



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI) y la adherencia al tratamiento en personas con trastorno mental grave en el Hospital

Hermilio Valdizán - Lima

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTORA

Quispe Baltazar, Patricia Roxana Zarela

(ORCID: 0000-0002-2458-5360)

ASESORA

De La Cruz Amador, Marcionila Estelita

(ORCID: 0000-0002-4850-9581)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Quispe Baltazar, Patricia Roxana Zarela

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 70440782

Datos de asesor

De La Cruz Amador, Marcionila Estelita

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 42541403

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ÍNDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. OBJETIVOS.....	2
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	2
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.5. DELIMITACIÓN.....	4
1.6. VIABILIDAD.....	4
II. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	4
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	8
2.2. BASES TEÓRICAS.....	8
2.2.1. TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	8
2.2.2. ESTIGMA EN SALUD MENTAL.....	10
2.2.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	13
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	17
2.3.1. ESCALA MORISKY DE ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS DE 8-ITEMS (MMAS-8).....	17
2.3.2. ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO DE ENFERMEDAD MENTAL.....	18
2.3.3. PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO (PAREI).....	19
2.4. HIPÓTESIS.....	19
III. METODOLOGÍA.....	20
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	20
3.2. DISEÑO	20
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	20
3.3.1. POBLACIÓN.....	20
3.3.2. TAMAÑO DE MUESTRA.....	20
3.3.3. SELECCIÓN DE MUESTRA.....	21
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: INSTRUMENTOS.....	25

3.6.	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	25
3.7.	ASPECTOS ÉTICOS.....	26
IV.	RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	26
4.1.	RECURSOS.....	26
4.2.	CRONOGRAMA.....	27
4.3.	PRESUPUESTO.....	28
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
VI.	ANEXOS.....	36

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La organización mundial de la salud (OMS) menciona que la salud mental es una parte integral de la salud y no solo es la ausencia de trastornos mentales. Según las cifras a nivel mundial, los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias conforman el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales, además se reporta que las personas con diagnóstico de trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población general (1).

En la población peruana las enfermedades neuro-psiquiátricas representan mayor carga de enfermedad (2). Estas llegan al 17,5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y ocasionando la pérdida años de vida saludables (33,5 años perdidos por cada mil habitantes) (3).

Las enfermedades mentales vienen afectado a la población peruana mucho antes de la pandemia, en estos últimos años debido al COVID-19 han incrementado el número de personas que debutan con enfermedades mentales o de personas con diagnóstico previo que empeoraron sus condiciones.

Sumado a esta realidad, tenemos que considerar que parte de esta población cuenta con un pobre soporte familiar y una baja adherencia al tratamiento, especialmente las personas con trastorno mental grave (TMG).

Las investigaciones demuestran que para mantener una adecuada salud mental coexisten una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales, además las personas con trastornos mentales tienen más desventajas sociales; lo que genera dificultad en el acceso a los servicios de salud y una baja adherencia al tratamiento, lo que incrementan los riesgos psicosociales y empeora su situación de salud (4).

Los factores psicológicos y sociales también son de importancia para la perpetuación de estos trastornos, ya que, influyen significativamente en la evolución de la enfermedad.

La población con algún diagnóstico neuropsiquiátrico suele enfrentar un doble problema, en primer lugar, los síntomas y consecuencias de la enfermedad, y, por otro lado, el estigma social; este último es un problema

social que provoca vergüenza, miedo y rechazo, además impide que muchas personas busquen ayuda profesional; esta carga añadida se convierte en un factor significativo para el manejo, evidenciándose con la baja adherencia y la resistencia al tratamiento (5).

En el Perú se promueve la implementación del modelo de salud mental comunitario, donde con un equipo interdisciplinario se pretende abordar de manera integral a la población con problemas de salud mental (6). Bajo este modelo también se pretende disminuir el estigma hacia los problemas de salud mental y hacia los centros donde se atienden estos casos, además se plantea actividades de integración con la comunidad.

A pesar de las políticas propuesta a nivel nacional, el estigma afecta a la población en general y especialmente a las personas con algún trastorno mental, hay pocas investigaciones relacionadas estigma y mucho menos al estigma internalizado, además no se ha implementado programas estructurados enfocados en la reducción de estigma en el Perú. Este estudio pretende aplicar un programa para reducir el estigma internalizado y evaluar sus efectos en la adherencia al tratamiento en personas con un trastorno mental grave.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál será el efecto de la aplicación del programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado sobre la adherencia al tratamiento en personas con trastorno mental grave del Hospital Hermilio Valdizán - Lima?

1.3. OBJETIVOS

1.3.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de la aplicación del “Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI)” sobre la adherencia al tratamiento en personas con trastorno mental grave en el Hospital Hermilio Valdizán - Lima.

1.3.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a las personas que cumplan con los criterios de trastorno mental grave
- Aplicar la escala de estigma internalizado de enfermedad mental a los participantes antes y al finalizar el programa; y en un control a los 6 meses.
- Evaluar la adherencia al tratamiento mediante la escala de adherencia a la medicación de Morisky - 8 ítems (MMAS-8) antes y al finalizar el programa; y en un control a los 6 meses.
- Aplicar programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI)
- Evaluar el efecto de la aplicación del programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI) sobre la adherencia al tratamiento de los participantes

1.4. JUSTIFICACIÓN

Las personas con TMG requieren seguir un tratamiento a largo plazo, y debido a múltiples factores no suelen tener una buena adherencia al tratamiento, lo cual provoca constantes recaídas y hospitalizaciones, que generan un mayor deterioro, por esta razón, este estudio pretende abordar el estigma internalizado que es uno de los factores poco identificados en las consultas y hospitalizaciones, sin embargo muestra tener una gran importancia en la percepción de la enfermedad mental e influye en la decisión de seguir el tratamiento adecuadamente.

Mediante la aplicación del programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI) se busca concientizar a esta población y según los resultados que se obtengan, evaluar si el programa es una estrategia necesaria para mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Este trabajo de investigación está orientado con base en la línea de investigación nacional sobre la salud mental y funcionalidad familiar; debido a que esta población es más vulnerable ante los factores de riesgo psicosociales, es de importancia intervenir con estrategias de enfoque

preventivo para evitar rechazo al tratamiento y cronificación del trastorno. Cabe recalcar que actualmente no contamos con estudios similares a nivel nacional, ni tampoco se tiene un programa estandarizado que intervenga en esta área en nuestra población, lo cual enfatiza la importancia de este estudio.

1.5. DELIMITACIÓN

Pacientes que cumplan con los criterios de trastorno mental grave, de 18 a 65 años, con baja adherencia al tratamiento y percepción de moderada a alta de autoestigma, que asistan a la consulta externa del servicio de salud mental de adultos del Hospital Hermilio Valdizán – Lima durante el periodo de febrero a junio del 2023, y que acepten de forma voluntaria participar en el programa.

1.6. VIABILIDAD

Se presentará el proyecto de investigación y se solicitará la autorización al Hospital Hermilio Valdizán – Lima, se solicitará el permiso del servicio de salud mental de adultos para identificar a los pacientes que cumplan con los requisitos para ingresar al programa y hacerles la invitación.

