguez D. *Funcionamiento Psicosocial de personas con esquizofrenia que participan en Programas de Rehabilitación Psicosocial ejecutados por COSAM de la Zona Occidente*. Tesis de maestría. Universidad Católica de Chile; 2009.
33. Paucar Ayllon J. *Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud-2010*. Tesis para obtener el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma; 2011.
34. Leal F, Espinosa C, Vega J y Vega S. Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 2012. 28(2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724957005> (ultimo acceso 02 enero 2015).
35. Invertir en salud mental. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. *Biblioteca de la OMS*, 2004. 8-26. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf (ultimo acceso 02 enero 2015).
36. Rubinstein A. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria* (2ª ed.). Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana; 2006.
37. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Guía psicoeducativa para el personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales*. México. Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastorno Mentales. 2013.

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf (ultimo acceso 09 diciembre 2014).

38. Landeau R. *Elaboración de Trabajos de Investigación*. Venezuela: Editorial Alfa Venezuela; 2007.
39. Hernández R, Fernández, C y Baptista P. *Metodología de la investigación* (6ª ed.) México: McGraw-Hill. 2014.
40. Vega P. Comunicación Personal. 14 febrero 2015.
41. Análisis de Situación de Salud – ASIS 2014 del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. *Normatividad del Hospital*, 22 de abril 2014. 40-51. <http://www.hnseb.gob.pe/epi/descargas/2014/ASIS-2014.pdf> (ultimo acceso 12 enero 2015).
42. Vásquez G, Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Vidal H y Guimas B. Validación de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en el Perú. *Revista de Neuropsiquiatría* 2001; 64(3). http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v64_n3/Validacion.htm (ultimo acceso 16 setiembre 2014).

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Evaluación de la calidad del programa de prevención de recaídas del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014.			
PROBLEMA	OBJETIVO HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL ¿Cuáles fueron los resultados de la evaluación de la calidad del programa de prevención de recaídas del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014?</p>	<p>GENERAL Determinar los resultados de la evaluación de la calidad del programa de prevención de recaídas del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014.</p>	<p>Variable 1: Programa de prevención de recaídas</p> <p>Variable 2: Parámetros clínicos</p> <p>Dimensiones: 2.1. Recaídas 2.2. Grado de adherencia al tratamiento Farmacológico 2.3. Presencia de síntomas psicóticos</p>	<p>Tipo: Experimental</p> <p>Diseño: Cuasi experimental</p> <p>Población: Pacientes con esquizofrenia de la consulta externa del HSB, periodo 2014.</p> <p>Tamaño muestral: 302 pacientes</p> <p>Técnica de recolección: Entrevista</p> <p>Instrumentos de recolección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brief Psychiatric Rating Scale "BPRS" • Test de Morisky • Ficha de seguimiento <p>Análisis e interpretación: Prueba de t student para datos apareados.</p>
<p>ESPECÍFICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál fue el resultado de la implementación estructural del programa? 2. ¿Cuál fue el resultado de la implementación de los procesos del programa? 3. ¿cuál fue el resultado de la implementación del programa? 	<p>ESPECÍFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer la implementación estructural del programa de prevención de recaídas. 2. Conocer la implementación de los procesos del programa de prevención de recaídas. 3. Determinar los resultados de la implementación del programa de prevención de recaídas. 	<p>Indicadores: 2.1.1. Aparición de recaídas 2.2.1. Actitudes 2.2.2. Efectos Adversos de los medicamentos 2.2.3. Número de fármacos 2.3.1. Síntomas Negativos 2.3.2. Síntomas Positivos</p>	

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S):	N° CITA
N° H.C:	
FECHA:	

MEDICACIÓN PRESCRITA

NOMBRE DEL FÁRMACO	DOSIS, FRECUENCIA Y DURACIÓN DEL FÁRMACO

OBSERVACIONES:

TEST DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (MORISKY): Marcar con un "X"

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SÍ	NO	Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SÍ	NO
¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	SÍ	NO	Si alguna vez se sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SÍ	NO

LISTA DE CHEQUEO DE EFECTOS ADVERSOS: Marcar con un "X"

Temblor corporal		Sensación de intranquilidad	
Rigidez corporal		Alteraciones menstruales	
Contracciones musculares		Disminución del deseo sexual	
Visión borrosa		Disfunción eréctil	
Disminución de la P.A.		Galactorrea	
Arcadas, vómitos		Constipación	
Aumento del apetito		Dificultad para orinar	
Picazón, sequedad, erupciones y aumento en la coloración de la piel		Leucopenia	
Otros:			

ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA (BPRS)

Nombre Historia

Evaluador Fecha

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

	No presente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado -grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):

Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):

(No sumar los "9") TOTAL:

	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador	Fecha y evaluador
1. Preocupación somática								
2. Ansiedad psíquica								
3. Aislamiento emocional								
4. Desorganización conceptual (incoherencia)								
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa								
6. Tensión. Ansiedad somática								
7. Manierismo y posturas extrañas								
8. Grandeza								
9. Humor depresivo								
10. Hostilidad								
11. Susplicia								
12. Alucinaciones								
13. Enlentecimiento motor								
14. Falta de cooperación								
15. Contenido inusual del pensamiento								
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo								
17. Excitación								
18. Desorientación y confusión								
Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):								
Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):								
(No sumar los "9") TOTAL:								

Anexo 3: Consentimiento Informado

Establecimiento de Salud:
N° de Historia Clínica: Fecha:

Yo (paciente o responsable legal).....
identificado con DNI N° he sido
informado detalladamente sobre la enfermedad, los estudios e intervenciones que
ella requiere y que de forma resumida consiste en (descripción en términos
sencillos)

.....
.....

Me ha informado de los riesgos y beneficios de la intervención, que son los
siguientes:.....

.....

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido
absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma libre y voluntaria doy mi consentimiento para que se me
realice.....

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios
que podrían desprenderse de dicho acto.

.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI:

.....
Firma y sello del profesional



Anexo 4

Anexo 4.1. Efectos adversos en los pacientes con esquizofrenia de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014.

Efectos adversos *	N	%
Disminución de la P.A.	85	28,1%
Rigidez corporal	76	25,2%
Dificultad para orinar	75	24,8%
Galactorrea	72	23,8%
Aumento del apetito	69	22,8%
Disfunción eréctil	63	20,9%
Temblor corporal	55	18,2%
Constipación	52	17,2%
Disminución del deseo sexual	41	13,6%
Arcadas, vómitos	39	12,9%
Contracciones musculares	36	11,9%
Visión borrosa	31	10,3%
Picazón, sequedad, erupciones y aumento en la coloración de la piel	22	7,3%
Leucopenia	22	7,3%
Alteraciones menstruales	14	4,7%
Sensación de intranquilidad	13	4,3%
Otros	12	4,0%

* Respuesta múltiple

Anexo 4.2 N° de fármacos de los pacientes con esquizofrenia de la consulta externa del Hospital Sergio Bernales, periodo 2014.

Fármacos	N	%
Biperideno	73	24,2%
Risperidona	65	21,5%
Clonazepam	63	20,9%
Levomepromazina	45	14,9%
Trifluoperazina	43	14,2%
Clozapina	42	13,9%
Flufenazina	32	10,6%
Clorpromazina	29	9,6%
Diazepam	29	9,6%
Haloperidol	28	9,3%
Sulpiride	22	7,3%
Olanzapina	21	7,0%
Quetiapina	17	5,6%
Tioridizina	15	5,0%

* Respuesta múltiple