

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN**



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO JAVIER MARIÁTEGUI CHIAPPE DE SAN JUAN DE
LURIGANCHO, LIMA 2014-2015**

**PROYECTO DE INVESTIGACION OPERATIVA PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTADO POR BARRÓN VELIS, ELISEO HUMBERTO

LIMA, PERÚ 2015

ÍNDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación.....	4
1.5 Delimitación.....	6
1.6 Viabilidad.....	6
II. MARCO TEÒRICO.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones conceptuales.....	30
2.4 Hipótesis.....	31
III. METODOLOGÍA.....	32
3.1 Tipo	32
3.2 Diseño metodológico	32
3.3 Población y muestra	33
IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	39
4.1 Recursos	39
4.2 Cronograma	40
4.3 Presupuesto	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS	42
Anexo 01	46
Anexo 02	49
Anexo 03	51

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La salud mental es “concebida como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (1)

En el Perú, los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos, constituyéndose en una prioridad de salud pública (2). “Generalmente, estos problemas de salud mental influyen y son influidos por otros, también prioritarios, como aquellos vinculados a la salud infantil y materna, la salud sexual y reproductiva, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, inclusive las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el VIH/SIDA, entre otras” (3).

El Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe ubicado en el distrito de San Juan De Lurigancho, brinda atención a más de 100 mil habitantes, actualmente está categorizado de nivel I-3, es un importante centro de atención, posee una alta concurrencia de pacientes con problemas mentales, de acuerdo a la Literatura y el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria los principales problemas a resolver a nivel comunitarios son “mayor frecuencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil, entre otros” (3).

La medición de las características epidemiológicas de esta población es importante, para determinar necesidades, demanda de servicios especializados, brechas en atención con la finalidad de fortalecer el sistema de salud y permitir realizar los cambios al interior del Centro de Salud, en vista que, la salud mental no solo incluye a aquellos aspectos relacionados con los trastornos mentales, sino también a diversos problemas psicosociales que perturban la vida cotidiana,

producen sufrimiento, menor calidad de vida y bienestar, los cual afecta la productividad del individuo. Por lo tanto podemos hallar en individuos que acuden a la consulta de Salud Mental por problemas sociales que afectan su adaptación al medio.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema Principal

¿Cuál es el Perfil Epidemiológico de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar el Perfil Epidemiológico de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe CSM-JMC de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar las características demográficas de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015
- b. Conocer las características socioculturales de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015
- c. Describir los trastornos de Salud Mental más frecuentes de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015

1.4 Justificación

A nivel del Centro de Salud Mental SM-JMC existe ausencia de información sobre las características de la población y los usuarios que son atendidos en el servicio, es necesario su análisis con la intención de plantear estrategias para el abordaje de los trastornos de SM más frecuentes y a la vez hacer uso racional del talento humano necesario, así como los materiales e insumos requeridos logrando un manejo eficiente en el servicio de Psiquiatría ofertado a la población usuaria de San Juan de Lurigancho.

Diversos estudios epidemiológicos en otros ámbitos geográficos demuestran que se debe estandarizar la evaluación y atención psicológica y psiquiátrica en base a las características epidemiológicas y factores de riesgo en la población de acuerdo a Sindeev (4) (5), de otra parte Cruzado (2015) recomienda estudios prospectivos para precisar mejor las características de patología emergente en el campo de la Salud Mental (6) observaciones corroboradas por Bojórquez Enrique (2012) quien propuso reformas de Salud Mental en el Perú basado en estudios “epidemiológicos de prevalencia de trastornos mentales y de comportamiento, donde concluye que al menos un tercio de la población peruana ha sufrido a lo largo de su vida algún trastorno psiquiátrico” (7). La utilidad de estos estudios es de vital importancia.

En los últimos años se ha prestado importancia al manejo de los pacientes; no solamente desde el punto de vista individualizado; sino al manejo de las variables que pueden ayudarnos a realizar un trabajo más eficiente sobre la población; es por ello, que la visión general de los pacientes nos ayuda a tomar mejores decisiones para mejorar el servicio de atención.

1.5 Delimitación

El estudio se enfoca en pacientes mayores de 18 años que acuden a servicios externos del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015, teniendo como cronograma de trabajo operativo el explicitado en la Tabla 02

1.6 Viabilidad

El proyecto de investigación tiene viabilidad por varios factores:

a. Se tienen las coordinaciones con la Dirección del Centro de Salud Mental para realizar la investigación, además se cuenta con los recursos económicos para el desarrollo del estudio.

b. En lo personal: La presente investigación está promovida por la experiencia de carrera en atención psiquiátrica a nivel hospitalario y comunitario.

c. Se dispone de información de las HCI del Centro de Salud Mental a la cuales se podrá acceder por las coordinaciones realizadas.

II. MARCO TEÒRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Sindeev Andrey et al (2015) en su artículo “Perfil epidemiológico, clínico-psiquiátrico y legal del sentenciado por delitos sexuales, Establecimiento Penitenciario Lurigancho, Lima, 2015” recomendó para estandarizar la evaluación y la atención psicológica y psiquiátrica se debe generar más evidencias científica nacional, así como la revisión de experiencias internacionales. La elaboración de los protocolos de atención y manejo de los prisioneros acusados por los delitos sexuales deberían realizarse en función de sus características clínico epidemiológicas y factores de riesgo predominantes en esta población (4).

Sindeev Andreyen (2015) su estudio “El perfil epidemiológico, clínico y legal de los pacientes exentos de responsabilidad penal hospitalizados en el servicio de psiquiatría penitenciario de Lurigancho” pudo detectar las medidas de seguridad desmedidas que claramente se oponen a los criterios médicos y científicos actuales. En consecuencia, las personas procesadas judicialmente con trastornos mentales no son ingresadas en el hospital y deben permanecer en centros correccionales donde son frecuentemente abusadas y sujetas a condiciones (5).

Cruzado Lizardo et al (2015) en su trabajo “Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un Instituto Nacional de Salud Mental” En su estudio de 30 pacientes se tomó en cuenta la edad, los rasgos de personalidad, historia familiar, enfermedades las horas de conexión, antecedentes psiquiátricos, rendimiento académico. Se recomendó estudios prospectivos para precisar mejor las características de esta patología emergente (6).

Bojórquez Enrique et al (2012) en el artículo “Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú” “se plantea la necesidad

de impulsar un proceso de reforma de la salud mental que tenga como ejes fundamentales: 1) El liderazgo del MINSA de su rol rector de la salud mental; 2) Reestructuración de la atención psiquiátrica ligándola a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los sistemas locales de salud que permita la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, 3) Salvaguarda de la dignidad personal y los derechos humanos de los usuarios; 4) Modernización de las actuales instituciones psiquiátricas del más alto nivel cambiando su rol hegemónico actual a otro de sub-especialización, asesoría, docencia e investigación. Todo esto dentro de un marco de equidad, universalidad, solidaridad, accesibilidad, participación, calidad y eficiencia” (7).