Se cuenta con los recursos económicos para ejecutar el proyecto.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Zoppei y Lasalvia, hacen una revisión de las campañas contra el estigma realizadas en Italia, donde identifican 71 programas antiestigma, encontrando una heterogeneidad en la planificación y realización práctica, sin embargo, encontraron falta de información sobre los resultados obtenidos por la mayoría de los programas, lo cual no permite conocer su efectividad. Esta revisión recomienda basarse en principios metodológicos rigurosos y en la mejor evidencia disponible; para poder obtener la mayor tasa de éxito posible (7).

Morgan, et al., hacen una revisión de las iniciativas para reducir el

estigma en Australia, encontrando 61 programas e iniciativas disponibles, identificaron pocos programas dirigidos al autoestigma de las personas con enfermedades mentales, resaltan las fortalezas de incluir en los programas a voluntarios de la comunidad y los pares como facilitadores (8).

En la revisión que hace Thornicroft, et al., analizaron las intervenciones efectivas destinadas a reducir el estigma o la discriminación relacionados con las enfermedades mentales, a partir de 8 revisiones sistemáticas publicadas, encontraron que algunas intervenciones antiestigma a nivel de grupo con personas con alguna enfermedad mental son prometedoras y merecen una evaluación adicional; además que no se cuenta con investigaciones en países de bajos y medianos ingresos, asimismo recomiendan realizar estudios con seguimiento a más largo plazo para evaluar si los logros iniciales se mantienen o se atenúan, y si se necesitan dosis de refuerzo de la intervención para mantener el progreso (9).

En otro estudio Büchter, et al., hicieron una revisión sistemática de ensayos aleatorizados controlados que incluían intervenciones para reducir el autoestigma, no encontraron pruebas suficientes sobre la efectividad de las intervenciones, sugieren que hay diferencias importantes a considerar según cada diagnóstico psiquiátrico, concluyen que las intervenciones no son necesariamente ineficaces, sino que los futuros estudios deben contar con evaluaciones estadísticas adecuadas y deben informar los resultados apropiadamente (10).

Zhang, et al., realizaron una revisión con el objetivo de describir el estado del estigma experimentado por los pacientes psiquiátricos y las campañas contra el estigma en varios países asiáticos, encontraron que en las sociedades asiáticas las personas con trastornos mentales son menos aceptables socialmente y el estigma se generalizaba a los miembros de la familia, se evidencia que hay mayor enfoque en actividades anti estigma que la década anterior, proponen integrar los hallazgos socioculturales en las intervenciones para reducir el estigma (11).

Vielma, et al., realizaron una evaluación de intervenciones para reducir el estigma hacia personas con trastornos mentales graves en Iberoamérica, se incluyeron 18 estudios donde 6 estudios fueron realizados en América Latina, dentro de los hallazgos se observó que la debilidad de los estudios estuvo en la calidad y la probabilidad de sesgo, recomendaron que en futuras intervenciones se defina la duración de intervención y seguimiento, además de determinar los factores contextuales que pueden influir en estas intervenciones (12).

Respecto a los antecedentes de estudios específicos que incluyen intervenciones dirigidas a la reducción del estigma internalizado tenemos al estudio realizado por Fung, et al., donde investigaron la eficacia un programa para reducir el autoestigma en personas con diagnóstico de esquizofrenia, el programa incluía psicoeducación, terapia cognitiva conductual, entrenamiento en habilidades sociales, etc. Encontraron que durante la etapa activa del programa había potenciales efectos favorables sobre la autoestima y la mejora en la adherencia al tratamiento psicosocial, sin embargo, hubo una falta de efectos de mantenimiento terapéutico durante el período de seguimiento a los 6 meses (13).

Lucksted, et al., realizaron una intervención para reducir el estigma internalizado entre las personas con enfermedades mentales en Baltimore y San Francisco, encontraron disminución significativa en el estigma internalizado, además la orientación de recuperación y el apoyo social también aumentaron significativamente (14).

Roe, et al., evaluaron la eficacia de la intervención denominada “mejora narrativa y terapia cognitiva (NECT)” en personas con trastorno mental grave, los resultados del estudio mostraron que los participantes de NECT mostraron reducciones significativas en el autoestigma y aumentos en la autoestima (15).

Ivezic, et al., plantearon determinar si la psicoeducación basada en los principios de recuperación y empoderamiento favorecía la reducción del autoestigma y aumentaba el empoderamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, concluyendo que la psicoeducación grupal disminuyó el nivel de autoestigma y que esta intervención puede

ayudar en la recuperación estos pacientes (16).

Stefaniak, propone la elaboración de un programa terapéutico llamado “Soy lo que soy” dirigido a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Polonia, este programa está destinado a abordar el autoestigma, enfatizando la aceptación de la salud actual y el replanteamiento de las creencias negativas sobre uno mismo, con la finalidad de aumentar la resistencia al autoestigma, refiere que el protocolo tuvo buena aceptación por parte de los pacientes y es una de las primeras intervenciones específicas dirigidas a esta problemática en Polonia(17). Díaz, et al., se evaluó la intervención denominada “Programa de afrontamiento del estigma internalizado” (PAREI) con la finalidad de reducir el estigma internalizado y mejorar los resultados de recuperación en personas con EMG, encontraron que hubo mejora en el grupo intervenido en la dimensión emocional, la legitimidad percibida de la discriminación, las expectativas de recuperación y el funcionamiento social en comparación con el grupo de control, concluyendo que el PAREI es una herramienta de intervención prometedora para abordar el estigma internalizado (18).

Geffner y Agrest, realizaron un estudio cualitativo en Buenos Aires, evaluando el estigma percibido y experimentado respecto a su tratamiento y recuperación, muchos describieron situaciones y emociones desagradables asociadas al tratamiento, expresaron situaciones de exceso con la medicación e internamientos, así como su poca participación en su tratamiento, según lo cual algunos manifestaban desesperanza respecto a la recuperación, otros manifestaron aprendizajes en su tratamiento y la importancia del apoyo familiar y social, sugieren profundizar en intervenciones que aborden el estigma incluyendo factores culturales (19).

Shih, et al., evaluaron una intervención contra el estigma en pacientes con esquizofrenia en Taiwan, encontraron que el autoestigma disminuyó significativamente y la autoestima aumentó después de la participación en el programa, manteniéndose el efecto en el grupo experimental a 1 mes de seguimiento (20).

Respecto a la asociación del estigma y la adherencia al tratamiento,

Flores, et al., evaluaron el estigma y el apego al tratamiento en personas con trastornos mentales severos en México, encontrando que el estigma percibido se asoció de manera significativa con un pobre apego al tratamiento, no se analizaron otros factores, sin embargo, se concluye que la adherencia al tratamiento es menor a mayor estigma percibido, lo que podría asociarse con una evolución tórpida y constantes recaídas que a su vez incrementaría el autoestigma (21).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Avalos, evaluó el estigma internalizado en 273 pacientes de la consulta de psiquiatría de un hospital en Trujillo, encontrando asociación estadísticamente significativa como factor de riesgo de mala adherencia al tratamiento, recomendando reevaluar este aspecto con el apego al tratamiento (22).

