

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Proyecto de Investigación para obtener el Título de Especialista en
Psiquiatría**

Modalidad: Residencia Médico

TÍTULO:

**“DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO A NO
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN”**

AUTORA:

M.C. JACQUELINE MARGOT PAUCAR AYLLÓN

ASESOR:

DR. NÉSTOR VÍCTOR LINARES TERÁN

2019

ÍNDICE

A. PRESENTACIÓN GENERAL.....	1
1. TÍTULO DEL PROYECTO.....	1
2. PERSONAL INVESTIGADOR.....	1
3. AREA DE INVESTIGACIÓN.....	1
4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	1
5. INSTITUCIÓN LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL PROYECTO.....	1
6. RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
7. FECHA DE INICIO Y TÉRMINO.....	2
B. DETALLES DE PROYECTO.....	2
B.1 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS.....	6
4.1. Objetivo General.....	6
4.2. Objetivos Específicos.....	7
5. MARCO TEÓRICO.....	7
6. HIPÓTESIS.....	10
7. METODOLOGÍA.....	10
7.1 Tipo y diseño de investigación.....	10
7.2 Sistema de variables.....	11
7.3 Población y muestra de estudio.....	12
7.4 Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.....	13
7.5 Procesamiento y análisis datos.....	14
8. BIBLIOGRAFÍA.....	16
B.2 CRONOGRAMA DE LAS PRINCIPALES ETAPAS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO.....	18
B.3.PRESUPUESTO.....	18
B.4.ANEXOS.....	20
C. INFORMACIÓN DEL INVESTIGADOR.....	23

A. PRESENTACIÓN GENERAL

1. Título

Disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

2. Autor

Nombre: Jacqueline Margot Paucar Ayllón

Facultad de Medicina Humana

Unidad de Segunda Especialización

3. Área de Investigación

Ciencias Clínicas

4. Línea de la Investigación

Factor relacionado a la no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos.

5. Institución y lugar donde se desarrollará el proyecto

Localidad: Distrito de Lima

Institución: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

6. Resumen del Proyecto

Este proyecto se centra en el estudio de la disfunción familiar como factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, atendidos en el consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2018.

La presente investigación corresponde a un estudio analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles que se realizará en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. La muestra estará constituida por 67 pacientes para los Casos y 67 pacientes para el Grupo Control, todos atendidos en dicho hospital y que cumplan los siguientes criterios de inclusión pacientes con esquizofrenia sin adherencia terapéutica: ambos sexos, mayores de 25 años, con historias completas y que accedan a participar en el estudio; teniendo como criterios de exclusión pacientes con ficha de recolección incompleta y que no deseen llenar el cuestionario.

Se realizará la recopilación de datos (Anexo 1), según los criterios de inclusión y exclusión; teniendo en cuenta el llenado de los cuestionario por parte de los pacientes y/o cuidador. (Anexo 2 y 3).

Se completará la recolección de datos hasta obtener el número que indica como muestra el estudio. Luego estos serán llevados a una base de datos donde se concluirá con el análisis respectivo.

7. FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DEL PROYECTO

3 meses

Inicio: 01 de Agosto 2018

Término: 28 de Octubre 2018

B. DETALLES DEL PROYECTO

B.1 Descripción del proyecto

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es un trastorno mental crónico, severo, persistente e incapacitante la esquizofrenia, que afecta a más de 21 millones de personas en todo en el mundo. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia generalmente se transfieren de la atención psiquiátrica institucional a la atención comunitaria cuando sus condiciones son estables. Se espera que los miembros de la familia

se conviertan en los cuidadores más importantes. La esquizofrenia tiene un impacto significativamente negativo tanto en los pacientes como en sus familias.¹

Los síntomas básicos que encontramos en esta enfermedad son las dificultades en varias áreas como en su autocuidado, control de la conducta, autonomía personal, motivación y capacidad de tener iniciativa. Algora, observó en su estudio que habrá un desequilibrio en el estado de salud en el cuidador por un mayor nivel de sobrecarga, afectando así a su área de vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Encontrando además que el mayor nivel de sobrecarga con un hijo esquizofrénico se da en la madre en comparación con el padre.²