Oliva Yuri (2009) en su tesis “Incidencia y perfil epidemiológico de la violencia física, sexual, psicológica y sus consecuencias en el centro emergencia mujer de la ciudad de Tacna en el 2009” donde determina las consecuencias en una muestra de 82 casos de violencia familiar, “siendo la principal causa de la violencia los problemas económicos (35, 1 %) y la consecuencia más frecuente de la violencia física fue quejas crónicas por dolor (72,6%); de la violencia psicológica extremada falta de confianza en sí misma (31,7%) y de la sexual dispareumia (50%)” (8)

Rivas (2015) en su tesis “Perfil clínico-epidemiológico del trastorno depresivo mayor en adultos. Centro Médico Ascope. 2008- 2015” se encontró que el 48.3% presentaron episodio depresivo grave sin síntomas psicótico; 38.2% estaba bajo estrés; 65.2% eran mujeres; el 65.2% tenían empleo; el 64% eran adultos jóvenes (9).

Zegarra et al (2015) en el artículo “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi” de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013” (10) donde se obtuvo 1489 historias clínicas de los pacientes que “los pacientes atendidos fueron en su mayoría adultos jóvenes y adultos de edad media, lo que incrementa los años de vida saludable perdidos por tratarse de trastornos que tienden a la cronicación.

Los trastornos del humor, psicóticos y trastornos por consumo de sustancias son los más prevalentes dentro de la población” (10).

Ríos (2015) en su estudio “Perfil clínico epidemiológico del trastorno de ansiedad en adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo 2008 – 2015” se tomó 372 casos donde se encontró El 60.2% presentaron trastorno de ansiedad generalizada, fobias sociales (18.8%), ansiedad paroxística episódica (9.1%) y fobias especiales (7.3%). Concluyendo que El 60.2% presentaron trastorno de ansiedad generalizada, fobias sociales (18.8%), ansiedad paroxística episódica (9.1%) y fobias especiales (7.3%) (11)

Ozurza (2015) “Desafíos pendientes para la construcción de información epidemiológica sobre salud/salud mental en pueblos originarios en Argentina” se concluyó que “si bien se reconocen ciertas condiciones del momento actual que generan un campo de posibilidad mayor para el desarrollo de la epidemiología en salud/salud mental sobre pueblos originarios en Argentina, esta población continúa estando subordinada a prácticas arbitrarias que impiden la posibilidad del establecimiento de políticas públicas que reduzcan las inequidades, y permitan el resarcimiento histórico y necesario para con estos pueblos” (12).

Cravero et al (2013) en su “Análisis descriptivo de los trastornos mentales detectados en el servicio de salud mental de la dirección de salud de la subsecretaría de bienestar y calidad de vida de la Universidad nacional de Córdoba. Período Febrero – Diciembre 2010 “Se lleva a cabo un análisis de los datos con el fin de determinar el pre perfil epidemiológico de dicha población, que es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad. Para a posteriori elaborar protocolos adecuados para la recepción de pacientes y determinar protocolos para el diagnóstico psicopatológico y el registro de la orientación terapéutica brindada” (13).

Obando et al (2015) en su “Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica” se quiso obtener la

“descripción de variables sociodemográficas, del tratamiento, principales categorías diagnósticas y prevalencia de trastornos mentales de la población atendida en un centro de psicología. Sin embargo, se identificaron diferencias al analizar la información de acuerdo con los grupos de edad de los consultantes. Las principales categorías diagnósticas de la población estuvieron relacionadas con problemas académicos y con el grupo primario de apoyo. Los trastornos de la conducta fueron los más prevalentes en niños y adolescentes, mientras que en adultos prevalecieron trastornos internalizantes. Se discute la relevancia de los resultados en el contexto clínico” (14).

Morra et al (2013) realizó el Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011 “Se registró un total de 199 casos; 128 de ellos correspondieron al sexo femenino (64,3%). El rango de edades fue de 13 a 65 años. Las mujeres fueron las principales afectadas, con una razón mujer/hombre de 1,8. Los conflictos familiares y/o de pareja fueron los motivos desencadenantes más frecuentes del intento de suicidio, por tal motivo, se sugieren intervenciones que incluyan un abordaje familiar y comunitario” (15).

Solíz (2014) en el estudio Exposición, vulnerabilidad y perfil epidemiológico de trabajadores informales en el botadero a cielo abierto del cantón Portoviejo, Ecuador “abarca un amplio estudio de la exposición, vulnerabilidad y el perfil epidemiológico de los recicladores informales y sus familias en el vertedero a cielo abierto del Cantón Portoviejo. sugiere utilizar los resultados del estudio como base para un debate público por el fortalecimiento de las iniciativas de reciclaje informal así como la eliminación de la discriminación y la opresión hacia los recicladores y sus familias, que pertenecen a los estratos más pobres de la sociedad” (16).

Alves et al (2010) en el estudio denominado “Perfil epidemiológico de los usuarios de la red de salud mental del municipio de Iguatu, CE, Brasil” se concluyó que Se concluye en que los servicios evaluados necesitan fortalecer la práctica de la clínica ampliada, intensificando las acciones colectivas,

reduciendo la medicalización y haciendo efectiva la integración de los usuarios con sus redes de apoyo (17).

Vicente et al (2010) realizó el estudio sobre “Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín” con el objetivo de determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos del DSM-IV. Obteniendo que la prevalencia de los trastornos de ansiedad fue la más alta, pero menos asociada con el deterioro. Por otro lado, todos los niños y adolescentes con trastornos afectivos estaban afectados. Conclusiones: La prevalencia de trastornos psiquiátricos en Cautín es alta en niños y adolescentes (18).

Maroto-Vargas et al (2014) en su estudio “Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica” Introduce los aportes de la epidemiología crítica y presenta los argumentos de por qué se considera oportuno realizar la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental en Costa Rica, a pesar de una anticipada orientación metodológica por principios más tradicionales del enfoque psiquiátrico y de la epidemiología (19).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Perfil Epidemiológico

2.2.1.1 Epidemiología

Según la organización mundial de la salud “la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes” (20).

La epidemiología es la disciplina científica que “estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología en sentido estricto, que podría denominarse humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales” (20).

Es considera una “ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para la salud pública. La epidemiología estudia, sobre todo, la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen aleatoriamente; tienen causas muchas de ellas sociales, que pueden prevenirse de conocerse sus causas. Los métodos han sido cruciales para determinar políticas sanitarias encaminadas a la prevención, lesiones y muertes prematuras” (20).

2.2.1.2 Conceptualización del Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico es la manifestación de la carga de enfermedad, es decir la calidad en salud de la población, midiendo la sanidad que son observadas en la mortalidad y morbilidad de las enfermedades y los riesgos asociados (21).