En otro estudio, Montañez, realizó una revisión evaluando los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis, menciona que dentro de los factores el no superar el estigma sobre la enfermedad representará dificultades en el tratamiento, recomendando el apoyo psicológico para estos pacientes (23).

En el Perú, no se cuenta con estudios específicos sobre intervenciones o programas que aborden el autoestigma en personas con trastorno mental grave.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TRASTORNO MENTAL GRAVE

No hay una guía clara sobre cómo clasificar a grupos específicos entre las personas con un diagnóstico de enfermedad mental; sin embargo, los estudios indican que se debe dar mayor prioridad a las personas con trastorno mental grave (24).

La definición de “trastorno mental grave” o “trastorno mental severo” es un constructo teórico que agrupa varias condiciones clínicas, con una elevada prevalencia y una importante repercusión a nivel asistencial.

En el informe del 2006 de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se menciona la importancia de diferenciarlo del “Trastorno mental Común” y promueve la integración de intervenciones destinadas a la atención a las personas con trastorno mental grave (25). No hay criterios homogéneos, pero la definición más utilizada y probablemente con mayor aprobación es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (National Institute of Mental Health, 1987), que incluye tres dimensiones:

1. Personas con diagnósticos que incluyen cuadros psicóticos y alteraciones conductuales graves; como: trastornos esquizofrénicos, esquizoafectivos, delirantes persistentes, trastorno bipolar, episodios depresivos graves recurrentes o con síntomas psicóticos, trastorno obsesivo compulsivo, otros trastornos psicóticos no orgánicos; la inclusión de trastornos de personalidad se considera controversial, sin embargo se incluyen aquellos que cursan con síntomas psicóticos y desordenes conductuales graves que pueden persistir durante su vida y afectarían su funcionalidad.
2. Duración de la enfermedad y el tratamiento sea mayor a 2 años.
3. Que haya presencia de discapacidad, considerando afectación moderada a severa del funcionamiento familiar, social y laboral. La disfunción del funcionamiento es evaluada por escalas como la “Escala de Evaluación de la Actividad Global” (EEAG) y la “Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS” (DAS-I) (26).

Las personas con trastorno mental grave presentan mayor vulnerabilidad que el resto de la población; tienen dificultades para lograr su autonomía debido al déficit en sus capacidades y habilidades, lo que los expone a una mayor susceptibilidad a situaciones estresantes y dificultad para enfrentarse a las demandas de su ambiente, así mismo en adultos mayores con TMG se observa mayor fragilidad asociada a comorbilidades físicas y cognitivas y mayor mortalidad (27).

Con respecto a sus redes de apoyo generalmente son familiares cercanos y debido a su dificultad para socializar, obstaculiza su

integración y participación activa en su comunidad, además tienen una elevada dependencia a sus cuidadores; en lo laboral se observa que quienes trabajaban, dejaron de hacerlo después del diagnóstico o del internamiento con dificultad para reintegrarse, la presencia de todos estos factores genera limitaciones para acceder a trabajos, lo que perpetua su estado de pobreza y exclusión (28).

También se observa dificultades con respecto al manejo, ya que usualmente tienen escasa conciencia de enfermedad, sus actitudes y la de sus familiares hacia el diagnóstico y el tratamiento, así como el estigma social, podrían influir en la adherencia al tratamiento (29). La discriminación y estigma afecta de manera relevante a esta población con la tendencia a aislarlos y solo mantener un manejo de control de síntomas con fármacos, por lo que se tiene que considerar dentro del manejo a la recuperación social, para lo cual es importante afianzar un modelo de salud mental comunitario que considere los aspectos relacionales de la interacción personal de salud y los usuarios que no fomente experiencias de discriminación y que refuerce el buen trato; además de promover el desarrollo personal y la inclusión social (30).

Otro punto importante para considerar es la presencia de comorbilidades médicas y el riesgo de consumo de sustancias, esta problemática asociada a un acceso deficitario a los servicios de salud y el poco apoyo social, acentúan el riesgo de muerte prematura que hay en esta población (31), teniendo en cuenta los factores de riesgo y factores protectores que se tienen que considerar en el manejo aún estamos en desventaja en cuanto al abordaje, presentándose recaídas constantes con reingresos hospitalarios prolongados, debido a esto debemos fortalecer las investigaciones e intervenciones en cada uno de estos factores para mejorar el estado de salud de esta población.

2.2.2. ESTIGMA EN SALUD MENTAL

Hay gran variabilidad sobre los conceptos y definiciones de estigma. Erving Goffman plantea que la sociedad instaaura categorías entre las personas, lo que define como "identidad social", esto permite anticiparnos a las interacciones interpersonales, basados en el

concepto mental que tenemos de “los otros”, por ejemplo, al ver una persona con discapacidad visual podríamos adelantarnos a calificar como “pobre de él” o brindar ayuda sin que la pida por la “identidad social” de esta característica que tenemos preconcebida. El término de “estigma” se utiliza para referirse a atributos desacreditadores dentro de un contexto social y cultural, “este atributo que estigmatiza a una persona puede confirmar la normalidad de otra” (32).

Link y Phelan conceptualizan el estigma como la convergencia de varios elementos como la construcción de etiquetas, los estereotipos negativos asignados por la cultura y/o sociedad, la separación entre “nosotros” y “ellos”, con posterior discriminación y pérdida de estatus, que acontecen en un medio social que promueve la identificación de “lo diferente” generando rechazo y exclusión (33). Se plantean características específicas del estigma hacia los trastornos mentales, percibiendo a esta población como más peligrosa, que no siguen las normas sociales, con creencias negativas sobre su origen que genera exclusiones y debido a la presencia de crisis o recaídas no se les considera para estudios, trabajo, etc. (34).

Se puede distinguir dos formas de estigma, el estigma público y el autoestigma. Según la psicología social el estigma público se manifiesta con la percepción de estereotipos, creación de prejuicios y expresando conductas discriminativas.

Por otra parte, respecto al estigma interno, se tiene en cuenta el efecto “why try” o su traducción “por qué intentarlo”, que incluye tres elementos: el autoestigma, la autoestima y la autoeficacia y el logro del objetivo de vida. Las personas etiquetadas con enfermedades mentales exponiéndose constantemente a una sociedad con estereotipos dominantes sobre las enfermedades mentales pueden internalizar actitudes de discriminación y devaluación de sus capacidades (35).

El efecto “por qué intentarlo” se puede comprender mediante la presencia de cuatro procesos interactivos, primero la reacción personal frente a los estereotipos en este caso, de enfermedad mental; se interiorizan actitudes estigmatizadas, generando un “autoestigma”, este será más intenso dependiendo de que tan consciente está la persona y

si está de acuerdo con esas conductas, segundo, comienza a aplicarse a sí misma esos estereotipos, esta aceptación deteriora el autoestima y autoeficacia de la persona, estancando su búsqueda de logro hacia sus metas, mostrando falta de voluntad, y en tercer lugar, influye en sus decisiones, optando por no participar en oportunidades que mejorarían su calidad de vida por no sentirse merecedoras de estas (36).