Según la revisión por la American Psychiatric Association (1997), el gasto de total en asistencia sanitaria en la esquizofrenia es de 2.5%, teniendo un 70 – 80% de desempleo en los casos más graves y una invalidez permanente en un 10%.³

El suicidio es la causa más temprana de mortalidad en la esquizofrenia. Durante el primer año el riesgo de suicidio es 12 veces mayor que en la población en general. Morirán por suicidio entre 2 – 5% de las personas con psicosis en su primer episodio. Por ellos es importante la prevención la prevención del suicidio, tan pronto como se haga el diagnóstico debe de recibir el tratamiento de inmediato.⁴

En Perú se encontró que en pacientes atendidos en el periodo de estudio correspondiente a adultos jóvenes y adultos de edad media, económicamente activos y solteros, la esquizofrenia tuvo una prevalencia durante el periodo 2011 al 2013 de 18.3%.³

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (2010), en un estudio tipo transversal, descriptivo donde su estudio se centró en los factores relacionados a la no adherencia terapéutica, observaron que el 33% pacientes

atendidos en dicho hospital presentaban no adherencia al tratamiento, además se encontró que el 78% no trabajaba y el 34% no cumplía con sus controles periódicos.⁵

Problema:

¿Es la disfunción familiar factor asociado a la no adherencia en los pacientes esquizofrénicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el período Agosto – Octubre 2018?

2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Koutra K. et al (Grecia, 2016); en estudio se centró en evaluar las características de la enfermedad, los síntomas de gravedad, el funcionamiento psicosocial y el funcionamiento familiar en pacientes que presentaban por primera vez un episodio psicótico y en los pacientes con enfermedad crónica. Estudiaron a 50 pacientes con primer episodio psicótico y 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar. Encontrando como resultado que esta significativamente relacionado la gravedad de los síntomas con la carga familiar y el funcionamiento del paciente. Está asociado un funcionamiento familiar deficiente con la psicopatología grave y un bajo funcionamiento psicosocial. Por lo que son importante las intervenciones psicoeducativas tempranas tanto en el paciente como en sus familiares.⁶

Nunes A. (Colombia, 2015); realizó un estudio descriptivo, de carácter exploratorio, en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital José Joaquín Fernández en Beja, además en el estudio también incluían a los familiares de dichos pacientes; donde por objetivo tenían por identificar los factores personales, sociales y clínicos en las personas con esquizofrenia y el impacto en sus familias. Encontrando mayor género masculino, con una edad media de 40 años, solteros en un 53%, sin hijos 60.9%, y sin ocupación profesional. Solo el 43% había tenido entre 1 y 2 ingresos al hospital, y el 20% entre 3 y 5 hospitalizaciones. Lo que nos indica que a pesar que la enfermedad

tiene un largo periodo, presenta menores números de hospitalizaciones y una buena adherencia al tratamiento, deduciendo que esto se debe al apoyo emocional que recibe de la familia especialmente el de la madre.⁷

Obra C. (España, 2015); realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, teniendo como objetivo conocer los factores y motivos de abandono de tratamiento y la prevalencia de recaídas en pacientes con esquizofrenia en la zona básica de Úbeda. Estudiaron a 13 varones con una edad media de 40.92+-3,46. El 62% viven en pueblos pequeños y 38% viven en ciudades. Solo el 8% son activos económicamente, el 54% afirma no padecer de ninguna patología mental. Un 34% ha reingresado al hospital en 4 oportunidades y el 15%, 8 veces. El 85% refiere haber abandonado u olvidado tomar tratamiento alguna vez. Un 46% tiene buena satisfacción del tratamiento y un 15% mala. La relación con la familia es regular en 46% y buena en un 15%.⁸

Casanova L. (Colombia 2014); realizó un estudio descriptivo, correlacional, transversal. Estudiaron a 72 pacientes con diagnóstico de algún trastorno mental y 66 familiares. Este estudio tiene como objetivo determinar los factores de apoyo social y la funcionalidad familiar. Encontrando que los pacientes perciben en un 58% la funcionalidad familiar (APGAR), disfuncionalidad severa en un 19% y disfuncionalidad leve en un 22%. Mientras que en los familiares se percibe una funcionalidad familiar de 66.7%; disfuncionalidad severa 10.6% y disfuncionalidad leve 22.7%.⁹