2.2.2 Salud Mental en el Perú

2.2.2.1 Concepto

El concepto de salud mental según la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es decir, engloba diferentes actividades que están relacionadas directa o indirecta con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (20).

Es el resultado de circunstancias favorables y un atributo necesario para desempeñar funciones, lograr fines, crear, compartir y disfrutar la vida.

Implica autoestima, capacidad de llevar una vida productiva e integrada al entorno social, participar en toma de decisiones, relaciones interpersonales, conservar el sentido del humor, afrontar los cambios de edad, darle sentido al que hacer, todo lo que se traduce en “Calidad de Vida” (22)

La CIE 10, de 2015, de la OMS considera como trastornos mentales y de comportamiento “aquellos cuya etiología es una enfermedad o lesión cerebral que puede ser primaria, cuando afecta al cerebro de un modo directo o secundaria como en el caso de las enfermedades sistémicas que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro (23).

La Asociación Psiquiátrica Americana en 2014, en la DSM V, complementa que el daño “puede ser primaria en caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan el cerebro de modo directo y selectivo, o secundarios por otras

enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas que determinan el mal funcionamiento cerebral” (24) (25).

2.2.2.2 Carga de Salud Mental

Durand dentro del boletín epidemiológico destaca que en “el Perú, en el 2015 el análisis de la carga de enfermedad se observó que los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de 668 114 años, que representa una razón de 21.2 AVISA por mil habitantes. La carga de enfermedad de esta categoría fue determinada principalmente por el componente de discapacidad” (26).

El análisis por subcategorías “determino que la enfermedad que produjo mayor cantidad de años de vida saludables perdidos en el Perú fue la depresión unipolar” (26). “Por tanto los trastornos mentales y del comportamiento, constituyen una prioridad de salud pública, siendo los problemas de mayor prevalencia la depresión, el abuso y dependencia del alcohol, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia, la violencia familiar, los trastornos de conducta y de las emociones en los niños y el maltrato infantil” (27).

De acuerdo con “las recomendaciones de la OMS, el Estado Peruano dispuso la Reforma de la Atención de Salud Mental mediante el fortalecimiento del primer y segundo nivel de atención. Por lo que en junio del 2012 se promulgó la Ley N° 29889 que modificó el Artículo 11 de la Ley General de Salud (Ley N°26842) que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental al acceso universal y equitativo, a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, y establece el Modelo Comunitario como el nuevo paradigma de atención en salud mental en el Perú” (28).

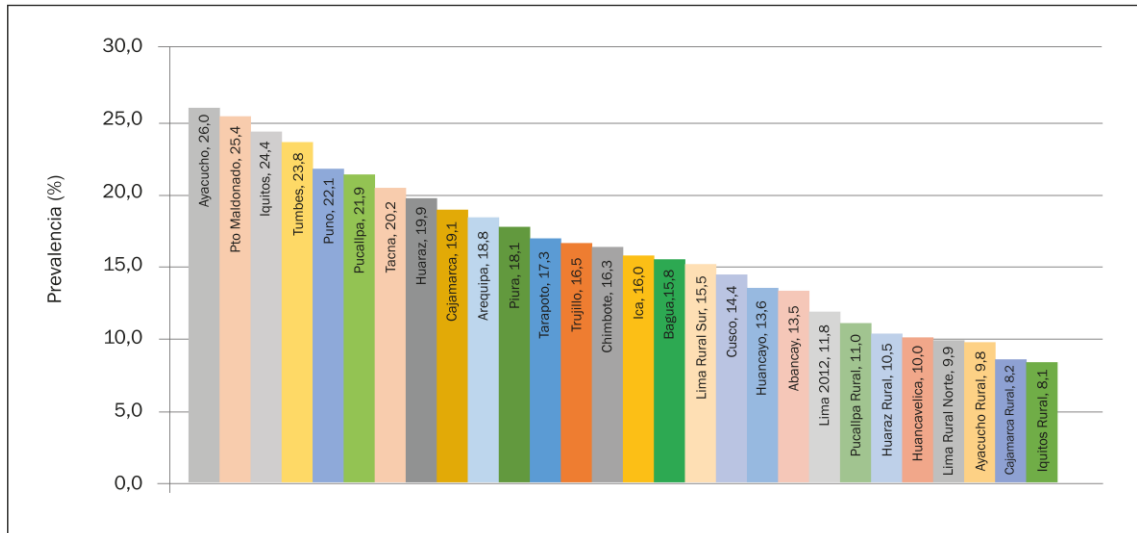
2.2.2.3 Estadística de Salud mental en el Perú

Dentro del Plan Nacional de salud Mental se menciona que en el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas alcanzan al 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida del 1 010 594 años de vida saludables, es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes (3).

El componente de discapacidad “es mayor al de mortalidad prematura (AVP: 11,5%; AVD es del 88,5%) en la carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas. Se pierden 894 376 Años de Vida Saludables (AVISAS) por este motivo. Se estima que en el Perú existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas; de estas, 67,8% (200 mil personas) presentan discapacidad moderada y severa” (26).

El problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es “la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224 535 AVISAS (3,9% del total) determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes especialmente en el componente de discapacidad. La dependencia y abuso del alcohol es otro problema especialmente en la población de 15 a 44 años, seguido por las demencias, las esquizofrenias, la violencia, la adicción a drogas” (26).

Figura 1. Prevalencia anual (%) de algún trastorno mental según la CIE-10 en Lima, Sierra, Selva, Fronteras, Costa, Lima Rural, Sierra Rural, Selva Rural y Trapecio Andino I y II; según ciudad (2002-2012)



INSM: EESMSP-2003; EESMSLP-2004; EESMF-2005; EESMCP-2006;
 ESMLR-2007; EESMSR-2008; EESMSLR 2009; EESMTA-2010 Y 2011;
 EEMSM-2012

2.2.3 Patologías asociadas a la Salud Mental

2.2.3.1 Trastorno de Ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, siendo más los días en que está presente que ausente en ≥ 6 meses, “en relación con ciertas actividades o episodios. La causa es desconocida, aunque habitualmente coexiste en personas con abuso de alcohol, depresión mayor o trastorno de pánico (crisis de angustia). El diagnóstico se basa en la anamnesis y el examen físico. En el tratamiento se utiliza psicoterapia o tratamiento farmacológico” (29).

Es un “síntoma neurótico nuclear, expresión de conflictos intra psíquicos no resueltos o de represión sexual, de agudos sentimientos de inferioridad, de inseguridad o expresión de cogniciones no verbales” (23); refleja la imposibilidad de evitar un estímulo estresante o una cognición defectuosa como respuesta a amenazas al sistema de valores del individuo

Se ha encontrado que es más frecuente que otros trastornos de angustia o pánico, pudiendo “coexistir con otros trastornos de angustia y depresión dando lugar a ocurrencia de cuadros mixtos (ansiosos depresivos). Se estima por otro lado que el compromiso del funcionamiento social u ocupacional del individuo afecto es leve o moderado y solo excepcionalmente severo aun cuando exhibe tendencia a la cronicidad” (23).