También se denomina “estigma internalizado”, a esta pérdida de identidad, donde la persona con un trastorno mental deja de identificarse con sus atributos positivos y pasa a adoptar los puntos de vista estigmatizados de la sociedad, esto afecta su recuperación y reintegración a la comunidad, ya tiene un efecto directo sobre la esperanza y la autoestima de estas personas. La desesperanza se asocia con una participación ineficiente en el tratamiento, a través de conductas evitativas que contribuyen con el aislamiento social, convirtiéndose en un factor importante que influye con comorbilidades como depresión y mayor riesgo de suicidio. Estudios muestran que el estigma internalizado se correlaciona negativamente con la recuperación y rehabilitación, lo que refuerza la necesidad de intervenciones estandarizadas y replicables para abordar esta problemática (37).

Por mucho tiempo se puso mayor atención al estigma público de la población general, promoviendo intervenciones enfocadas en esta área, sin embargo, los modelos de autoestigma son importantes para comprender que estrategias se pueden implementar para reducir el impacto del estigma principalmente en personas con diagnósticos de trastornos mentales.

Las investigaciones que abarcan el autoestigma han aumentado durante la última década, se ha podido identificar su presencia a nivel mundial con mayor frecuencia en el sudeste asiático y Medio Oriente, donde se observa que algunos trastornos como la esquizofrenia se asocia con mayor autoestigma; se ha observado variaciones culturales y socioideológicas que afectan la percepción en diferentes países, además otro factor relevante que interviene es el sentimiento de vergüenza por “no cumplir con las expectativas sociales” (38).

Es frecuente que las personas con un diagnóstico de trastorno mental experimenten estigma dentro del sistema de salud, esto no solo obstruye su integración en la sociedad, sino también entorpece su proceso de rehabilitación y tratamiento. Desde este punto de vista el estigma nos solo puede exacerbar la enfermedad mental, sino que es una barrera para que estas personas puedan beneficiarse de un adecuado tratamiento (39).

Para abordar el autoestigma se debe implementar intervenciones replicables que consideren estrategias que incluyan las opiniones negativas internalizadas relacionadas con el diagnóstico de trastorno mental. Algunos estudios mostraron que estrategias de empoderamiento y poder divulgar el diagnóstico puede ser efectivo en personas jóvenes y en las primeras etapas del autoestigma (40). Etapas más avanzadas del autoestigma pueden requerir mayores intervenciones, como terapias cognitivo-conductuales con reestructuración de pensamiento, psicoeducación e intervenciones grupales.

En la revisión sistemática realizada por Morgan, et al., evaluaron las intervenciones de reducción del estigma dirigidas a las personas con enfermedades mentales graves, encontraron que los programas educativos y basados en el contacto mostraron mejoras pequeñas, se concluyó que hay evidencia limitada sobre la efectividad a largo plazo de las intervenciones, también hubo una falta de evidencia sobre la efectividad de las intervenciones contra la discriminación, recomiendan que los estudios deben informar las características de la intervención con más detalle (41). Es importante explorar intervenciones que sean replicables y que puedan mantener su efectividad en el tiempo, para poder evidenciar los efectos que tengan sobre el tratamiento y la reintegración social.

2.2.3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La falta de adherencia a los medicamentos prescritos es un desafío importante para lograr el manejo adecuado de cualquier enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las tasas de

adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas son de alrededor del 50% y la cifra es menor en países en vías de desarrollo (42), esto implica que la falta de adherencia al tratamiento es un problema a nivel mundial y que influye en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios, definió el cumplimiento terapéutico como el grado en que la persona cumple de acuerdo con la dosificación, la pauta posológica y el plazo como fueron prescritos los fármacos (43), sin embargo, no consideran otros factores como el cambio de estilo de vida que son necesarios de incluir en el manejo de las enfermedades crónicas.

López, et al., observaron que la mayoría de los estudios sobre la adherencia al tratamiento, solo se enfocaron en los fármacos, sin considerar otros aspectos significativos como la dieta, la actividad física y los cambios en el estilo de vida, así mismo el paciente se asumía de forma pasiva sin participar en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, para estimar una adherencia de forma integral, se deben considerar todo los factores previos y la participación del paciente (44). Se plantea que la adherencia al tratamiento se basa en el grado en que una persona acepta las recomendaciones e indicaciones del tratamiento, no consiste solo en tomar el fármaco, sino también, seguir los cambios en su estilo de vida indicados y el seguimiento en las consultas. Bajo este concepto la persona no solo es observadora pasiva sino también participa activamente en el cambio, esto requiere llegar a un acuerdo con el paciente (45).

La falta de adherencia al tratamiento se asocia con consecuencias desfavorables que incrementan la morbilidad y la cronificación del cuadro, lo que eleva los costos de atención en salud, así mismo se debe resaltar la importancia de la relación médico paciente, varios estudios muestran que más del 25% de los pacientes no entendieron las indicaciones o tenían dudas, lo cual afectó su adherencia al tratamiento (46). Basándose en una relación de confianza entre el médico y el paciente, actualmente se enfoca la adherencia al tratamiento en un

concepto donde las expectativas, de ambas partes, concuerden y además se permita una negociación antes y durante el tratamiento (47). Según la OMS, hay cinco factores que influyen sobre la adherencia terapéutica:

- 1) Factores socioeconómicos, principalmente la pobreza, lo que limita su acceso a la atención en salud y a la adquisición de medicamentos.
- 2) Factores relacionados con el tratamiento, incluyendo la prescripción con indicaciones claras, así como información sobre los fármacos.
- 3) Factores relacionados con el paciente, como el grado de instrucción, sus redes de apoyo, sus creencias culturales y religiosas, su perspectiva sobre la enfermedad, y en caso de trastornos mentales el estigma y autoestigma percibido.
- 4) Factores relacionados con la enfermedad, principalmente la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad que puede ocasionarle y la disponibilidad de tratamientos al que puede acceder.
- 5) Factores relacionados con el sistema sanitario, relacionado con la oferta de servicios de salud que esté al alcance del paciente, incluyendo establecimientos de salud, medicamentos necesarios, especialistas y personal de salud calificado, etc.

Para mejorar la adherencia terapéutica se debe evaluar cada uno de estos factores e identificar las posibles intervenciones efectivas (48).

Se han realizado investigaciones sobre las distintas estrategias para mejorar la adherencia, se puede mencionar las siguientes:

- Técnicas para simplificar el régimen de prescripción, como agrupar medicamentos o reducir dosis diarias con fármacos de liberación prolongada.
- Estrategias conductuales, como recordatorios, llamadas, alarmas, aplicaciones en el celular, ofrecer recompensas, etc.
- Intervenciones educativas, para orientar de forma didáctica a los pacientes y sus familiares sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Intervenciones que incluyen apoyo social y familiar con la inclusión

de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

- Intervenciones dirigidas a los profesionales, con el objetivo de mejorar las técnicas de comunicación y enseñanza (49).