Urizar A. (Chile 2008), estudió a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y a sus familiares. Encontrando en este estudio que el 63% corresponde a la categoría familia funcional mientras que el 16% a la familia disfuncional, de esto el 6% es disfuncional familiar grave y disfuncionalidad familiar leve un 30.6%. Los pacientes de este estudio presentaron niveles adecuados de calidad de vida con una fuerte relación de la percepción que tienen ellos con la funcionalidad familiar.¹⁰

JUSTIFICACIÓN

La familia puede ser un apoyo fundamental en la integración del paciente con esquizofrenia, además de eso podría también obstaculizar con actitudes de excesiva presión en el paciente o sobreprotegerlo para que pueda integrarse en un trabajo, generando estrés en el paciente.

El clima familiar de una persona con trastorno mental debe darse lo más positiva posible, ya que esto nos llevará a que disminuir las recaídas en nuestros usuarios. Y así reduciría la carga social y económica tanto para nuestro sistema sanitario como para el de cada una de las familias de los pacientes.

Por otra parte es importante recalcar que el paciente esquizofrénico demanda mucha atención, haciendo que muchos de los cuidadores dejen de laborar para enfocarse y brindarle mayor atención a su paciente. Lo que a su vez traería como consecuencia sobrecarga en el cuidador, manifestando ellos problemas emocionales, por ende es necesario que se debe cuidar y/o proteger al cuidador.

En la revisión bibliográfica se ha encontrado que la funcionalidad familiar podría tener un efecto en la evolución del paciente esquizofrénico.

OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Demostrar que la disfunción familiar es un factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.

4.2 Objetivos Específicos

Determinar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes esquizofrénicos sin adherencia terapéutica.

Determinar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes esquizofrénicos con adherencia terapéutica.

Comparar la frecuencia de disfunción familiar entre pacientes esquizofrénicos con o sin adherencia terapéutica.

5. Marco teórico:

Consta de tres dominios la manifestación clínica de la esquizofrenia: síntomas positivos (como alucinaciones o delirios), síntomas negativos (como efecto de aplanamiento o retiro social) y déficits cognitivos (como memoria deteriorada, atención y funciones ejecutivas). Aparece a una edad más temprana el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Por lo tanto, el impacto social es muy alto en la esquizofrenia.¹¹

Recientemente, se han aplicado los criterios diagnósticos de Criterios de Síndromes Pródromos (COPS); hay tres síndromes prodrómicos operacionales definidos: síndrome de síntomas psicóticos positivos atenuados, síndrome psicótico intermitente breve, riesgo genético y síndrome de declive funcional reciente.¹¹

En los pacientes con esquizofrenia encontramos mucha incidencia en los problemas de salud en comparación con el resto de la población, problemas cardiovasculares, síndrome metabólico, trastornos sexuales y la osteoporosis, estando más propensos a esto último por una inadecuada actividad física, hábitos anormales de comer, fumar, beber y una insuficiente luz solar.¹²

En los pacientes con esquizofrenia el riesgo de infección es elevado, asociándose esto a una hospitalización prolongada o hasta un aumento en la mortalidad. Pankirwicz, observó en su estudio que las infecciones están asociados a los siguientes factores; la edad joven, el género femenino, la comorbilidad médica y el abuso de sustancias.¹³

La familia es la unidad social básica de la población general y puede tener un efecto importante en la salud mental en todas las edades. Además, las poblaciones adultas enfrentan una mayor presión en su vida laboral y personal, debido a la intensa competencia en la industrialización y en la globalización es probable que más adultos sufran trastornos mentales. Además, los conflictos entre cultura y valores que surgen de la globalización no solo pueden afectar el empleo de los adultos, sino también su vida familiar y su salud mental.¹⁴

Las familias enseñan a sus integrantes a crecer, a individualizarse para así poder incluirse en el orden social y esto a su vez genera sentimientos de pertenencia ya que esto se encuentra en transformación constante asegurándole la continuidad y el crecimiento social.¹⁵

Las familias con un buen clima afectivo y un ambiente familiar estable proporcionan a sus miembros seguridad y afecto siendo es indispensable para un buen funcionamiento psicológico. Se incrementa en los hijos sentimientos de tristeza, malestar e infelicidad cuando hay un mayor grado de conflictividad entre los padres.¹⁵