2.2.3.1.1 Sintomatología

De acuerdo con la DSM V (24), pueden agruparse en:

- A) Tensión motora: Tremor, sacudidas musculares, torsiones bruscas, debilidad, temblor generalizado, dolores, entumecimiento, inquietud, fatigabilidad fácil.
- B) Hiperactividad autonómica: Dificultad para respirar, sensación de falta de aire, palpitaciones, taquicardia, respiración profunda, escalofríos, palidez, bochornos, sequedad de boca, mareos, náusea, vómitos, diarreas, poliuria, dificultad para deglutir, sensación “nudo en garganta”.
- C) Hipervigilancia: Sensación subjetiva de tensión, estado de hiperalerta e hiperexploración sensorial, irritabilidad, impaciencia, distraibilidad, insomnio.
- D) Expectación aprensiva: Incluye ansiedad propiamente dicha, preocupación excesiva (generalmente infundada), miedo, rumiaciones pertinaces, cuasi-seguridad de inminencia de fracasos o desgracias para sí mismo y para otros.

2.2.3.1.2 Diagnóstico

Criterios Diagnósticos del Trastorno ansioso generalizado

- A- Ansiedad o preocupación excesiva sobre actividades, que se prolonga por más de seis meses.
- B- Cuadro sintomático sugestivo

C- Ansiedad y preocupación asociados a: Inquietud, tensión muscular, fácil fatigabilidad, alteración del sueño, irritabilidad.

Diagnostico diferencial (25)

A- Depresiones:

Tipo depresión agitada en la cual la depresión domina el cuadro clínico y la tensión severa. Ocurre solo intermitentemente.

B- Trastornos de adaptación:

Como el ánimo ansioso en el cual existe un factor estresante definido, de naturaleza psicosocial, no se encuentra todas las manifestaciones del TAG y la duración es menor de 6 meses.

C- Trastornos Psicóticos:

Como la misma irritabilidad, esquizofrenia o depresiones psicóticas.

D- Otros Trastornos:

Como disturbios del apetito y del comer, personalidad múltiple, trastornos disociativos y de la personalidad.

2.2.3.1.3 Tratamiento

A- Medidas Psicológicas:

-Psicoterapia profunda: Destinada a descubrir conflictos inconscientes, puede poner de manifiesto cambios psicológicos como se encuentra él YO, y tolerancia de impulsos internos.

-Psicoterapia de apoyo: Mediante tranquilización y relación compresiva con los tratantes.

-Técnicas de relajación: Destinadas a disminuir la hiperactividad

-Meditación: Específica y a menudo efectiva.

-Hipnosis: Para potenciar los efectos de las técnicas de relajación.

B- Medidas Farmacológicas:

Por lo regular los síntomas de la SAG responden a las Benzodiazepinas, mientras que las crisis responden mejor a los Antidepresivos Tricíclicos y a los Inhibidores de la Monoamino oxidasa (IMAO). Dentro del tratamiento recomendado tenemos:

TAG	Alprazolam 0.25—4 mg Diazepam 6 -- 30 mg
Postraumáticas	Benzodiazepinas Antidepresivos tricíclicos
Fobias	IESS Ansiolíticos a dosis pequeñas Litio Neurolépticos
Agarofobia	Ansiolíticos IMAO

2.2.3.2 Trastorno Depresivos

La depresión es un trastorno mental “frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres” (30).

2.2.3.2.1 Diagnóstico y definiciones

El paciente con depresión presenta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. “La

depresión puede ser de larga duración o recurrente, y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio” (30).

A- Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) ó (2):

- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- (2) Pérdida del interés o de la capacidad para el placer
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de apetito
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o indecisión
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida

B- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social

D- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

E- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo

2.2.3.2.2 Tratamiento

Además, se dispone de tratamientos eficaces. La depresión de leve a moderada se puede tratar eficazmente con terapias que utilizan el diálogo,

como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia. “Los antidepresivos pueden ser un tratamiento eficaz para la depresión de moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección para la depresión leve. Tampoco se deben emplear para tratar la depresión infantil y no son el tratamiento de elección en los adolescentes, a quienes se deben prescribir con cautela” (30).

En el tratamiento de la depresión se tienen en cuenta los aspectos psicológicos y farmacológicos:

A- Psicológico: Con psicoterapia “dirigida a la resolución del episodio depresivo. Debiendo evaluarse el riesgo suicida y desarrollar una alianza terapéutica consistente, convirtiendo al paciente en un elemento activo en el plan de tratamiento” (30).

B- Farmacológico: El tratamiento “antidepresivo está indicado en todos los pacientes con depresión mayor, especialmente si hay signos melancólicos. La elección del antidepresivo debe basarse en la condición médica del paciente, el perfil de efectos secundarios de la droga y la historia familiar y personal de respuesta a previos agentes terapéuticos. Cerca del 70% de pacientes responde favorablemente ante cualquier agente antidepresivo, la mayoría de los casos con pobre respuesta, frecuentemente obedecen a que el paciente no toma la medicación en la dosis y forma adecuada” (30).

2.2.3.3 Trastorno de Salud Sexual

2.2.3.3.1 Salud Sexual

La OMS la considera como: La integración de los elementos somáticos emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

2.2.3.3.2 Clasificación de Trastorno Salud Sexual

A- Trastornos de la identidad sexual: Están dados por “la incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad sexual, la identidad sexual es la conciencia del “ser un hombre” ó “ser una mujer”. Es el correlato intra psíquico del rol sexual, que puede ser definido a su vez, como todo aquello que el individuo dice o hace para demostrar a los otros y así mismo que inviste la condición de niño, hombre; niña o mujer, respectivamente” (29).

La CIE-10 considera tres trastornos diferentes en este grupo : El trastorno de la identidad sexual en la infancia, el travestismo no fetichista y el transexualismo (29).

En cambio la DSM V los reúne en una misma categoría denominada trastornos de identidad sexual, subdividiéndolos en base a cuatro criterios que son:

- a- Se identifica de modo intenso y persistente con el otro sexo
- b- Malestar persistente con el sexo asignado o un sentimiento de inadecuación en el desempeño del rol sexual.
- c- En ausencia simultanea de enfermedad intersexual.
- d- El trastorno debe producir sentimientos de malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral u otras áreas de la actividad.

B- Parafílias: Antes denominadas desviaciones o perversiones sexuales, se definen porque “la imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual, tales imágenes o actos, tienden a ser insistentes e involuntariamente repetitivos implicando” (29):

- a- La preferencia por el uso de objetos sexuales no humanos para alcanzarla excitación sexual.

- b- Actividad sexual repetitiva con personas, pero en la que se da sufrimiento o humillación real no simulada.
- c- Actividad sexual repetitiva con niños o personas que no consienten.

C- Son también comunes “los problemas conyugales de adaptación social y aquellos de naturaleza legal. El exhibicionismo representa un tercio de todos los delitos sexuales denunciados seguidos de la paidofilia” (24):

Son más frecuentes entre varones, esta distribución desigual se encuentra en la mayoría de las culturas estudiadas. Según la DSM V pueden ser (24):

a) Exhibicionismo:

Exposición de los propios genitales a una persona extraña sin que se pretenda tener relaciones sexuales, con el sujeto desconocido, ligado a necesidades sexuales y fantasías sexualmente excitantes y recurrentes de por lo menos seis meses de duración.

b) Fetichismo:

Uso de objetos no vivientes (fetiches) como método preferido a veces exclusivo para conseguir excitación sexual.

c) Froteurismo:

Intensas necesidades sexuales recurrentes así como fantasías sexualmente excitantes que implican el contacto y el roce con una persona desconocida que no consciente.

d) Paidofilia:

El individuo durante un periodo de por lo menos seis meses experimenta necesidades sexuales intensas y recurrentes,

así como fantasías sexualmente excitantes que implican actividad sexual con niños pre-púberes, generalmente menores de 13 años, incluye también el incesto.

2.2.3.3.3 Clasificación

Caracterizados por “perturbación del deseo sexual, por los cambios psicofisiológicos, en alguna de las fases de la respuesta sexual y por el sentimiento de malestar y dificultades interpersonales que ellas generan” (24). Según la DSM V se consideran 7 categorías.

- A) Trastornos del deseo sexual
 - Deseo sexual hipoactivo
 - Trastorno por aversión al sexo

- B) Trastornos de la excitación sexual
 - En la mujer
 - Trastorno de la erección(disfunción eréctil, impotencia)

- C) Trastornos del Orgasmo
 - T. Orgásmico femenino
 - T. Orgásmico masculino
 - Eyaculación precoz

- D) Trastornos sexuales por dolor
 - Dispareunia
 - Vaginismo

- E) Disfunción sexual por enfermedad médica

- F) Disfunción sexual inducida por sustancias

- G) Disfunción sexual no especificadas

- Ausencia de pensamientos eróticos
- Disfunción sexual no determinadas

2.2.3.3.4 Tratamiento

Hay que tener en cuenta factores que influyen como: edad, sexo, salud, autoestima, “estilo de vida personal, el contexto interpersonal y el entorno cultural, teniendo en cuenta que las necesidades sexuales varían no solo de persona a persona, sino que una misma persona, puede experimentar cambios de acuerdo al momento en que vive” (24).

Es importante precisar si los síntomas son situacionales o globales, en el primero de causas psicológicas inmediatas o profundas y el tratamiento adecuado es la psicoterapia o sexoterapia. En el segundo la situación es cuestionable siendo necesario profundizar en el diagnóstico diferencial para descartar trastornos psiquiátricos, enfermedad médica o efecto de medicamentos.

Recordemos que el deseo sexual se localiza en el sistema límbico y que el mal funcionamiento de los circuitos sexuales del cerebro en varones y mujeres requiere niveles adecuados de testosterona y un equilibrio idóneo de neurotransmisores (29).

2.2.3.4 Trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas

2.2.3.4.1 Adicción

“La adicción es una enfermedad primaria y crónica con factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que influyen sobre su desarrollo y manifestaciones” (24) “Un adicto es aquella persona sumisa, que se va haciendo incapaz de modificar la realidad que vive y se refugia en paraísos artificiales” (24)

2.2.3.4.2 Clasificación de Sustancias

Se pueden agrupar en cuatro categorías según su efecto:

- A) Tranquilizantes: estas sustancias producen una sedación conductual.; tenemos con el alcohol y fármacos sedantes,

hipnóticos y ansiolíticos de la familia de los barbitúricos y las benzodiacepinas.

- B) Estimulantes: estas sustancias hacen que estemos más activos y pueden elevar el estado de ánimo. Incluyen este grupo las anfetaminas, cocaína, nicotina y la cafeína.
- C) Opiáceos: el principal efecto de estas sustancias es que producen analgesia temporal y euforia. Tenemos a la heroína, el opio, la codeína y la morfina.
- D) Alucinógenos: estas sustancias alteran la percepción sensorial y pueden generar delirios, paranoia y alucinaciones. En esta categoría se hallan la marihuana y el LSD.
- E) Otras sustancias de abuso: existen otras sustancias de las que se abusa, pero estas no encajan en ninguna de las categorías anteriores. Entre ellas se encuentran los inhalantes como los pegamentos, los esteroides anabólicos y otros.

2.2.3.4.3 Trastorno relacionados con sustancias adictivas

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

Trastornos por consumo de sustancias:

- A) Dependencia
- B) Abuso
- C) Trastornos inducidos por sustancias:
- D) Intoxicación
- E) Abstinencia
- F) Delirium
- G) Demencia persistente
- H) Trastorno amnésico
- I) Trastorno psicótico
- J) Trastorno del estado de animo
- K) Ansiedad
- L) Disfunción sexual
- M) Trastorno del sueño

2.2.3.4.4 Criterios de Diagnóstico

La dependencia de sustancias presenta “síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella” (24)

Existe un patrón de repetida autoadministración que lleva a la Tolerancia, la Abstinencia y a una Ingesta compulsiva.

Los síntomas de dependencia son similares para todas las sustancias. “La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses” (24)

A) Tolerancia (Criterio 1) (24)

a) “Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado” (24).

b) El efecto de las “mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado” (24).

El grado de tolerancia varía ampliamente según la sustancia.

B) Abstinencia (Criterio 2): Para realizar un “diagnóstico de dependencia no basta la presencia de un cuadro de abstinencia ya que hay pacientes dependientes que no desarrollan abstinencia y otros que la desarrollan sin serlo; este sería por ejemplo el caso de pacientes ingresados que requieren opiáceos para controlar unos días el dolor y que al retirarlos, desarrollan un cuadro de abstinencia siendo éste un efecto adverso del fármaco y no una dependencia” (23)

- a. Es un cambio de comportamiento desadaptativo, “con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en sangre o tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos” (23)
- b. Normalmente desde que se despierta “los síntomas de abstinencia, que son generalmente opuestos a los efectos agudos de la sustancia, varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas” (23)

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar “una dependencia de sustancias. No obstante, para la mayoría de las sustancias, los antecedentes de tolerancia o abstinencia previa se asocian a un curso clínico más grave” (23)

- C) Criterio 3: “El sujeto toma la sustancia con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretende” (23).
- D) Criterio 4: “Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia” (23)
- E) Criterio 5: “Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (ejemplo como desplazarse a grandes distancias) en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia” (23).

- F) Criterio 6: “Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia” (23)
- G) Criterio 7: “Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (ejemplo el consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión o ingesta de alcohol a pesar de que empeore la ulcera)” (23)

2.3 Definiciones conceptuales

Abuso: es “la interferencia significativa de la sustancia en la vida del que la consume. Si estas trastornan la educación, el trabajo o las relaciones del individuo con los demás y le ponen y situaciones de peligro físico, y si tienes problemas legales relacionados, entonces se considera como alguien que abusa de sustancias” (23).

Consumo: “es la ingestión de sustancias psicoactivas en cantidades moderadas que no interfieren de manera significativa en el funcionamiento social, educativo u ocupacional” (23) .

Dependencia Psicológica: “estado emocional provocado por una sustancia, que se experimenta como placentero asociado a un impulso a tomarlo periódicamente o continuamente, para experimentar el placer o evitar el malestar” (23)

Historia Clínica: “Documento médico legal que contiene todos los datos psicobio-patológicos de un paciente. Es importante reiterar el valor legal, es decir sujeta a los preceptos o mandatos de la Ley en cuanto a la veracidad de su contenido” (31).

Salud: "La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" “y en armonía con el medio ambiente” (OMS-2012).

Servicios de Salud: conjunto de actividades profesionales destinadas al cuidado, promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud óptima tanto para la persona como para la sociedad, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos.

Síndrome de Abstinencia: conjunto de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física que emerge después de la interrupción del consumo y que son características para cada tipo de droga.

Sociocultural: El término sociocultural hace referencia a “procesos o fenómenos relacionados a características propias del sujeto en estudio,

tiene que ver con la realización humana” (32) que puede ser “útil para organizar la vida en comunidad o dentro de una empresa”(33).

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

Por tratarse de un estudio descriptivo retrospectivo, no requiere hipótesis de la literatura de metodología de investigación de Hernández, Fernández y Batista (2015) (33)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo

Es un estudio cuantitativo, de alcance descriptivo y explicativo, de medición transversal.

3.2 Diseño metodológico

Es un estudio cuantitativo, porque el estudio expresará valores numérico desde el recojo de la información de encuestas.

Es descriptivo, porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (33)

Es de proyección retrospectiva, en vista que se asegura el acceso a las Historias Clínicas de los usuarios atendidos por trastornos mentales.

Es Longitudinal, porque se recolectarán datos en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho, entre los años 2014 al 2015

No experimental, no se aplicará ningún control experimental únicamente el análisis de la información consignada en la Historia Clínica (33)

Se utilizará estadística descriptiva con arreglo a la tablas y figuras donde se narra frecuencias absolutas y relativas. (33)

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población de estudio será tomada en base a las historias clínicas pertenecientes a usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho entre los años 2014 hasta junio 2015.

3.3.2 Tamaño de la Muestra

Se ha calculado de acuerdo con el nivel de confianza del 95% según la cual se debe seleccionar 357 Historias Clínicas según la siguiente fórmula.

Figura 2. Fórmula para determinar tamaño de la muestra (n)

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N-1)E^2 + Z^2 p q}$$

Fuente: (Sampieri & Collado, 2001)

Dónde:

N	:	Es el tamaño de la muestra
Z	:	Es el nivel de Confianza
P	:	Es la variabilidad positiva
Q	:	Es la variabilidad negativa
N	:	Es el tamaño de la población
E	:	Es la precisión o el error

Consulta Externa $n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (5000)}{(5000-1) (0.5)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$

$n = 357$

3.3.3 Selección de la Muestra

El tipo de muestreo a emplear en esta investigación “es un muestreo aleatorio simple con una confianza del 95%” (33)

3.3.4 Criterios de inclusión

- a. Historias Clínica completas
- b. Historias Clínica entre los años 2014 al 2015

3.3.5 Criterios de Exclusión

- a. Historias Clínicas incompletas
- b. Historias Clínica que no corresponde al periodo en estudio.

3.4 Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Definición Operacional	Dimensión de variable	Indicador	Escala de medición	Tipo de variable	Categoría o unidad
Características demográficas del usuario	Características propias de los usuarios del servicio de salud	Frecuencia de las características demográficas de cada usuario expresados en enunciados estandarizados a la realidad de cada ámbito geográfico	Condición del usuario	Edad	Razón discreta	Independiente cuantitativa	De 18 a 36 años De 37 a 45 años De 45 a 55 años Mayor a 55 años
				sexo	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	Masculino Femenino
				Estado Civil	Nominal Politómica	Independiente cualitativa	Soltero/Casado conviviente; separado; viudo
				Procedencia	Nominal dicotómica	Independiente cuantitativa	Provincia Lima Departamento Lima Otro Departamento
Características Socio-culturales del usuario	Características propias de los usuarios del servicio de salud	Frecuencia de las características socio-culturales de cada usuario	Condición del usuario	Grado instrucción	Ordinal politómica	Independiente cualitativa	Sin instrucción/primaria Secundaria/superior
				Condición Laboral	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	Empleado/ desempleado

		expresados en enunciados estandarizados a la realidad de cada ámbito geográfico		Ocupación	Nominal politómica	Independiente cualitativa	Enunciado de ocupación
				Nivel de Ingresos	Nominal politómica	Independiente cualitativa	Bajo/ Regular/ Alto
				Tipo de Familia	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	Nuclear/ Monoparental/ Mixta/ Extendida
				Religión	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	Católica/ Evangélica/ Ateo/ Agnóstico/ otros
Factores de la enfermedad mental	Trastorno Mental motivo de atención del usuario en el establecimiento de Salud.	Descripción de los parámetros más importante de la ocurrencia de enfermedad mental.	Factores	Clasificación según DSM V	Nominal	Independiente cualitativa	Depresión Trastorno de ansiedad Trastornos disociativos/conversivos Trastornos de personalidad Alcoholismo y uso de drogas Trastornos de la conducta alimenticia Delirio y Demencia Trastorno bipolar Trastornos psicóticos Otros.....

				Tipo de usuario	Nominal	Independiente cualitativa	Nuevo Continuator
				Respuesta al tratamiento	Nominal	Independiente cualitativa	Adecuada / Pobre/sin respuesta
				Abandono del tratamiento	Nominal	Independiente cualitativa	Abandono de tratamiento previo / No abandono
				Controles posteriores	Nominal	Independiente cualitativa	Sin control / Irregular / regular

Fuente: Elaboración propia

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

- a) La Técnica empleada será la revisión documental.
- b) El Instrumento para utilizar será ficha de recolección de información.
- c) Se empleará una matriz de tabulación para contabilizar las respuestas del instrumento

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

La estrategia para el análisis y la interpretación de la información seguirá la siguiente metodología.

- Jerarquizar la información discriminando lo primario de lo secundario
 - Establecer vinculaciones entre los datos a través de descripciones, comparaciones por años y explicaciones.
 - Unir los datos de la realidad con la teoría establecida en los conceptos básicos y antecedentes investigativos.
 - Apreciar críticamente los datos.
- a) Tratamiento estadístico:
 - Para el procesamiento de los datos obtenidos y el análisis correspondiente se utilizará o como herramienta de proceso el aplicativo en Excel y el software SPSS versión 25
 - El análisis de la información se realizará tomando como base los resultados obtenidos en el aplicativo.

3.6 Aspectos Éticos

Este trabajo de investigación no considera riesgos ya que se trata de una investigación descriptiva, donde solo se recabarán datos de las Historias Clínicas. Se enfatiza cuidar el anonimato y la confidencialidad de la información.

IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.1.1 Recursos Humanos

- Coordinación con el Director del Centro de Salud
- Coordinación con el Jefe de Unidad de Gestión de Documentación
- Tesista: Eliseo Humberto Barrón Velis

4.1.2 Recursos Materiales

- Equipos Tecnológicos
 - o Ordenador estacionario
 - o Impresora
- Materiales
 - o Papel Bond: Un millar
 - o Tinta de Impresora
 - o Lapiceros
- Servicios
 - o Internet
 - o Copias Fotostáticas
 - o Empastado
 - o Movilidad local

4.2 Cronograma

Tabla 2: Cronograma 2015

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre
Revisión Bibliográfica	■				
Presentación y aprobación del proyecto	■				
Elaboración Protocolo		■	■	■	
Recopilación de Datos		■	■	■	
Procesamiento de la Información			■	■	
Análisis de la Información				■	
Elaboración del Informe final					■
Presentación del Informe final					■

Fuente: Elaboración propia

4.3 Presupuesto

Tabla 3: Presupuesto

a. RECURSOS HUMANOS

Denominación	Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Director del Proyecto	Total de días de trabajo	60	50	3,000.00
Estadístico	Servicio	01	200	200.00
Sub Total				3,200.00

b. RECURSOS MATERIALES, BIENES Y SERVICIOS

Denominación	Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Papel Bond	Millar	04	27	108.00
Tinta de impresora	Cartucho de recarga	01	60	60.00
Copias Fotostáticas	Unidad	1200	0.15	180.00
Movilidad Local	Unidad	30	3	300.00
Empastado	Unidad	06	25	150.00
Laptop	Unidad	01	--	--
Software estadístico	Unidad	01	--	--
Cámara fotográfica	Unidad	01	--	--
TOTAL				798.00

c. COSTO TOTAL DEL PROYECTO Y EJECUCIÓN

Denominación	Costo Total
Recursos humanos	3,300.00
Materiales, Bienes y Servicios	798.00
TOTAL S/.	4,098.00

Fuente: Elaborado por el autor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Ginebra:, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud - Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth); 2004.
2. MINSA. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima:, Dirección General de Epidemiología; 2014.
3. MINSA. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
4. Sindeev A, Guzmán-Negrón E. Perfil epidemiológico, clínico-psiquiátrico y legal del sentenciado por delitos sexuales, Establecimiento Penitenciario Lurigancho, Lima, 2017. Acta Médica Peruana. 2015; 35(3): p. 168-173.
5. Sindeev A. Perfil epidemiológico, clínico y legal de pacientes judicializados del establecimiento penitenciario Lurigancho. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2015; 20(3).
6. Cruzado Díaz L, Matos Retamozo L, Kendall Folmer R. Adicción a internet: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. Revista Medica Herediana. 2015 Marzo; 17(4).
7. Bojórquez Giraldo E, Chacón Antezana Ó, Rivera Ramírez , Donadío , Stucchi Portocarrero S, Sihuas Meza C, et al. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. Acta médica peruana. 2012 Enero-marzo; 29(1).
8. Oliva Oliva YS. Incidencia y perfil epidemiológico de la violencia, física sexual, psicológico y sus consecuencias en el Centro de Emergencia de la Mujer de la ciudad de Tacna en el 2009 Tacna; 2011.
9. Rivas Navarro E. Perfil clínico-epidemiológico del trastorno depresivo mayor en adultos Centro médico Ascope. Trujillo; 2015.
10. Zegarra-Valdivia J, Cazorla Pérez E, Chino Vilca B. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa - Perú. Revista Neuropsiquiatria. 2013; 79(2): p. 98-107.
11. Ríos Zea RL. Perfil clínico epidemiológico del trastorno de ansiedad en adolescentes. Hospital Regional Docente de Trujillo Trujillo; 2015.
12. Orzuza SM. Desafíos pendientes para la construcción de información epidemiológica sobre salud/salud mental en pueblos originarios en Argentina.

Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines. 2015; 13(2): p. 27-35.

13. Cravero M, Dionisio L. Análisis descriptivo de los trastornos mentales detectados en el servicio de salud mental de la dirección de salud de la subsecretaría de bienestar y calidad de vida de la Universidad Nacional de Córdoba período febrero – diciembre 2010. Revista de Salud Pública. 2013 Julio; 17(2): p. 18-27.
14. Obando , Romero J, Trujillo A, Prada M. Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica. Psychologia: Avances de la disciplina. 2015 Enero; 11(1): p. 85-96.
15. Morra AP, Elorza C, Echenique H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa, 2011. Revista Argentina de Salud Pública. 2013 Junio; 4(15): p. 26-30.
16. Solíz T. MF. Exposición, vulnerabilidad y perfil epidemiológico de trabajadores informales en el botadero a cielo abierto del cantón Portoviejo, Ecuador. MASKANA. 2014; 5(1).
17. Alves de Carvalho MD, Oliveira e Silva , Vieira Rodrigues L. Perfil epidemiológico de los usuarios de la red de salud mental del municipio de Iguatu, CE, Brazil. REvista Electronica Salud Mental Alcohol y Drogas. 2010; 6(2): p. 337-349.
18. Vicente , Saldivia S, Rioseco P, De La Barra , Valdivia , Melipillan , et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. Revista médica de Chile. 2010 Agosto; 138(8).
19. Maroto-Vargas A, Hernández-Campos M. Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica. Revista costarricense d Psicología. 2014; 33(1).
20. OMS. Temas de Salud. [Online]. [cited 2015 03 23. Available from: <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.
21. Muñoz Garzón L. Perfil epidemiológico Red de Salud de Ladera E.S.E año 2010. , Vigilancia en Salud Pública.; 2011.
22. CESMA. Conceptos de Salud Mental. Revista de Salud Mental, CESMA. 2013; 01.

23. CIE10. CIE-10-ES Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Dirección General de Salud Pública; 2015.
24. American Psychiatric Association.. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014.
25. Rotondo H. Manual de Psiquiatría. 2nd ed. Lima: UNMSM; 2008.
26. Ministerio de salud del Perú. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos Lima: Centro Nacional de epidemiología, Prevención y control de Enfermedades; 2015.
27. Mental MdSdPDGdIEeSPDdS. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. In. Lima: Ministerio de Salud; 2015. p. 96.
28. Ministerio de Salud. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ; 2015.
29. Merck Sharp & Dohme Corp. Manual Merck. Versión electrónica para profesionales. [Online].; 2015. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional>.
30. OMS. Trastornos mentales. [Online].; 2015 [cited 2015 marzo 02. Available from: https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/.
31. MINSA. Administración de Historias Clínicas. Curso Calidad de la Gestión Documental. Lima.; 2010.
32. Bosque J, Vilá J. Geografía Humana Barcelona: Planeta; 2002.
33. Hernández Sampieri R, Méndez Valencia S, Mendoza Torres C, Cuevas Romo A. Fundamentos de Investigación México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2014.
34. Pascoe G. Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. Evaluation and Program Planning. 1983; 06(185-210).
35. ESSALUD. Carga de enfermedad y lesiones en ESSALUD: Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014. Lima: ESSALUD, Gerencia Central de Prestaciones de Salud; 2015.
36. Quarstein V,MR,M. The situational occurrences theory of job satisfaction. Human Relations. ; 1992.

37. Sánchez C. Motivación, satisfacción y vinculación. Es gestionable la voluntad de las personas en el trabajo? Acción Psicológica. 2008;; p. 5(1) 9-28.
38. López Martínez U. Perfil epidemiológico de los adultos mayores en los cantones Tisaleo y Mocha de la provincia de Tungurahua Ambato; 2015.
39. Paredes Cueva S, Esstacio Ocas M. Nivel de satisfaccion del usuario del servicio de consulta externa del hospital Regional de Cajamarca. Tesis. Cajamarca: Universidad Privada del Norte, Administración; 2015.
40. Reinoso Caravedo L. Calidad del servicio y satisfacción del usuario a consulta externa del Hospital Luis N. Sáenz. Tesis para optar al grado de maestro en Gestion Pública. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2013.

Anexo 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Perfil epidemiológico del centro de salud mental comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho, Lima 2014-2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADOR
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el Perfil Epidemiológico de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el Perfil Epidemiológico de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe CSM-JMC de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>a. Identificar las características demográficas de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Por tratarse de un estudio descriptivo retrospectivo, no requiere hipótesis de la literatura de metodología de investigación de Hernández, Fernández y Batista (2015) (33)</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Características demográficas del usuario</p> <p style="text-align: center;">Indicador:</p> <p>Edad, Sexo, Estados Civil, Procedencia</p> <p>Variable 2:</p> <p>Características Socio- culturales del usuario</p> <p style="text-align: center;">Indicador:</p> <p>Grado de instrucción, Condición Laboral, Ocupación, Nivel de ingresos, Tipo de Familia Religión</p>

	<p>Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015</p> <p>b. Conocer las características socioculturales de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015</p> <p>c. Describir los trastornos de Salud Mental más frecuentes de los usuarios que se atiende en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan de Lurigancho durante el periodo 2014-2015</p>		<p>Variable 3: Factores de la enfermedad mental</p> <p>Indicador: Clasificación según DSM V Tipo de Usuario Respuesta al tratamiento Abandono del tratamiento Controles posteriores</p>
Método y diseño	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	
Método:	Población:	Técnicas:	Instrumento:

<p>Enfoque cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental y de corte transversal.</p> <p>Nivel: Descriptivo y explicativo</p>	<p>Está conformado por 5000 Historias Clínicas</p> <p>Muestra: La muestra será de 357 Historias Clínicas</p>	<p>Revisión Documental Ficha de recojo de información</p> <p>Tratamiento estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se utilizará el SPSS25 - Distribución de frecuencias absolutas y relativas
--	---	---

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Factores demográficos	Edad	<input type="checkbox"/> De 18 a 36 años <input type="checkbox"/> De 37 a 45 años <input type="checkbox"/> De 45 a 55 año <input type="checkbox"/> Mayor a 55 años
	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> viudo
	Procedencia	<input type="checkbox"/> Provincia Lima <input type="checkbox"/> Departamento Lima <input type="checkbox"/> Otro Departamento

Factores Socio culturales	Grado de Instrucción	<input type="checkbox"/> Sin Instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior
	Condición económica	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado
	Ocupación	_____
	Nivel de Ingresos	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Alto
	Tipo de familia	<input type="checkbox"/> Nuclear <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Extendida
	Religión	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> otros

Factores de la enfermedad	Diagnóstico según DSM V	() () () () () () () () () ()	Depresión Ansiedad Trastornos disociativos/ conversivos Trastornos de personalidad Alcoholismo y uso de drogas Trastornos de la conducta alimenticia Delirio y Demencia Trastorno bipolar Trastornos psicóticos Otros.....
	Tipo de usuario	() ()	Nuevo Continuado
	Respuesta al tratamiento	() () ()	Adecuada pobre sin respuesta
	Abandono del tratamiento previo	() ()	Abandono de tratamiento previo. No abandono de tratamiento.
	Controles posteriores	() () ()	Sin control Irregular regular

Anexo 03

SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL

Año de la Universalización de la Salud

SOLICITA: Autorización para realizar investigación de tesis

Dr. Alfredo Centurión Vargas
Director del Redes Integradas de Salud de Lima Centro

Yo, Eliseo Humberto Barrón Velis identificado con DNI N° 08261294, personal asistencial del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan De Lurigancho, me presento y digo:

A nivel del Centro de Salud Mental SM-JMC existe ausencia de información sobre las características de la población y los usuarios que son atendidos en el servicio, es necesario su análisis con la intención de plantear estrategias para el abordaje de los trastornos de SM más frecuentes y a la vez hacer uso racional del talento humano necesario, así como los materiales e insumos requeridos logrando un manejo eficiente en el servicio de Psiquiatría ofertado a la población usuaria de San Juan de Lurigancho.

Por lo cual, se propuso el proyecto “Perfil Epidemiológico del Centro De Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe de San Juan De Lurigancho, Lima 2014-2015” con el objetivo de determinar el perfil, identificar las características demográficas y describir los trastorno de salud mental más frecuentes.

Se solicita la autorización para poder recolectar la información de las Historias Clínicas entre el periodo 2014 a junio 2015, este trabajo de investigación no considera riesgos ya que se trata de una investigación descriptiva, se enfatiza cuidar el anonimato y la confidencialidad de la información.

Por lo expuesto:

Ruego a Usted acceder a mi solicitud,

Lima, 01 julio 2015

Eliseo Humberto Barrón Velis
DNI N° 08261294