Algunas investigaciones evidencian que casi el 50% de las familias no reciben psicoeducación sobre la enfermedad o los tratamientos (50). En el estudio realizado por Sibeko, et al., refieren que las intervenciones psicoeducativas a la familia son aceptables y factibles, evidenciando la reducción de recaídas y el mejor conocimiento de los cuidadores sobre los TMG, otras intervenciones como mensajes de texto no fueron factibles, debido a factores económicos, de cobertura, entre otros (51). En la revisión sistemática realizada por Loots, et al., exploran la efectividad de las intervenciones que mejoran la adherencia en personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar, encontraron que varias intervenciones educativas y conductuales (entrevistas motivacionales, recordatorios diarios de la familia y SMS, sesiones educativas, listas de verificación, etc.) produjeron resultados favorables, intervenciones con entrenamiento específico a familiares por parte de enfermeras, fueron poco efectivos debido a la demanda de recursos, el estudio recomienda que se utilicen intervenciones mixtas que combinen entrevistas motivacionales, psicoeducación y autogestión de sus medicamentos, manteniendo refuerzo de estas actividades y el seguimiento a mediano y largo plazo (52).

Respecto a la evaluación de la adherencia al tratamiento, se tienen métodos directos e indirectos, los primeros evalúan mediante la determinación de la concentración del fármaco o sus metabolitos, sin embargo, no está disponible para todos los medicamentos ni en todas las instituciones, otro método es la terapia directamente observada que involucra que el personal sanitario vigile la administración del medicamento; en cuanto a los métodos indirectos se incluyen la información brindada por el paciente o su cuidador, utilizando la entrevista clínica o cuestionarios validados, este procedimiento es más sencillo de aplicar en la práctica clínica, sin embargo por la subjetividad hay riesgo de sesgo (53).

Existen varias pruebas validadas para evaluar la adherencia al tratamiento, sin embargo, no hay una prueba “patrón de oro”, el cuestionario más versátil es la escala de adherencia al tratamiento de Morisky (MMAS– 8), ya que ha sido adaptada para múltiples patologías incluyendo las psiquiátricas y se tiene estudios a nivel mundial, traducida hasta en 33 idiomas, presenta pocos ítems y cuenta con un lenguaje sencillo, lo que hace más fácil su aplicación a familiares y pacientes (54).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. ESCALA MORISKY DE ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS DE 8-ITEMS (MMAS-8)

Actualmente no hay un método único para evaluar la adherencia al tratamiento, ya que hay diversos factores involucrados con el paciente, por lo que se recomienda utilizar múltiples métodos para poder llegar a conclusiones confiables.

Inicialmente en 1986, Morisky, Green y Levine validaron una escala auto aplicada de 4 preguntas, mostrando efectividad en la medición de la adherencia de los pacientes con hipertensión arterial (55). Esta escala fue validada en su versión en español en 1992 por Val Jiménez, et al., y se ha utilizado con diferentes patologías y poblaciones (56).

Posteriormente en 2008, Morisky elaboró un cuestionario de 8 ítems, basado en la escala previa de 4 ítems complementándolo con preguntas sobre conductas relacionadas a la adherencia al tratamiento, las preguntas fueron elaboradas para evitar el sesgo de las respuestas afirmativas que brindan los pacientes. Esta escala de 8 ítems obtuvo mayor sensibilidad que la original, con una sensibilidad del 93 % permitiendo identificar a los pacientes con poca adherencia a los fármacos, los resultados de especificidad fueron moderados con un 53% (57).

La escala de Morisky de 8 ítems ha sido validada en varios países latinoamericanos, demostrando ser un instrumento confiable (alfa de Cronbach=0,83) y sensible para detectar el incumplimiento del régimen

terapéutico (58).

En el estudio de De las Cuevas, et al., evaluaron las propiedades psicométricas de la escala MMAS - 8 ítems en pacientes psiquiátricos, se encontró una adecuada validez, todas las preguntas contribuyeron al índice final de adherencia, los resultados permiten ampliar los estudios previos mostrando la fiabilidad interna y de la validez de la escala MMAS-8 con respecto a la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnósticos psiquiátricos (59).

Esta escala se evalúa durante la entrevista junto con otras preguntas durante la evaluación, los 7 primeros ítems tienen respuestas dicotómicas (“si” o “no”) y el ítem 8 se responde según la escala de Likert en base a cinco puntos.

2.3.2. ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO DE ENFERMEDAD MENTAL

Ritsher, et al., plantean esta escala como medida del estigma internalizado considerando la importancia de este en las enfermedades mentales, la escala consigna 29 ítems con una calificación en la escala de Likert del 1 al 4 (“muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”), los ítems se agruparon en 5 subescalas: “alienación”, “aprobación de estereotipos”, “discriminación percibida”, “retiro social y resistencia al estigma”, los enunciados son breves y sencillos de comprender, orientados al presente; esta escala fue validada mostrando una consistencia interna fiable (alfa Cronbach=0,90) y con fuertes propiedades psicométricas que apoyan su uso en la práctica diaria (60).

La traducción de esta escala fue validada en población mexicana con trastorno mental grave con una adecuada consistencia interna (alfa Cronbach=0,87), concluyendo que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas (61).

2.3.3. PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO (PAREI)

A pesar de la importancia de abordar el estigma como estrategia dentro del manejo de personas con trastorno mental grave, se cuenta con pocos programas que se enfocan en la reducción del estigma internalizado, el “Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado o PAREI” fue elaborado por la fundación sociosanitaria de Castilla - La Mancha, con la finalidad de reducir el estigma internalizado teniendo en cuenta los factores cognitivos, emocionales y conductuales, su elaboración consideró modelos teóricos y empíricos que abarcan el proceso de internalización del estigma, considerando técnicas cognitivo-conductuales y psicoeducativas, también enfatiza el trabajo en grupo para fomentar el apoyo mutuo con estrategias narrativas, y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento con técnicas de modelado, auto instrucciones, entre otras. El programa plantea 8 sesiones, una por semana, con duración de 2 horas, recomienda que se realice con 2 personas que moderan las actividades y proponer que los grupos cuenten con 6 u 8 participantes. (62) Se eligió este programa ya que se ha utilizado en algunos estudios en España, Escolano en el 2020 (63) y Díaz en el 2021 (18), mostrando ser una intervención prometedora para abordar el estigma, además los otros programas que se han postulado en otros estudios no cuentan con la suficiente información sobre su procedimiento y aplicación.

2.4. HIPÓTESIS

La aplicación del “Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado” en personas con trastorno mental grave en el Hospital Hermilio Valdizán - Lima mejora la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se tratará de un estudio con enfoque cuantitativo, analítico, de proyección prospectiva, longitudinal, cuasi experimental y de estadística inferencial.

3.2. DISEÑO

- Cuantitativo: debido a que las variables son medibles.
- Analítico: ya que se pretende demostrar una relación entre la aplicación del PAREI y el efecto en la adherencia al tratamiento
- Prospectivo: ya que se aplicará el programa y se hará seguimiento al grupo de participantes por un periodo de tiempo determinado.
- Longitudinal: debido a que se realizarán varios puntos de corte en el transcurso de la investigación (pretest y post test)
- Cuasi experimental: porque se realizará una intervención, pero sin aleatorización de los participantes del programa.
- Estadística inferencial: ya que se examinará las diferencias entre grupos (los que participen en el programa y grupo control), se evaluará si las variables se correlacionan y si es posible predecir una variable a partir de otra.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

La población de estudio estará constituida por los usuarios del Hospital Hermilio Valdizán - Lima que asistan al servicio de psiquiatría del adulto y cumplan criterios de trastorno mental grave.