El principal recurso de cuidado y soporte comunitario de los pacientes con esquizofrenia son las familias, siendo así que la convivencia podría resultar con dificultades y conflictos, generando en las familias a sentirse desbordadas y con poco recurso para enfrentar estos problemas, por lo que las familias deben ser cuidadas y apoyadas.¹⁶

No solo afecta el clima familiar al paciente con esquizofrenia si no que también la emoción expresada ha sido demostrado como predictor de recaídas, por ende es importante las intervenciones familiares para mejorar las actitudes emocionales y conductas, y así enseñarles estrategias de afrontamiento y solución de problemas; haciendo esto que se reduzca las recidivas en el paciente.¹⁶

Hay evidencias de que se ve afectado el funcionamiento familiar en las familias con diagnóstico de esquizofrenia. Más no está claro si este mal funcionamiento familiar es el resultado de una enfermedad o a la inversa. Santesban et al, observaron en el estudio que la satisfacción familiar es menor en los jóvenes con riesgo de enfermedad mental grave que presentan signos tempranos de estado de ánimo, ansiedad o síntomas psicóticos por debajo del umbral que otros participantes. Siendo beneficioso para mejorar el funcionamiento familiar las primeras intervenciones psicoeducativas.¹⁷

5.1 Definición de términos básicos

5.1.1. Disfunción familiar

Es cuando los integrantes de una familia no logra manejar las rutinas diarias, los roles familiares, la comunicación y el apoyo emocional entre ellos. Obteniendo esta información en el presente estudio por el TEST de APGAR Familiar. Donde se considerará disfunción familiar si el puntaje es menor a 18 puntos.

5.1.2. Adherencia terapéutica

Es el cumplimiento del medicamento; es decir de acuerdo a la dosificación prescrita, y la persistencia; tomar la medicación a lo largo del tiempo. Obteniendo esta información en el presente estudio por el TEST de MARS. Considerándose no adherencia terapéutica cuando el paciente obtenga un puntaje de 25 más.

6. HIPÓTESIS

ALTERNA:

La disfunción familiar es un factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

NULA:

La disfunción familiar no es un factor asociado a no adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo y diseño de investigación

Se clasifica como analítico, observacional, retrospectivo, casos y controles.

Diseño específico:

	FACTORES ASOCIADOS	
A1	B1	B2
A2	B1	B2

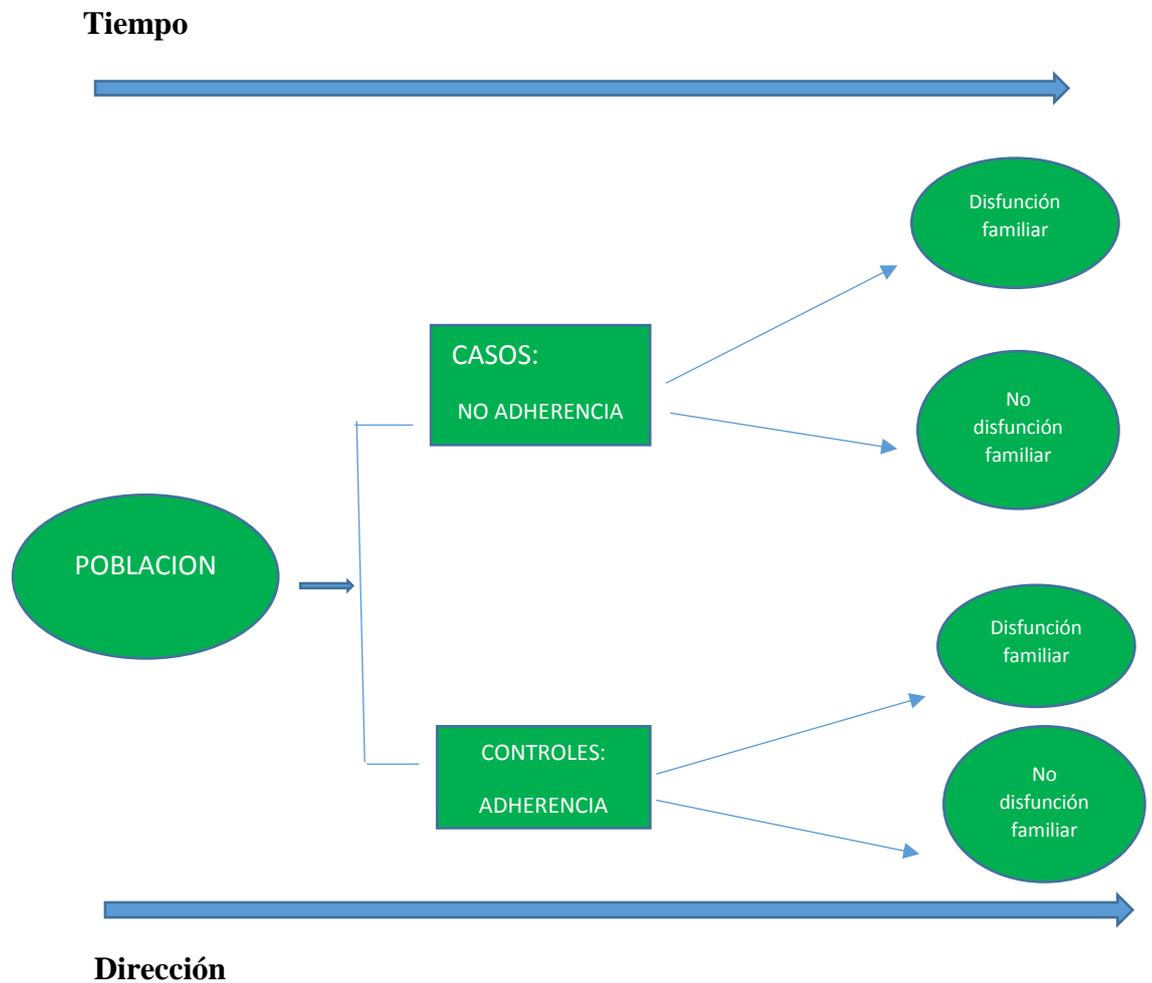
A1: Pacientes sin adherencia al tratamiento

A2: Pacientes con adherencia al tratamiento

B1: Disfunción familiar

B2: Puntaje de Apgar familiar

DIRECCIÓN DEL ESTUDIO



7.2 Sistema de variables e indicadores (operacionalización de variables)

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Adherencia terapéutica	Corresponde al consumo regular y constante de la estrategia farmacológica indicada.	Se determinará el puntaje de la escala de MARS.	Si: ≤ 25 No: > 25	Cualitativo Ordinal

Funcionalidad familiar	Corresponde a como los integrantes de una familia logra manejar las rutinas diarias, los roles familiares, la comunicación y el apoyo emocional entre ellos.	La funcionalidad familiar se determinara mediante el test APGAR FAMILIAR	Si: < 18 puntos No: > =18 puntos	Cualitativo Ordinal
------------------------	--	--	-------------------------------------	------------------------

7.3. Población y muestra de estudio

7.3.1. Población Universo:

Pacientes esquizofrénicos atendidos en consultorios externos de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Lima durante el periodo de Agosto – Octubre 2018.

7.3.2. Población de Estudio:

Pacientes esquizofrénicos atendidos en consultorios externos de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Lima durante el periodo Agosto – Octubre 2018 y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

7.3.3. Criterios de inclusión (Casos):

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin adherencia terapéutica; de ambos sexos; mayores de 25 años; con historias clínicas completas.

7.3.4. Criterios de Inclusión (Controles):

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con adherencia terapéutica; de ambos sexos; mayores de 25 años; con historias clínicas completas.

7.3.5. Criterios de Exclusión

Pacientes cuya ficha de recolección de datos esté incompleta; que no deseen llenar el cuestionario.

7.3.6. Muestra

7.3.6.1. Unidad de Análisis

Estará constituido por cada paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Consultorio Externo de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Agosto – Octubre 2018 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

7.3.6.2. Unidad de Muestreo

Estará constituido por la historia clínica de cada paciente con diagnóstico de esquizofrenia atendido en el Consultorio Externo de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

7.3.6.3. Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para casos y controles:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1-P) (r+1)}{(p_1 - p_2)^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio de ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

n = Número de casos

$d =$ Valor nulo de las diferencias en proporciones $= p_1 - p_2$

$Z_{\alpha_2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.34^{17}$

$P_2 = 0.16^{17}$

R: 1

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 67$$

CASOS: (Pacientes sin adherencia terapéutica) = 67 pacientes.

CONTROLES: (Pacientes con adherencia terapéutica) = 67 pacientes.

7.4 Proceso de captación de información

Una vez obtenido la autorización por el comité de investigación y ética del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se precederá a la recolección de datos que se obtendrá de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el consultorio externo de psiquiatría de dicho hospital en el periodo de Agosto – Octubre 2018, además teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para el estudio.

Teniendo como instrumentos 2 cuestionarios (TEST de APGAR y TEST MARS) que deberán ser llenados por el mismo paciente y/o cuidador. El primer test que será para evaluar el grado de funcionalidad familiar en los pacientes y el segundo test que será para evaluar la adherencia terapéutica de cada paciente.

Se completará la recolección de datos hasta obtener el número que indica como muestra el estudio. Luego estos serán llevados a una base de datos donde se concluirá con el análisis respectivo.

7.5 Análisis e interpretación de la información

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0.

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Los resultados serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, con números de casos en cifras absolutas y relativas porcentuales. Se adjuntaran gráficos de relevancia.

ESTADISTICA ANALÍTICA

Se hará uso de la prueba estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con los factores de riesgo en estudio; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

ESTADÍGRAFO PROPIO DEL ESTUDIO

Se obtendrá el OR para la presencia de disfunción familiar en cuanto a su asociación con la no adherencia terapéutica: si este es mayor de 1 se realizara el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

$$\text{Odds ratio: } a \times d / c \times b$$

ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitará la autorización por el comité de investigación y ética del Hospital Nacional Guillermo Irigoyen, debido que se tomaran datos de la historia clínica de los pacientes. Teniendo en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23) y la ley general de salud (D.S.017-2006-SA y DS.006-2007-SA).

BIBLIOGRAFIA

1. Chen L. et al, The burden, support and needs of primary caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2019. Feb 20;19 (1):75.
2. Algora G. El cuidador del enfermo esquizofrénico: sobrecarga y estado de salud. España.2015.
3. Badilla B. Elementos relacionados con esquizofrenia. Comparación de los discursos de familiares. España. 2012.
4. Courtet P. Riesgo suicida durante el primer episodio psicótico. Courtet P. *Encephale*.2018 Diciembre; 44(6S):S39-S43.
5. Paucar A. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos adultos en el departamento de psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD – 2010.
6. Koutra K. et al, Family functioning in first- episode and chronic psychosis: The role of patients symptom severity and psychosocial functioning. *Community Ment Health J*. 2016 52(6):710-23.
7. Nunes A. Las personas con esquizofrenia y sus familias en la era de la desinstitucionalización: desde las dificultades hacia las potencialidades. 2015; 4829:6-11.
8. Obra C. Factores del abandono terapéutico en varones adultos con esquizofrenia en la zona básica de Úbeda.2015; 4(3):5-12.
9. Casanova L Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental* 2014; 37(5),443-448.
10. Urizar A. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* 2008; 20(4), 577-582.
11. Lin CH, Carril HY. Early identification and intervention of schizophrenia:Insigth from hypotheses of glutamate dysfunction and oxidative stress. *Front psychiatry*. 2019. Feb 27; 10:93.
12. Liang M. et al, Effects of olanzapine on bone mineral density, glucose, andlipid metabolism in schizophrenia patients. *Int. J. Endocrinol*. 2019. Mar 21;2019:1312804.

13. Pannkiewicz- Dulacz, et al, Risk factors og major inefctions in schizophrenia. A nationwide danish regiter study. J.Psychosom Res.2019.
14. Yao Cheng et al, The effects of family structure and function on mental health during China transition: a cross-sectional analysis. BMC Fam Pract. 2017;18:59.
15. Soutullo C. et al, Manual de Psiquiatría del niño y adolescente. Médica Panamericana. Madrid. 2010.
16. Fernández A. et al, Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de intervención. Consejería de servicios sociales. Comunidad de Madrid.2002
17. Santesteban-Echarri et al, Family funtioning in youth at-risk for serious mental illness. Compr Psyquiatry. 2018. Nov; 87: 17-24.

B.2 CRONOGRAMA DE LAS PRINCIPALES ETAPAS DE DESARROLLO DEL PROYECTO

Este estudio constara de las siguientes etapas: Cronograma de Gantt de Proyecto de investigación.

		Personas responsables	TIEMPO													
			AGO 2018				SET 2018				OCT 2018					
			1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s		
1	Planificación y elaboración	Investigador	X	X												
2	Presentación y aprobación del proyecto	Investigador			X	X										
3	Recolección	Investigador					X	X	X	X						
4	Procesamiento	Investigador									X	X				
5	Elaboración del informe final	Investigador												X	X	
	DURACIÓN DEL PROYECTO		1	2	3S	4S	5S	6S	7S	8S	9S	10S	11S	12S		

Horas dedicadas al proyecto:

Autor: 14 horas a la semana

B.3 PRESUPUESTO

a. Bienes

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Papel bond	1 millar	30.00	30.00
Folder	4u	4.00	4.00
USB	1u	40.00	40.00
Libro	1	200.00	200.00
SUB TOTAL			274.00

B. Servicios

Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Impresiones	6 juegos	30.00	180.00
Internet	6 meses	90.00	540.00
Movilidad	50	10.00	500.00
Servicios profesionales	2	350	700.00
SUB TOTAL			1.920

Resumen general del presupuesto:

Bienes: S/. 274.00

Servicios: S/. 1.920

Total: S/. 2.194

1.2 Financiamiento

El presente proyecto será financiado con recursos propios del investigador.

B.4 ANEXOS

ANEXO N° 1

Instrumento de recolección de información:

Fecha:

N° de Ficha:

I.- DATOS GENERALES:

- NÚMERO DE HCL:

- EDAD :

- SEXO: MASCULINO FEMENINO

-LUGAR DE PROCEDENCIA

II.- ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

TEST DE MARS : PUNTAJE

ADHERENCIA TERAPÉUTICA: SI NO

III.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

TEST DE APGAR: PUNTAJE

DISFUNCIÓN FAMILIAR: SI NO

ANEXO N° 2
TEST DE APGAR

El cuestionario debe ser realizado en forma personal.

Marcar con una sola x para cada pregunta.

0 : Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3: Casi siempre

4: Siempre

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface como compartimos en familia el tiempo para estar juntos					

PUNTAJE:

Buena función familiar: 18 a 20 puntos

Disfunción familiar leve: 14 a 17 puntos

Disfunción familiar moderada: 10 a 13 puntos

Disfunción familiar severa: 9 o menos puntos

ANEXO N °3

TEST DE MARS

CREENCIAS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS
<ul style="list-style-type: none">- Tengo un conocimiento adecuado acerca de mi enfermedad.- Sé qué esperar de la gestión de mi enfermedad.- Mi gestión actual mantendrá mi enfermedad a raya.- Estoy recibiendo la mejor gestión posible.- El control de mi enfermedad es un misterio para mí.- Es provechoso conocer las experiencias de otros con enfermedad.- Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.- Mis médicos han limitado las opciones de gestión para ofrecerme.- Mis medicamentos están funcionando.- El uso de cualquier medicamento implica algunos riesgos.- Tengo demasiados medicamentos- Yo tengo algo que decir en la forma con mi enfermedad es gestionada.- Tengo un conocimiento adecuado acerca de las opciones para la gestión de mi enfermedad.- Mis médicos están muy informados.
EXPERIENCIAS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS
<ul style="list-style-type: none">- Estoy preocupado por los efectos de mis medicamentos.- Es desagradable utilizar alguno de mis medicamentos.- Es físicamente difícil manejar alguno de mis medicamentos.- Estoy satisfecho con la información que mis médicos comparten conmigo.- Mis médicos son compasivos.- Las dificultades financieras limitan mi acceso a la mejor atención sanitaria.- Mis médicos dedican suficiente tiempo conmigo.- La gestión de mi enfermedad perturba mi vida.
COMPORTAMIENTOS EN SALUD DE LOS ENCUESTADOS
<ul style="list-style-type: none">- Estoy confuso con mis medicamentos- Tengo rutinas estrictas para el uso ordinario de mis medicamentos.- Guardo mis medicamentos muy cerca de donde tengo que utilizarlos.- Me aseguro de tener suficiente medicación para no tener que salir corriendo a buscarla.- Yo me esfuerzo en seguir las instrucciones de mis médicos.- Hago cambios en las recomendaciones sobre la gestión de mi enfermedad para satisfacer mi estilo de vida.- Modifico las recomendaciones sobre mi enfermedad según como me sienta.- Afronto con ánimo mis problemas médicos antes de tomar cualquier medida.

C. INFORMACIÓN DE LA INVESTIGADORA (HOJA DE VIDA)

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: Paucar Ayllón Jacqueline Margot

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Lima, 01 de Junio de 1981

NACIONALIDAD: Peruana

ESTADO CIVIL: Soltera

TÍTULO PROFESIONAL: Médico Cirujano

COLEGIATURA: C.M.P. N°59754

DOMICILIO: Calle Las Colinas Urb . Las Fresas Mz A lote 21 – Callao.

TELÉFONO: 999963560

E-MAIL: paucarjm@gmail.com

II. GRADOS Y TÍTULOS

- a. **GRADO DE BACHILLER EN MEDICINA HUMANA**, otorgado en Marzo del 2010 por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma - Lima, Perú.
- b. **TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**, otorgado en Marzo del 2011 por la facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma – Lima, Perú.

III. CAPACITACIÓN CONTINUA

-UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA:

DIPLOMADO EN AUDITORÍA MÉDICA PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD XII PROMOCIÓN. FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN CARLOS VIDAL LAYSECA (Desde de Agosto 2011 hasta Junio del 2012)

- UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA. CENTRO PERUANO DE ALTOS ESTUDIOS, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL.

-DIPLOMADO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. (Desde Octubre 2011 hasta Abril 2012)

CURSOS Y TALLERES

Participante: COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ. CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL XIV – TUMBES.

“I Jornada de actualización binacional en violencia y adicciones”.

NOVIEMBRE 2018.

Participante: COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. CONSEJO REGIONAL XXII – TUMBES.

“Liderazgo e implicancia de la violencia de género en el trabajo”

NOVIEMBRE 2018.

Participante: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”

Pasantía en Salud Mental en La Dirección Ejecutiva De Apoyo A La Investigación y Docencia Especializada Del Adulto Y Adultos Mayores

SETIEMBRE 2018

Participante: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”

Pasantía en Salud Mental en el Departamento de Rehabilitación

JUNIO 2018

Participante: AMERICAN HEART ASSOCIATION.

Soporte vital cardiovascular avanzado.

Junio 2018

Participante: AMERICAN HEART ASSOCIATION.

Soporte vital básico.

Junio 2018

Participante: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO
DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”

Pasantía en Salud Mental en La Dirección Ejecutiva De Investigación,
Docencia y Atención Especializada de Salud Colectiva

MARZO 2018

Participante: CONSULTORES PERUANOS EN ANALISIS TRANSACCIONAL

Asociación Latinoamérica de Análisis Transaccional

Curso Avanzado 202 C – Caricias, Posición existencial

Marzo 2018

Participante: CONSULTORES PERUANOS EN ANALISIS TRANSACCIONAL

Asociación Latinoamérica de Análisis Transaccional

Curso Avanzado 202 A – Contratos Análisis Estructural

Noviembre 2017

Participante: CRIMINAL FORENSE

Curso: Introducción A La Sexología Clínica Y Forense

Junio 2017

Participante: CONSULTORES PERUANOS EN ANALISIS TRANSACCIONAL

Asociación Latinoamérica de Análisis Transaccional-

Curso Básico AT 101 – Introducción al Análisis Transaccional

Mayo 2017

Participante: ASOCIACIÓN PERUANA DE PSICOTERAPIA

IV CONGRESO NACIONAL III INTERNACIONAL DE
PSICOTERAPIA “Evolución de la psicoterapia”.

Noviembre 2016

IV. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

“FACTORES RELACIONADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS ADULTOS EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - ESSALUD – 2010”.

Hospital Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud

Abril 2010 - Diciembre 2010.

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.