3.3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra estará designado por la población que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Personas con edad entre 18 y 65 años.
- Personas que reciban tratamiento en la institución con una antigüedad mínimo de 2 años.
- Cumplir con criterios de trastorno mental grave y que reciban tratamiento en la institución.
- Puntaje moderado o alto de estigma internalizado según la evaluación de la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (en el puntaje total o alguna de sus dimensiones).
- Puntaje de baja adherencia a tratamiento según la escala MMAS-8 (puntaje inferior a 6).
- Aceptar participar en el estudio y asistir a las 8 sesiones del programa.
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Presencia de retraso mental o deterioro cognitivo grave (según evaluación clínica y con test de Mini mental, puntaje > 27).
- Presencia de síntomas psicóticos agudos que impidan su participación.
- Presencia de comorbilidad neurológica que impida su participación.

3.3.3. SELECCIÓN DE MUESTRA

Se realizará una selección de tipo no probabilístico, debido a que la selección se realiza por conveniencia, el número de participantes es pequeño y se seleccionará 2 grupos de 15 participantes que cumplan con los criterios de inclusión, la intervención será separada en 2 bloques consecutivos durante 5 meses con control a los 6 meses.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE, RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento de la toma de medicación de acuerdo con la dosificación y el plazo que fueron prescritos	Según el puntaje obtenido con la escala de adherencia al tratamiento MMAS-8	Ordinal Politómico	Dependiente Cualitativa	0= Alta (puntaje 8) 1= Media (puntaje 6-7) 2= Baja (puntaje inferior a 6)
Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI)	Programa que tiene la finalidad de reducir el estigma internalizado.	Según el puntaje obtenido con la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental al final del programa	Ordinal Politómico	Independiente Cualitativa	0= alta percepción de autoestigma 1= moderada percepción de autoestigma 2= baja percepción de autoestigma
Diagnóstico Psiquiátrico	Diagnóstico psiquiátrico codificado con el CIE 10	Diagnóstico psiquiátrico registrado en la ficha de recolección de datos	Nominal Politómico	Independiente Cualitativo	0= Trastornos psicóticos: F20-F29 1= Trastornos del estado de ánimo: F30-F39 2= Trastornos neuróticos y relacionados al estrés: F40 - F49 3= Trastornos de la personalidad: F60-F69

Tiempo de enfermedad	Número de años desde el inicio de los síntomas hasta la actualidad	Tiempo de enfermedad indicado en la ficha de recolección de datos	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de años con la enfermedad
Tiempo de tratamiento	Tiempo desde que recibe el último tratamiento prescrito	Tiempo de tratamiento indicado en la ficha de recolección de datos	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de años que lleva con el último tratamiento prescrito
Hospitalizaciones previas	Hospitalización en un servicio de psiquiatría previas a la intervención	Hospitalizaciones previas indicadas en la ficha de recolección de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Si 1= No
Comorbilidades	Patología que acompaña al trastorno psiquiátrico primario	Presencia de patología no relacionada a la psiquiátrica registrada en la ficha de recolección de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Si 1= No
Edad	Número de años de la persona al momento de la intervención	Número de años indicado en la ficha de recolección de datos	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Sexo	Características biológicas de la persona que distingue entre masculino y femenino	Sexo indicado en la ficha de recolección de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
Procedencia	Lugar del que procede la persona	Procedencia indicada en la ficha de recolección de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= Lima 1= Provincia
Estado civil	El estado civil de la persona al momento de la intervención	Estado civil indicado en la ficha de recolección de datos.	Nominal Politémica	Independiente Cualitativa	0= Soltero 1= Casado 2= Viudo

					3= Separado 4= Divorciado
Grado de instrucción	Nivel de instrucción al momento de la intervención	Grado de instrucción indicado en la ficha de recolección de datos	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	0= Sin estudios 1= Primaria 2= Secundaria 3= Técnico 4= Universitario
Nivel económico	Nivel económico según su ingreso mensual al momento de la intervención	Nivel económico que indica en la ficha de recolección de datos	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	0= menor que sueldo básico 1= igual o mayor que sueldo básico
Ingreso económico	Fuente del ingreso económico de la persona al momento de la intervención	Ingreso económico que indica en la ficha de recolección de datos	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0= Trabaja 1= Pensión 2= Apoyo familiar
Cuidador principal	Relación del cuidador principal con la persona con trastorno mental grave al momento de la intervención	Persona registrada como cuidador principal en la ficha de recolección de datos	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0= Madre 1= Padre 2= Hermano (a) 3= Otro familiar 4= Otra persona 5= Sin cuidador

3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: INSTRUMENTOS

- Entrevista y ficha de recolección de datos: para recolectar la información sociodemográfica de los participantes.
- Para evaluar el estigma internalizado se utilizará la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental, que califica con la escala de Likert del 1 al 4 a cada una de las subescalas, las cuatro primeras subescalas indican estigma percibido y la quinta subescala indica la resistencia al estigma, esta última se puntúa de forma inversa por lo que para la calificación se resta a 5 el puntaje de cada ítem, la calificación global muestra que a mayor puntaje hay mayor grado de estigma internalizado; se aplicará antes de iniciar, al finalizar el PAREI y a los 6 meses de seguimiento.
- Para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizará la escala de adherencia al tratamiento MMAS-8, que cuenta con 8 ítems, los 7 primeros tienen respuestas dicotómicas de “sí” o “no” y el ítem 8 se puntúan con la escala de Likert del 1 al 5, se consideran 3 puntos de corte: puntaje de 8 para adherencia alta, puntaje 6 a 7 para adherencia media y puntaje inferior a 6 para adherencia baja; se evaluará antes de iniciar, al finalizar el PAREI y a los 6 meses de seguimiento.
- Para evaluar el “Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado”, además de utilizar la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental, se utilizará la Estrategias de afrontamiento ante el estigma: Escala de Afrontamiento al Estigma, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Evaluación de la Recuperación, propuestas por los elaboradores del programa, las evaluaciones se harán antes y al finalizar la intervención.

3.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos recopilados serán acopiados en una hoja de cálculo del programa Excel y para el procesamiento se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 20.

Se realizará el análisis estadístico mediante el cálculo de chi cuadrado, y

Odds Ratio y para evaluar la influencia de cada factor se utilizará la regresión múltiple.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitará los permisos oportunos del Hospital Hermilio Valdizán - Lima para la ejecución de este proyecto.

Se respetará las normas bioéticas que aplica para las investigaciones en salud.

- Principio de autonomía: Se les explicará a los participantes y sus cuidadores todo lo concerniente a la investigación enfatizando los objetivos y beneficios de manera clara y concisa, aclarando que la participación es anónima, voluntaria, respetando su decisión y confirmando su participación mediante la firma del consentimiento informado.
- Principio de beneficencia: Favorecerá a los participantes y sus cuidadores ya que el programa cuenta con estrategias cognitivo-conductuales y psicoeducativas que serán beneficiosas para ellos.
- Principio de no maleficencia: La información recogida no afectará la integridad física, emocional, ni social de los participantes ni la de sus familias.
- Principio de justicia: todos tienen el mismo derecho de participar en la investigación, así como de negarse a participar.

IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. RECURSOS

Autofinanciado

4.2. CRONOGRAMA

Etapas de la investigación	Meses																			
	2021			2022							2023							2024		
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	...	1	2	3	4	5	6	12	1	2	
Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X															
Elaboración del proyecto				X	X	X	X	X												
Presentación del proyecto									X											
Aprobación del proyecto											X									
Aplicación de la investigación (trabajo de campo)												X	X	X	X	X	X			
Procesamiento de datos																X		X		
Análisis e interpretación de datos																X		X		
Elaboración y presentación del informe																			X	

4.3. PRESUPUESTO

Descripción	Cantidad	Costo	Meses																		Total			
			2021			2022						2023						2024						
			10	11	12	1	2	3	4	5	6	...	1	2	3	4	5	6	12	1		2		
Papel Bond	500	10				X								X		X		X						40
Lapiceros	5	10						X						X	X	X	X							50
Corrector	2	10				X								X										20
Plumones	2 cajas	20												X										20
CD	3	15									X											X		30
USB	2	40	X											X										80
Espiralado	5	35									X											X		70
Impresión	500	100				X					X			X		X						X		500
Copias	500	50				X								X	X	X	X		X					300
Paquete estadístico	1	250																X						250
Alquiler de equipo audiovisual	4	100												X	X	X	X							400
Llamadas celular	-	80												X	X	X	X		X					400
Movilidad		100									X		X	X	X	X		X						700
Imprevistos	-	100				X					X			X	X	X	X		X			X		800
Total																						3660		

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. “No hay salud sin salud mental” [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
2. Ministerio de salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima: MINSA - Dirección General de Epidemiología. 2014.
3. Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental. “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021” (RM N° 356 – 2018/ MINSA). Lima: Ministerio de Salud. 2018.
4. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiatry* [Internet]. 2016;30(4):259-92. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632016000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Herrero A, Sánchez F, Sarmiento M. Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society, & Education* [Internet]. 28 de abril de 2017;6(1). Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/c9fe28d6-de88-3afa-919e-26d518d10819/>
6. Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 26 de junio de 2019;36(2):326.
7. Zoppei S, Lasalvia A. Anti stigma campaigns: really useful and effective? A critical review of the anti-stigma initiatives conducted in Italy. *Riv Psichiatr* [Internet]. julio de 2011;46(4):242-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21938078/>
8. Morgan A, Wright J, Reavley N. Review of Australian initiatives to reduce stigma towards people with complex mental illness: what exists and what works? *Int J Ment Health Syst*. 18 de enero de 2021;15(1):10.

9. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet* [Internet]. 12 de marzo de 2016;387(10023):1123-32. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S0140673615002986/fulltext>
10. Büchter RB, Messer M. Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *GMS German Medical Science* [Internet]. 24 de abril de 2017;15. Disponible en: </pmc/articles/PMC5404117/>
11. Zhang Z, Sun K, Jatchavala C, Koh J, Chia Y, Bose J, et al. Overview of Stigma against Psychiatric Illnesses and Advancements of Anti-Stigma Activities in Six Asian Societies. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de enero de 2019;17(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31906068/>
12. Vielma-Aguilera A, Castro-Alzate E, Saldivia Bórquez S, Grandón-Fernández P. Intervenciones para reducir el estigma hacia personas con trastornos mentales graves en Iberoamérica: una revisión sistemática. *Revista Ciencias de la Salud*. 24 de febrero de 2021;19(1).
13. Fung K, Tsang H, Cheung W. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;189(2):208-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21377738/>
14. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;35(1):51-4.
15. Roe D, Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Derhy O, Lysaker PH, Yanos PT. Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: a quasi-experimental study. *J Clin Psychol* [Internet]. abril de 2014;70(4):303-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24114797/>
16. Ivezić S, Sesar M, Mužinić L. Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. *Psychiatr Danub*. marzo de 2017;29(1):66-73.

17. Stefaniak I. «I am what I am»: a review of the assumptions of anti-self-stigma intervention. *Postepy psychiatrii neurologii* [Internet]. 2021;30(1):45-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082030/>
18. Díaz-Mandado O, Periañez JA. An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Res.* enero de 2021;295.
19. Geffner N, Agrest M. Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de Psicología.* 2021;14(2):21-33.
20. Shih C, Huang J, Yang M. Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. *Asian J Psychiatr.* julio de 2022;73.
21. Flores S, Medina R, Robles R, Páez F. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría.* 2012;11(3):82-89.
22. Ávalos G. Estigma internalizado como factor asociado a no adherencia al tratamiento en pacientes de la consulta psiquiátrica. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2019.
23. Montañez G. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021.
24. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry Cambridge University Press.* 2000;177(2):149-55.
25. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave [Internet]. Guías de práctica clínica en el SNS. 2009. p. 31-34. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-de-intervenciones-psicosociales-en-el-trastorno-mental-grave/>
26. Belloso J. Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemporánea.* 2012;3(1):3-23.

27. Pearson E, Siskind D, Hubbard R, Gordon E, Coulson E, Warren N. Frailty and severe mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *J Psychiatr Res.* 1 de marzo de 2022;147:166-175.
28. Diby AS, Lengagne P, Regaert C. Employment Vulnerability of People With Severe Mental Illness. *Health Policy (New York).* 1 de febrero de 2021;125(2):269-75.
29. Deng M, Zhai S, Ouyang X, Liu Z, Ross B. Factors influencing medication adherence among patients with severe mental disorders from the perspective of mental health professionals. *BMC Psychiatry.* 1 de diciembre de 2022;22(1).
30. Cárcamo K, Cofré I, Flores G, Lagos D, Oñate N, Grandón P, et al. Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas [Internet].* 2019;18(2):59-69. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242019000200059&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Fiorillo A, Sartorius N. Mortality gap and physical comorbidity of people with severe mental disorders: the public health scandal. *Ann Gen Psychiatry.* 1 de diciembre de 2021;20(1).
32. Goffman E. *Estigma, La identidad deteriorada.* 1.ª ed. Amorrortu editores S. A., editor. Buenos Aires - Madrid; 2006. 11-55 p.
33. Link B, Phelan J. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* agosto de 2001;27(1):363-385.
34. Jassir P, Cárdenas P, Uribe J, Cepeda M, Cubillos L, Bartels S, et al. Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet].* 2021;50:95-105. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-caracterizacion-del-estigma-percibido-hacia-S0034745021000172>
35. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *J Soc Clin Psychol.* octubre de 2006;25(8):875-884.

36. Corrigan P, Larzon J, Rûsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. junio de 2009;8(2):75-81.
37. Yanos P, Roe D, Markus K, Lysaker P. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*. 1 de diciembre de 2008;59(12):1437-42.
38. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr Bull*. 21 de agosto de 2021;47(5):1261-1287.
39. Corrigan P. How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Soc Work [Internet]*. 1 de enero de 2007;52(1):31-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.31>
40. Mulfinger N, Müller S, Böge I, Sakar V, Corrigan P, Evans-Lacko S, et al. Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. junio de 2018;59(6):684-691.
41. Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, Too LS, Jorm AF. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. agosto de 2018;103:120-133.
42. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Suiza; 2004.
43. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. junio de 2009;41(6):342-348.
44. López-Romero L, Romero-Guevara S, Parra D, Rojas-Sánchez L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la promoción de la salud*. 5 de junio de 2016;0121-7577(2462-8425):117-137.
45. World Health Organization. Adherence to long- term therapier: Evidence for action. Geneva; 2003.
46. Hernández I, Sarmiento N, Gonzalez I, Galarza S, De la Bastida A, Terán S, et al. Adherence to treatment in outpatient patients of health centers in Quito. *Metro ciencia*. 2018;26(1):07-11.

47. Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-psicologia-salud-152-pdf-S2171206915000174>
48. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez Ó, Ortega M, Ortega, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. 2018;16(3):226-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009;41(6):342. Disponible en: </pmc/articles/PMC7022018/>
50. Ahmed N, Gandhi S, Baruah A. Effectiveness of specific intervention on treatment adherence of persons with mental illness: A pilot study. Indian J Psychiatry. 2015;57(4):403.
51. Sibeko G, Temmingh H, Mall S, Williams-Ashman P, Thornicroft G, Susser ES, et al. Improving adherence in mental health service users with severe mental illness in South Africa: a pilot randomized controlled trial of a treatment partner and text message intervention vs. treatment as usual. BMC Res Notes. 9 de diciembre de 2017;10(1):584.
52. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 28 de septiembre de 2021;18(19):10213.
53. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica [Internet]. 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es&nrm=iso&tlng=es
54. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Pérez A, Batanero-Hernán C, Pérez-Merino EM. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en práctica clínica habitual. Pharmaceutical Care España. 2020;22(3):148-72.

55. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Med Care*. enero de 1986;24(1):67-74.
56. Solán XN, Sorli Redó ML, García JV. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna (Madrid)*. 2007;24:138-41.
57. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*. mayo de 2008;10(5):348-54.
58. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L. Evaluación de la escala Morisky de adherencia a la medicación (MMAS-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(2):245-9.
59. De las Cuevas C, Peñate W. Propiedades psicométricas de la Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos (MMAS-8-ítems) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015;15(2):121-9.
60. Boyd Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. noviembre de 2003;121(1):31-49.
61. Flores S, Medina R, Robles R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*. 2011;34(4).
62. Díaz-Mandado O. Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado - PAREI. Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, editor. Vol. 1. La Mancha; 2015. 9-26 p.
63. Escolano Muñoz EM. Aplicación y evaluación del programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI) en el Tapis de Villajoyosa. 23 de octubre de 2020; Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/193461>

VI. ANEXOS

6.1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS	VARIABLES PRINCIPALES
¿Cuál será el efecto de la aplicación del programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado sobre la adherencia al tratamiento en personas con trastorno mental grave del Hospital Hermilio Valdizán - Lima?	Determinar el efecto de la aplicación del “Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI)” sobre la adherencia al tratamiento en personas con trastorno mental grave en el Hospital Hermilio Valdizán - Lima.	La aplicación del “Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado” en personas con trastorno mental grave en el Hospital Hermilio Valdizán - Lima mejora la adherencia al tratamiento de estos pacientes.	<ul style="list-style-type: none">– Adherencia al tratamiento– Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI)

6.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
N° Historia clínica:	
N° de celular:	
1. Edad: (años)	
2. Sexo: Femenino (.....) Masculino (.....)	
3. Procedencia: Lima (.....) Provincia (.....)	
4. Estado civil: Soltero(a) (.....) Casado(a) (.....) Viudo(a) (.....) Separado(a) (.....) Divorciado(a) (.....)	
5. Grado de instrucción: Sin estudios (.....) Primaria (.....) Secundaria (.....) Técnico (.....) Universitario (.....)	
6. Nivel económico: Menor al sueldo básico (.....) Mayor al sueldo básico (.....)	
7. Ingreso económico: Trabaja (.....) Pensión (.....) Apoyo familiar (.....) Otro (.....)	
8. Diagnóstico psiquiátrico:	
9. Tiempo de enfermedad: (años)	
10. Tiempo de tratamiento: (años)	
11. Cuidador principal: Madre (.....) Padre (.....) Hermano(a) (.....) Otro familiar (.....) Otra persona (.....) Sin cuidador (.....)	
12. Hospitalizaciones previas: SI (.....) NO (.....)	
13. Comorbilidades: SI (.....) NO (.....)	

6.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN – LIMA”

INVESTIGADOR: Dra. Quispe Baltazar Patricia Roxana Zarela

INSTITUCIÓN: Universidad Ricardo Palma

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar el Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado. Su participación es voluntaria y libre de toda influencia, tiene la libertad de terminar su participación cuando considere sin dar explicaciones. Usted tiene la libertad de hacer las preguntas que considere, tomarse el tiempo necesario para decidir su participación, llevarse una copia sin firmar para leerla nuevamente.

Si decide participar en este estudio participará en el programa que consta de 8 sesiones, una vez a la semana, se aplicarán escalas para evaluar la efectividad del programa antes, al terminar y a los 6 meses.

Se le informará sobre los resultados que se obtengan de la investigación, a través del número de celular registrado en la ficha de registro de datos.

Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador.

DECLARACION Y/O CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, he leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento, me han informado acerca de los objetivos de este estudio y de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. He podido hacer preguntas sobre el estudio y todas han sido respondidas adecuadamente. Considero que comprendo toda la información proporcionada acerca del estudio.

Nombres y apellidos del participante: _____

Firma: _____

Nombres y apellidos del testigo/cuidador: _____

Firma: _____

Lugar, fecha y hora: _____



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Patricia Roxana Zarela Quispe Baltazar
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Programa de afrontamiento y reducción del estigma internal...
Nombre del archivo: PROYECTOQUISPEBALTAZAR.docx
Tamaño del archivo: 326.41K
Total páginas: 41
Total de palabras: 9,786
Total de caracteres: 57,066
Fecha de entrega: 10-jul.-2023 08:51a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2129132255



Programa de afrontamiento y reducción del estigma internalizado (PAREI) y la adherencia al tratamiento en personas con trastorno mental grave en el Hospital Hermilio Valdizán - Lima

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	eprints.ucm.es Fuente de Internet	2%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
5	www.sefh.es Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1%
7	Submitted to Universidad Nacional del Santa Trabajo del estudiante	<1%

docplayer.es

8	Fuente de Internet	<1 %
9	dokumen.tips Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	www.consaludmental.org Fuente de Internet	<1 %
12	www.coosalud.com Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad San Jorge Trabajo del estudiante	<1 %
16	transtornosatxel.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
17	www.saludinnova.com Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad del Sagrado Corazon Trabajo del estudiante	<1 %
19	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
20	fsclm.com Fuente de Internet	<1 %
21	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
22	Submitted to Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Trabajo del estudiante	<1 %
23	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.xoc.uam.mx Fuente de Internet	<1 %
26	www.revistacostabrava.com Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo