



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Impacto de la implementación de un programa de atención farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el hospital de salud mental san juan pablo II del cusco

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRA EN GESTION DE SERVICIOS DE LA SALUD

AUTOR:

Br: Keny Aneli Mendoza Villanueva

ASESORA:

Dra. Rosa Elvira Marmanillo Manga

SECCION:

Ciencias del cuidado de la salud y servicios

LINEA DE INVESTIGACION:

Dirección de los servicios de salud

PERÚ – 2018

PÁGINA DEL JURADO

.....
Dr. Salas Asencios Elmer Amado
Presidente

.....
Mgt. Rojas Ocharan Dante Paul
Secretario

.....
Dra. Marmanillo Manga Rosa Elvira
Vocal

DEDICATORIA

*A Dios, por iluminar mi camino,
guiar mis pasos, darme las fuerzas necesarias
para seguir adelante y no desmayar.*

*A mi querido esposo por estar a mi lado
brindándome su amor, comprensión y apoyo incondicional.*

*A mi amada bebe Leticia
por llenar mi vida de alegría y felicidad.*

A mis queridos padres Alicia y Nemesio por su amor
y sus buenos consejos que hacen posible
mi superación personal.

A mis hermanos Jhonatan y Eleny
por su cariño y apoyo permanente

ANELI

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que me apoyaron para hacer posible la ejecución de este trabajo de investigación.

A la Dra. Rosa Elvira Marmanillo Manga por su paciencia y apoyo incondicional para la ejecución de este estudio.

A todos los docentes de la Universidad Cesar Vallejo por compartir sus conocimientos durante la ejecución de la maestría.

ANELI

DECLARACION JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE TESIS

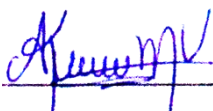
Yo, Keny Aneli Mendoza Villanueva, con DNI N° 42947274, egresada (X) del Programa Maestría en GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 42947274, con la tesis titulada:

“Impacto de la Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco”

Declaro bajo juramento que:

1. La Tesis pertenece a mi autoría.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
4. De identificarse la falta, fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
5. Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad Cesar Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Trujillo, Agosto de 2018



Keny Aneli Mendoza Villanueva

DNI: 42947274

PRESENTACION

Con el correr de los años se han presentado muchos cambios en las funciones que el profesional Químico Farmacéutico debe desempeñar frente a los pacientes. La Farmacia Clínica y la Atención Farmacéutica posibilitan un nuevo campo de acción y de ejercicio profesional orientándola hacia una intervención farmacéutica orientada al paciente, poniendo especial énfasis a los aspectos de seguimiento farmacoterapéutico, cumplimiento terapéutico y educación sanitaria, debido a la frecuente complejidad farmacoterapéutica y la aparición de nuevos medicamentos para patologías muy concretas que suponen un avance importante en el tratamiento. Este nuevo escenario surge también ante la necesidad de asegurar al máximo la calidad de su prescripción, y acompañar muy de cerca la correcta utilización por parte del paciente, con el propósito de alcanzar los objetivos del tratamiento y evitar posibles problemas relacionados al medicamento.

El presente trabajo de investigación fue elaborado con el propósito de evaluar el impacto de la implementación del programa de Atención Farmacéutica en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; para dar cumplimiento al Reglamento de Grados y títulos de la Universidad César Vallejo y obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
DECLARACION JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN	5
PARA LA PUBLICACIÓN DE TESIS	5
PRESENTACION	6
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
1. INTRODUCCION	12
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA	13
1.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	13
1.1.2. A NIVEL NACIONAL	13
1.1.3. A NIVEL LOCAL	14
1.2. TRABAJOS PREVIOS	15
1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
1.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES	15
1.2.3. ANTECEDENTES LOCALES	16
1.3. TEORIAS RELACIONADAS AL TEMA	17
1.3.1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA	17
1.3.2. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO	17
1.3.3. MÉTODO DÁDER	18
1.3.4. ESQUIZOFRENIA	18
1.3.4.1. LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA	19
1.3.4.2. TIPOS DE TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS	19
1.3.4.3. SÍNTOMAS Y SIGNOS	20
1.3.4.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	22
1.3.4.5. CURSO DE LA ENFERMEDAD	22
1.3.4.6. TRATAMIENTO	23
1.3.4.7. PRONÓSTICO	25
1.3.4.8. ESTABILIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD	25
1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA	26
1.5. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	26
1.6. HIPOTESIS	28
1.7. OBJETIVOS	28

1.7.1.	GENERAL	28
1.7.2.	ESPECIFICOS	28
2.	MÉTODO	29
2.1.	DISEÑO DE INVESTIGACION	29
2.2.	VARIABLES, OPERACIONALIZACION	30
2.3.	POBLACION Y MUESTRA	33
2.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSION	34
2.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSION	34
2.4.	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	34
2.4.1.	FICHA DE CAPTACION Y RECOLECCION DE DATOS	34
2.4.2.	HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	34
2.4.3.	HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES	34
2.4.4.	HISTORIA FARMACOTERAPEUTICA	35
2.4.5.	ENCUENTAS	35
2.5.	METODOS DE ANALISIS DE DATOS	39
2.6.	ASPECTOS ETICOS	40
3.	RESULTADOS	40
4.	DISCUSION	67
5.	CONCLUSIONES	72
6.	RECOMENDACIONES	73
7.	REFERENCIAS	74

RESUMEN

La Atención Farmacéutica es la participación activa del profesional Químico Farmacéutico como responsable de la farmacoterapia con el objetivo de lograr una mejora en la calidad de vida del paciente. La ausencia de un programa responsable de la Atención Farmacéutica especializado en personas que sufren enfermedades mentales, genera la falta de autocuidado que deben tener los pacientes, la falta de conocimiento de su propia enfermedad y de ciertos cuidados que deben seguir, del mismo modo el incumplimiento de la terapia, el abandono del régimen terapéutico fijado, generan varias consecuencias y complicaciones que pueden llegar a ser fatales para los pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

La investigación fue realizada con el objetivo de evaluar el impacto que puede tener la Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que permita optimizar las terapias farmacológicas, mediante la educación al paciente empoderándolo de conocimientos acerca de su enfermedad y tratamiento. Con ese propósito se realizó un estudio cuasi -experimental en forma general, con pre-prueba y post-prueba de series cronológicas de dos grupos. El trabajo de investigación fue realizado en el lapso de dos meses. Los pacientes focalizados, que debían cumplir ciertos criterios de inclusión fueron separados aleatoriamente en dos grupos, uno de ellos catalogado como intervenido y el segundo como grupo control, cada uno de 24 pacientes.

Tras la aplicación del programa, los resultados obtenidos muestran una mejora en el grado de conocimiento acerca de su tratamiento farmacológico y de la enfermedad. Se hallaron 76 PRM, de ellas, un 66 % fueron resueltas. Del total de 76 PRM que afectaron a los pacientes los de mayor frecuencia fueron el PRM 4(25%), PRM 1(24%) y PRM 2(24%), de los cuales se resolvió el PRM4 (30%) y PRM 1 (30%) de mayor frecuencia. Al realizar la encuesta de nivel de satisfacción del programa de Atención Farmacéutica el 95.8% de los pacientes del grupo experimental se encuentra satisfecho, mientras que solo el 75% del grupo control se encuentra satisfecho con el programa, y solo el 4.2% de los pacientes del grupo experimental se encuentra indiferente, y el 25% del grupo control se encuentra indiferente.

Se concluye que, los resultados expuestos en este trabajo para el grupo de pacientes con Atención Farmacéutica, indican un cambio significativo en los diferentes parámetros evaluados, logrando un mejor control de la enfermedad; lo cual nos demuestra que la implementación del programa de Atención Farmacéutica, tuvo un impacto significativo en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, en relación a la mejora de los parámetros evaluados, comparado con aquellos que solo reciben tratamiento médico.

PALABRAS CLAVE: *Impacto, Atención Farmacéutica, Esquizofrenia, Problemas relacionados a los medicamentos.*

ABSTRACT

The pharmacological care is responsible for the pharmacotherapy; its purpose is to achieve concrete results that improve the patient lifestyle. The lack of a Pharmacological care program for patients with mental illnesses causes unconcerned patients about their illnesses and some health cares; in addition, they wouldn't carry treatment out and give up the therapeutic régime. This brings many consequences and complications that sometimes can be fatal for patients with Esquizofrenia.

The objective of this research was to evaluate the impact of Pharmaceutical Care Program for patients with Esquizofrenia, which can optimize the drug therapy, education to patients about their disease and used treatment . In general, this research was a quasi-experimental study, it uses pre and post test series for two groups and during two months. The selected patients who met inclusion criteria were randomly divided into two groups; the first was an intervened group and the other was a control group; each group had twenty four patients.

The results of the application of this program show an improvement in the knowledge level of Pharmacological treatment and the illness . The implementation of this Program have resulted in significant statistics differences. We detected 76 patients with PRM, 66% of them were resolved. In the whole of 76 PRM which affected to the patients , the high frecuencies were 25% PRM4, 24% PRM1 and 24% PRM2; however, was resolved that 30% PRM4 and 30%PRM1 were the highest frecuencies . Besides, the survey of level of satisfaction of Pharmaceutical care program shows that the 95.8% of experimental group patients were satisfied, while only the 75% of control group were satisfied with the program ; and the 4.2% of the patients of experimental group and 25% of group control remain indifferent.

In conclusion, the results presented in this work for the group of patients with Pharmaceutical care indicate a significant change in the different parameters evaluated, getting better control of the disease; which demonstrate that the implementation of pharmaceutical care program, have favorably impacted in patients with Esquizofrenia, in relation to the improvement of the evaluated parameters , compared with those who only receive medical treatment.

KEY WORDS: Impact, pharmacological care, schizophrenia, Problems related to drugs

1. INTRODUCCION

En los años 90 surge el término Atención Farmacéutica como concepto filosófico, el cual tiene como propósito solucionar y brindar solución al elevado número de morbi-mortalidad ocasionada por fármacos debido al progresivo aumento de la complejidad de las terapias farmacológicas que se experimentaron en los últimos tiempos y al aumento de la esperanza de vida de las personas que trae como consecuencia una mayor prevalencia de enfermedades crónicas donde en algunos casos los pacientes están sometidos a una excesiva polifarmacia. Clopés y Bonal (2002)

El inadecuado uso de medicamentos por parte de los pacientes implica un mayor riesgo en la probabilidad de que la enfermedad se agrave, que aumente los gastos de salud y disminuya la calidad de vida; sobre todo en aquellos pacientes que sufren enfermedades graves como la Esquizofrenia, enfermedad considerada como problema para la salud pública, una causa recurrente que genera discapacidad, colapso de la productividad y hasta muerte. Barceló, Robles, White, Jadue y Vega (2001).

La esquizofrenia es una enfermedad mental que está presente y acompaña al paciente durante toda su vida, provocando en la mayoría de los casos complicaciones, por lo que su tratamiento se caracteriza por una medicación variada, demandando una mayor atención médica y farmacéutica.

Por todo lo mencionado, se decide implementar en el hospital de salud mental del Cusco un Programa especializado en Atención Farmacéutica dirigido a este sector de pacientes considerados de alto riesgo. Esta iniciativa centrará su atención en realizar un seguimiento de la farmacoterapia y proveer una educación sanitaria para que los pacientes puedan sobrellevar su enfermedad, de esta forma asegurar una farmacoterapia apropiada, segura y efectiva con la participación permanente del profesional Químico Farmacéutico en la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico. De esta forma sirva para dar una lección a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Según la OMS más de 24 millones de personas sufren esquizofrenia a lo largo del mundo, con mayor frecuencia lo sufren alrededor de 12 millones de hombres y alrededor de 9 millones de mujeres. De igual forma, la esquizofrenia se manifiesta en los hombres a una edad más temprana que en mujeres.

Los pacientes que son diagnosticadas con esquizofrenia presentan alucinaciones, delirios, alteraciones del pensamiento que el resto de la población.

Asimismo, la esquizofrenia puede mermar en el desempeño educativo, laboral y social ya que estos pacientes son susceptibles de padecer discriminación, estigmatización y la violación de sus derechos.

En varios países, los esquizofrénicos tienen escasa oferta de servicios de salud mental, lo que impide que puedan acceder a las atenciones que ellos requieren para el tratamiento de su enfermedad, principalmente en la misma zona donde residen.

La OMS identificó que las hospitalizaciones psiquiátricas en la mayoría de hospitales mentales son inadecuadas, despreciables y hasta dañinas para los pacientes, dado que las condiciones higiénicas y de infraestructura pueden llegar a ser inhumanas, provocando que estos pacientes puedan ser aislados por periodos prolongados e incluso de por vida, a pesar que ellos poseen la capacidad de decidir su destino y de poder vivir dentro de la sociedad.

1.1.2. A NIVEL NACIONAL

En el Perú la esquizofrenia está considerada dentro de las 10 principales causas de discapacidad por enfermedades, según el INSM estima que a nivel nacional existen un promedio de 100 mil personas con esta enfermedad y en Lima alrededor de 32 mil personas que no reciben el tratamiento adecuado.

En la actualidad, el Perú afronta una dura lucha en contra de los problemas mentales de la población, país que cuenta con alrededor de 380 psiquiatras para cerca de 30 millones de habitantes, lo que representa un solo profesional por cada 80 mil personas. De otro lado el SIS, recién hace un año, proporciona medicación psiquiátrica para patologías como la esquizofrenia.

La temible esquizofrenia en nuestro país alcanza a unos 300 mil peruanos y la mayoría de estos pacientes se encuentran en estado de abandono moral y social.

A nivel nacional solamente se cuenta con apenas cinco establecimientos destinados exclusivamente a la atención de pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales, esto indica que se trata de solo un 8% del total de hospitales del Ministerio de Salud que en su mayoría estos centros de Salud no cuentan con infraestructura adecuada ni el personal capacitado para la atención y tratamiento de pacientes con enfermedades mentales, donde se les discrimina, maltrata y aísla.

En departamentos como Moquegua, Cusco y Apurímac los centros de salud y hospitales no ofrecen el servicio de hospitalización en psiquiatría consiguientemente los pacientes tienen que ser referidos a la capital para su respectiva hospitalización.

Otra dramática situación se presenta en los departamentos de Amazonas, Madre de Dios Ayacucho, Tumbes, Huancavelica, Pasco, y Ucayali donde no hay un solo psiquiatra pues la mayoría de estos profesionales se encuentran trabajando en Lima y Callao.

1.1.3. A NIVEL LOCAL

A nivel del sur del País se cuenta con un único Hospital de Salud Mental que maneja alrededor de 10 mil personas con trastornos mentales como la esquizofrenia que según las estadísticas esta enfermedad se incrementa de

forma alarmante cifra que debe alarmar a las autoridades, el mencionado hospital le pertenece a la Beneficencia Pública del Cusco.

El director de dicho hospital sostuvo que la esquizofrenia es un trastorno mental crónico irreversible de alta mendicidad en las personas y que produce una discapacidad permanente o predisposición genética, que nace de los genes patológicos, para eso tiene que haber un factor, altamente estresante que desencadena en agresión y violencia, que para ello se utiliza fármacos que controla la agresividad que presentan estas personas que mensualmente reciben tratamiento médico gratuito en este hospital”.

1.2. TRABAJOS PREVIOS

1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

SÁNCHEZ CÓRDOVA V. (2006) “IMPLEMENTACION, DISEÑO E IMPACTO DE UN SERVICIO DE ATENCION FARMACEUTICA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO – DIF” ESPAÑA.

El estudio se realizó durante cinco meses y contempló seis fases. La implementación del servicio de Atención Farmacéutica Intrahospitalaria permitió realizar un seguimiento farmacoterapéutico pormenorizado de cada paciente de manera sistemática desde su ingreso hasta su salida, el PRM que se manifestó con mayor notoriedad fue el tipo 1 con 22.44% y la frecuencia de aparición de los PRM fue de 0.7073. La sistematización de las actividades del profesional farmacéutico permitieron medir el impacto del servicio, demostrando una aceptación de las intervenciones farmacéuticas del 93.10%, el impacto de las intervenciones sobre la salud del paciente presentó un 77.77% de grado de significación.

1.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

AYALA LIZANO L. K., CONDEZO MARTEL K. (2007) “IMPACTO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. LIMA- PERÚ.

En este trabajo de investigación se determinó el impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al consultorio externo de cardiología y que recibían sus medicamentos a través de farmacia de pacientes crónicos del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, durante un periodo de seis meses, utilizando el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico (SFT).

En el estudio se incluyó 14 pacientes de 40 años a más, con diagnóstico de hipertensión arterial esencial y sin otra patología crónica asociada, residentes en Lima Metropolitana en el momento del estudio. El 71,4% varones y el 28,6% mujeres. Se utilizó el cuestionario específico MINICHAL para determinar CVRS al inicio del estudio, durante y después. Como resultado del SFT se detectaron 29 problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de los cuales el 66% está relacionado con la necesidad, el 24% con la efectividad y 10% con seguridad. Se resolvieron 24 PRM (75%). Se llega a la conclusión que la CVRS es influenciada positivamente por la intervención del farmacéutico en el SFT.

1.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

QUISPE CÉSPEDES K. (2002) “IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA EL PACIENTE ASMÁTICO Y CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HNSE ESSALUD CUSCO”.

Se trabajó con pacientes del Programa del Adulto Mayor del HNSE ESSALUD Cusco; en donde se evaluó el conocimiento de la enfermedad- tratamiento, cumplimiento del tratamiento y comprobación del manejo de la técnica de inhalación; donde se procedió a brindar atención farmacéutica y evaluar los cambios en la conducta de los pacientes. Y como resultado de este estudio se

determinó que existe un porcentaje elevado de pacientes asmáticos y con EPOC que utilizan incorrectamente los sistemas de inhalación, con un alto porcentaje de incumplimiento de tratamiento y conocimiento malo a regular de su enfermedad y tratamiento, disminuyen estos niveles tras la intervención educativa mediante un programa de atención farmacéutica.

1.3. TEORIAS RELACIONADAS AL TEMA

1.3.1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Es la provisión encargada de la farmacoterapia, tiene el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”. Hepler y Strand (1999).

En ese sentido, la atención farmacéutica es la responsable de realizar el seguimiento farmacológico a los pacientes, el propósito:

1. Responsabilizarse con el paciente para que el medicamento prescrito por el médico psiquiatra le proporcione el efecto deseado para recuperar su salud.
2. Vigilar que a lo largo del tratamiento no se presenten problemas, y si aparecen, resolverlos entre los dos o con la ayuda de su médico. Fernández, Dolores y Tuneu (2004)

De esta forma se define la atención farmacéutica como la participación activa del farmacéutico en la atención al paciente, en la dispensación y seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, cooperando con el médico y otros profesionales con el propósito de conseguir resultados que permitan la recuperación de la salud del paciente. El servicio más novedoso de la atención farmacéutica es la SFT. Fernández et al. (2004).

1.3.2. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de PRM. Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del Sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Grupo De Investigación en Atención Farmacéutica (2002)

1.3.3. MÉTODO DÁDER

Este método fue elaborado en la Universidad de Granada el año 1999 y estuvo a cargo del grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. El método Dáder es considerado un instrumento útil y eficaz, que permite al farmacéutico seguir unas pautas claras y sencillas para realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) de forma sistematizada, se basa en la obtención de la historia farmacoterapéutica del paciente, en donde se registran los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza, así como, la evaluación de su estado de situación a una fecha determinada, para identificar y resolver los posibles PRM que el paciente pueda estar padeciendo. Tras esta identificación se realizan las intervenciones farmacéuticas necesarias para resolver los PRM, siguiendo luego con la evaluación de los resultados; es decir este método plantea el diseño de un plan de actuación con el paciente que promueva la continuidad del SFT en el tiempo. Machuca, Fernández y Faus (2003)

1.3.4. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que puede arruinar la vida de las personas que la padecen, así como la de sus familiares y entorno más cercano. Esta enfermedad generalmente se manifiesta en adolescentes y adultos jóvenes impidiendo que puedan conseguir sus objetivos educativos, laborales y

personales pues reducen drásticamente la calidad de vida de los enfermos. Afecta a todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años. Murray y López (1996).

1.3.4.1. LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad relativamente frecuente, afecta a un 1 % de la población tiene un inicio durante la adolescencia y comienzos de la edad adulta, siendo su aparición mayormente en varones entre los 15 y 24 años de edad, y el de la mujeres ocurre entre 25 y 35 años.

La etiología de la esquizofrenia no tiene una causa exacta existen distintas combinaciones de factores tales como predisposición genética disfunciones bioquímicas, otras alteraciones fisiológicas y estrés psicosocial. Pillco et al. (2009)

1.3.4.2. TIPOS DE TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

- **Simple:** se caracteriza por una pérdida lenta e insidiosa a un estado de disminución afectivo gradual, común en la adolescencia temprana y en la juventud, se observa notable indiferencia, inactividad, aislamiento, falta de iniciativa y tendencia funcionar con mínimo de esfuerzo y a limitar el ámbito vital.
- **Catatónico:** El catatónico se caracteriza por un inicio súbito, generalmente relacionado con una experiencia traumática. La duración de la fase aguda puede ser breve: pero son comunes las recurrencias después de la postración y el estupor puede ocurrir episodios repentinos, se caracteriza por actividad motora excesiva a veces violenta, y otro se revela por estupor, mutismo y negativismo.

- **Desorganizada o hebrefrenica:** Tipificado por síntomas afectivos o ideoverbales. Es notable la euforia insulsa, con risa fácil sin razón aparente o la incongruencia afectiva en sus expresiones. Las ideas delirantes son pobres. Presenta manifestaciones regresivas y una profunda desorganización del pensamiento y el lenguaje.
- **Esquizoafectivo:** Consiste en una combinación de síntomas depresivos o maníacos junto con otros de los considerados típicamente esquizofrénicos, evolucionando de manera episódica.
- **Paranoide:** Se refiere al predominio de ideas delirantes y alucinaciones principalmente auditivas, delirios y alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse a los 30 y 40 años, es la que mejor evoluciona a pesar de la complejidad del cuadro. Pilco et al. (2009)

1.3.4.3. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Síntomas positivos

Son las manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar.

- **Alteraciones del pensamiento:**
 - a) **Delusión de daño.** Es un pensamiento falso, que se presenta en la mente del paciente, el paciente cree que le van a hacer algún daño o perjuicio y toma las precauciones para evitarlo.
 - b) **De persecución.** El paciente tiene la firme convicción que tiene enemigos que lo persiguen o lo buscan para hacerle algún mal.
- **Alteración de la percepción:**

- a) **Alucinaciones Auditivas imperativas**, son las más comunes, los pacientes escuchan voces y estas voces frecuentemente se burlan de ellos mismos.
- b) **Alucinaciones visuales**, el paciente ve objetos que no existen, puede aumentarles o disminuir su tamaño, presenta un pensamiento disgregado, ambivalencia, estereotipias.
 - **Agresión física o verbal**: es el comportamiento caracterizado por atacar ya sea física o verbal a otra persona.

➤ **Alteración de la voluntad**

- a) **Abulia**. Es la incapacidad para realizar un acto voluntario o la falta de interés e iniciativa para hacer algo.
- b) **Negativismo**. Es la oposición por parte del paciente a obedecer las órdenes que se le imparten, es decir manifiesta un rechazo total a las influencias o estímulos externos. Pilco et al. (2009)

Síntomas negativos

➤ **Alteración del pensamiento:**

- a) **Pensamiento inhibido lentificado**. Es un pensamiento de curso muy lento, el paciente se queja de falta de concentración, se expresa en voz baja, el ánimo es triste, el tono monótono.

➤ **Alteraciones del afecto:**

- a) **Apatía**. El individuo se muestra indiferente a cuantos lo rodean.
- b) **Anhedonia**. Es la incapacidad de disfrutar los placeres. Estos síntomas negativos son complicados de detectar o definir porque ocurren en la continuidad con la normalidad, además de ser posiblemente

provocados como efectos secundarios al medicamento. Pilco et al. (2009)

1.3.4.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Anamnesis:** estudio biográfico del paciente.
- **Estudio neurológico:** Confusión derecha izquierda, movimientos musculares anormales en reposo.
- **Análisis de laboratorio:** para destacar algunas sustancias tóxicas o un tratamiento subyacente de tipo endocrino o neurológico que puede tener algunas características de psicosis.
- **Tomografía axial computarizada (TAC) y Resonancia magnética (RM):** se usa para observar anomalías cerebrales. Pilco et al. (2009)

1.3.4.5. CURSO DE LA ENFERMEDAD

El curso típico de la esquizofrenia suele ser con exacerbaciones episódicas de síntomas positivos y fases de remisión parcial con síntomas negativos, con frecuencia empiezan con una secuencia de fases:

- Fase prodrómica. Se produce antes de la crisis, con alteración en la conducta social (aislamiento) y afectiva, falta de higiene, pérdida de interés por las cosas que le rodean.
- Fase activa, predominan los síntomas de alucinación, las ideas de delirio, de agresividad y pensamiento gravemente desorganizado, se desencadena la enfermedad con predominio de síntomas positivos.
- Fase residual. Deterioro social, laboral y personal. Signos y síntomas positivos llegan a su culmen. Pilco et al. (2009)

1.3.4.6. TRATAMIENTO

El principal tratamiento es el farmacológico. La esquizofrenia, como se mencionó anteriormente, no es curable, sin embargo, con la ayuda de los medicamentos, se puede disminuir las alucinaciones. El propósito del tratamiento farmacológico es prevenir o retrasar las recaídas. Entre los fármacos para el tratamiento de la esquizofrenia se pueden clasificar en:

➤ **Fármacos Antipsicóticos Convencionales o mayores**

Poseen en común la capacidad de mejorar las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones de las psicosis. A pesar de las variaciones en su estructura, su mecanismo de acción común es el bloqueo de receptores D2 en regiones mesolímbicas y nigroestriatales. Ningún fármaco ha demostrado ser superior a los otros en eficacia, sin embargo, por una razón desconocida un paciente en particular puede responder a un medicamento y no a otro. Resulta útil, desde el punto de vista clínico, distinguir entre los neurolépticos de alta potencia y aquellos de baja potencia por el perfil de 13 Orientaciones técnicas.

➤ **Fármacos Antipsicóticos Atípicos**

Representan una alternativa a los convencionales. En la actualidad se dispone de varios fármacos de este tipo y, presumiblemente, su número aumentará en el futuro. No se ha logrado consenso aún en qué consiste precisamente la "atipicidad" de estos nuevos fármacos. Se han señalado algunas características que pueden ser indicadoras de esta condición. Una de ellas es la escasa incidencia con que se inducen efectos motores de tipo extrapiramidal. Estos fármacos comparten dos características principales: acción a nivel mesolímbico con escaso efecto a nivel nigroestriatal y una afinidad de receptores mayor para 5-HT₂ que para D2. Esto se traduce en un efecto sobre los síntomas psicóticos con baja incidencia de síntomas extrapiramidales.

➤ **Tratamiento de electro convulsivo (TEC):**

Consiste en la utilización de una corriente eléctrica para inducir crisis convulsiva, es la introducción de una corriente eléctrica a través de dos tipos de electrodos, bitemporales (BL; un electrodo situado en la región temporal) y temporales unilaterales en el hemisferio no dominante (RUL; dos electrodos que se colocan en la región temporal derecha o izquierda del paciente. Después de la preparación, los electrodos húmedos se colocan en un sitio firmemente y se producen una convulsión tónica – clónica 5 a 15 minutos después de la introducción de una corriente de 70 a 130 voltios durante 0.1 a 0.5 segundos.

➤ **Tratamiento Psicoterapéutico**

- **Terapia ambiental:** varía de la terapia conductual a los abordajes humanistas. Hay programación de las actividades pre social, un modelo es la economía de fichas de aprendizaje social.
- **Terapia grupal:** es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales permite la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad, lo importante de esta terapia es que pueda comportarse adecuadamente dentro del hogar como en la vida.
- **Terapia individual:** este contraindicado, pero aún se usa. El entorno debe permitir la distancia física entre el paciente y el terapeuta, es muy importante el respeto por el paciente.
- **Terapia familiar:** suele ser muy beneficiosa, las intervenciones terapeutas de este tipo ayudan al paciente a enfrentarse a los efectos de su enfermedad, lo importante de esta terapia, es la educación a la familia sobre la enfermedad, en la que se hará hincapié en el uso de

los psicofármacos y de ellos dependerá que el paciente cumpla el tratamiento indicado. Pilco et al. (2009)

1.3.4.7. PRONÓSTICO

Los pacientes logran llevar una vida relativamente normal (20% - 30%), experimentan signos moderados (20% - 30%), y el (40% - 60%), llevan una vida perturbada por el trastorno.

- **Factores de buen pronóstico:** inicio a edad tardía, comienzo agudo de la enfermedad, buen cumplimiento del tratamiento, apoyo incondicional de la familia.
- **Factores de mal pronóstico:** inicio a edad temprana, comienzo progresivo o insidioso de la enfermedad, prevalencia de síntomas negativos, trastorno previo de la personalidad, historia, ambiente familiar y social desfavorable, abandono del tratamiento.
- La mejor manera de prevenir las recaídas es continuar tomando los medicamentos indicados, puesto que son los efectos secundarios una de las razones principales por las que las personas con esquizofrenia dejan de tomar los medicamentos. Pilco et al. (2009)

1.3.4.8. ESTABILIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Durante la primera parte de la fase de estabilización el propósito es disminuir el estrés y dar soporte minimizando el riesgo de una recaída. Favorecer la readaptación a la vida en comunidad y de ayudar a la consolidación de la remisión.

Las intervenciones terapéuticas deben enfatizar el apoyo y pueden ser menos directivas que en la fase aguda. Durante esta etapa se debe comenzar el programa educativo con el paciente, enfatizando aspectos prácticos sobre los fármacos (por ejemplo, cómo manejar los efectos colaterales), manejo de los

síntomas de la enfermedad, reconocimiento de signos de recaída. En esta etapa se deben ajustar las expectativas de los terapeutas y de los familiares, a las capacidades reales de los pacientes, evitando la presión y los ambientes sobreestimulantes., Es importante el control y continuidad en el tratamiento, debiéndose tomar todas las medidas para que el paciente no abandone el tratamiento, por una mala coordinación de los servicios.

En esta fase el paciente puede exhibir dos patrones diferentes.

- El paciente puede estar asintomático o no manifestar síntomas psicóticos (aunque puede mostrarse irritable, tenso, ansioso, deprimido o con síntomas negativos).
- El paciente puede tener persistencia de síntomas positivos, pero en menor magnitud que en la fase aguda (el paciente puede estar alucinado, con ideas delirantes. Pilco et al. (2009)

1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál será el impacto que tendrá la implementación de un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco?

1.5. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La esquizofrenia es considerada actualmente como un problema de Salud Pública en el Perú, cuya causa aun es desconocida. Sus genes, el medio ambiente y la química del cerebro pueden tener un rol. Los síntomas de la esquizofrenia suelen manifestarse a temprana edad entre los 16 y 30 años aproximadamente, cuyos síntomas aparecen más en hombres jóvenes que en mujeres Por lo general no se desarrolla después de los 45 años. (Instituto Nacional de la Salud Mental). La esquizofrenia no tiene cura pero la farmacoterapia puede ayudar a controlar muchos de los síntomas. Es posible que

el psiquiatra prescriba diferentes medicamentos para determinar cuál es el más adecuado, eficaz y accesible para el paciente ya que este tratamiento será utilizado por el paciente durante un periodo largo o de por vida, hay algunos tratamientos adicionales que pueden ayudarlo día a día a lidiar con la enfermedad entre estos tenemos la terapia psicológica, educación familiar, la rehabilitación y la capacitación profesional. (Instituto Nacional de la Salud Mental).

En la actualidad los costos asociados a la esquizofrenia tienen un alto porcentaje, siendo la hospitalización psiquiátrica una de las modalidades de atención más costosas en nuestro país, habiendo en los últimos años un incremento en la rehospitalización cuyas causas hasta ahora son poco conocidas.

La efectividad y seguridad de los medicamentos no dependen de su alta calidad sino también de una adecuada indicación, administración y cumplimiento por parte de los pacientes y esto se logra con el apoyo y participación de los Farmacéuticos cuya formación y experiencia facilitan la obtención de resultados terapéuticos adecuados y evitar o resolver, en gran medida, la aparición de problemas relacionados con los medicamentos. Álvarez et al. (2001)

Este trabajo de investigación tiene mucha importancia, por cuanto se realiza en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco, lugar que no cuenta con un servicio de Atención Farmacéutica, dirigido a pacientes con enfermedades mentales (ej. esquizofrenia). Estos pacientes requieren un constante seguimiento, un agravamiento de la enfermedad, aumento de los gastos de salud y disminución de la calidad de vida de los pacientes es consecuencia de una falta de adhesión al tratamiento. Delgado, Carreño, Barreto y Hernández (2004)

Gracias a este programa de Atención Farmacéutica que fue implementado en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco, los pacientes con Esquizofrenia contarán con un servicio que les brinde la importancia necesaria que requiere su enfermedad, dirigido por un profesional capacitado, como es el químico farmacéutico, especialista en medicamentos, en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud; con el objetivo de optimizar las terapias

farmacológica, disminuir los gastos familiares, mejorar la calidad de vida de dichos pacientes y lograr su reinserción en la sociedad.

A su vez este estudio lograra identificar a los pacientes más propensos a recaídas y se podrá planificar medidas preventivas para disminuir la probabilidad de rehospitalización beneficiando al paciente a sus familias y al sistema de salud en general.

1.6. HIPOTESIS

La implementación de un programa de Atención Farmacéutica tiene un impacto significativo en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. GENERAL

- Evaluar el impacto de la implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco

1.7.2. ESPECIFICOS

- Implementar un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco

- Evaluar el impacto del nivel de conocimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica.
- Evaluar el impacto del nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica.
- Determinar la frecuencia de los Problemas Relacionados con los Medicamentos en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica.
- Evaluar el impacto del nivel de satisfacción en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica.

2. MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACION

Se describe como un diseño cuasi-experimental en forma general, con pre-prueba y post-prueba de series cronológicas de dos grupos, porque se puede manipular la variable independiente para ver su efecto y relación con las variables dependientes.

ESQUEMA DEL ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL:

G1	O1	X	O2	O3	O4	O5
G2	O6	-	O7	O8	O9	O10

LEYENDA:

G1: Grupo de pacientes con intervención farmacéutica.

G2: Grupo de pacientes sin intervención farmacéutica.

X: Atención farmacéutica.

O1: Pre-prueba de control, para recolección de datos de pacientes con intervención farmacéutica.

O6: Pre-prueba de control, para recolección de datos de pacientes sin intervención farmacéutica.

O2, O3, O4, O5: Post pruebas de control de pacientes con seguimiento farmacoterapéutico.

O7, O8, O9, O10: Post pruebas de control de pacientes solo con indicaciones médicas.

2.2. VARIABLES, OPERACIONALIZACION

TIPO	VARIABLE	INDICADORES
Independiente	Atención Farmacéutica	
Dependiente	Impacto de la Implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimiento del tratamiento • Nivel de conocimiento de la enfermedad • Frecuencia de los problemas relacionados con medicamentos • Nivel satisfacción
Intervinientes	Sexo Edad Grado de Instrucción Estado Civil	

VARIABLE INDEPENDIENTE				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CARACTERISTICA	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Provisión responsable de la	NATURALEZA: Cualitativo	INTRUMENTO: Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Con Atención farmacéutica

	farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. (Hepler y Strand, 1999)	FORMA DE MEDICIÓN: Directa ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal	PROCEDIMIENTO: Se realizó mediante un cuestionario de forma personalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Atención farmacéutica
--	---	---	---	---

VARIABLE DEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	CARACTERÍSTICA	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE
IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN	Cambio o conjunto de cambios duraderos que se producen, mejorando sus indicadores, como resultado de la ejecución de una serie de acciones organizadas por el farmacéutico durante el programa. (Quevedo et al, 2006)	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE TRATAMIENTO Medida para evaluar el conjunto de saberes, que se dan a diferentes niveles, sobre la terapia farmacológica indicada para la Diabetes mellitus tipo II. (DRAE, 2010)	NATURALEZA: Cuantitativo FORMA DE MEDICIÓN: Directa ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal	INSTRUMENTO: Cuestionario PROCEDIMIENTO: Se realizó el cuestionario para ver el nivel de conocimiento del tratamiento.	Malo Regular Bueno
		NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Medida para evaluar el conjunto de saberes, que se dan a diferentes niveles, sobre la Diabetes mellitus tipo II. (DRAE, 2010)	NATURALEZA: Cuantitativo FORMA DE MEDICIÓN: Directa ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal	INSTRUMENTO: Cuestionario PROCEDIMIENTO: Se realizó el cuestionario para ver el nivel de conocimiento de la enfermedad.	Malo Regular Bueno

		<p>NIVEL SATISFACCIÓN</p> <p>Medida para evaluar el grado en que las necesidades personales de los pacientes están cubiertas, como resultado del proceso de Atención Farmacéutica. (Morales et al, 2004)</p>	<p>NATURALEZA: Cuantitativo</p> <p>FORMA DE MEDICIÓN: Directa</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal</p>	<p>INSTRUMENTO: Cuestionario</p> <p>PROCEDIMIENTO: Se realizó el cuestionario para ver el nivel de satisfacción.</p>	<p>Muy insatisfecho/a</p> <p>Insatisfecho/a</p> <p>Indiferente</p> <p>Satisfecho</p> <p>Muy Satisfecho/a</p>
		<p>PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS</p> <p>Problema de Salud vinculado con la farmacoterapia y que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en el paciente. (Faus et al, 1999)</p>	<p>NATURALEZA: Cuantitativo</p> <p>FORMA DE MEDICIÓN: Directa</p> <p>ESCALA DE MEDICIÓN: Nominal</p>	<p>INSTRUMENTO: Fichas de seguimiento farmacoterapéutico.</p> <p>PROCEDIMIENTO: Se realizó mediante las fichas de seguimiento farmacoterapéutico, según la metodología Dáder</p>	<p>Necesidad</p> <p>Efectividad</p> <p>Seguridad</p>

VARIABLE INTERVINIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CARACTERÍSTICA	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE
SEXO	Propiedad según la cual pueden clasificarse los organismos de acuerdo con sus funciones reproductivas.	<p>NATURALEZA: Cualitativa</p> <p>FORMA DE MEDICION : Directa</p> <p>ESCALA DE MEDICION : Nominal</p>	<p>PROCEDIMIENTO: Se completó la ficha de evaluación y se verificó con el Documento de Identidad Nacional</p>	<p>F: Femenino.</p> <p>M: Masculino</p>
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	<p>NATURALEZA: Cuantitativa</p> <p>FORMA DE MEDICION : Directa</p> <p>ESCALA DE MEDICION : De Intervalo</p>	<p>INSTRUMENTO: Ficha de Evaluación</p> <p>PROCEDIMIENTO: Se completó la ficha de evaluación y se verificó con el Documento de Identidad Nacional</p>	<p>>18 y < 60 años con diagnóstico de Esquizofrenia</p>

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel más avanzado al que se haya asistido, de acuerdo al sistema educativo del país en el que se recibió la instrucción educativa.	NATURALEZA: Cualitativa FORMA DE MEDICION : Directa ESCALA DE MEDICION : Ordinal	INSTRUMENTO: Ficha de Evaluación PROCEDIMIENTO: Se completó la ficha de evaluación.	Sin estudios Primaria incompleta Primaria Secundaria incompleta Secundaria Superior
ESTADO CIVIL	Situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	NATURALEZA: Cualitativa FORMA DE MEDICION : Directa ESCALA DE MEDICION : Nominal	PROCEDIMIENTO: Se completó la ficha de evaluación.	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Conviviente

2.3. POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

Se realizó la Atención Farmacéutica a los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, del servicio de consultorio externo de Psiquiatría, que acudían a adquirir sus medicamentos a la farmacia del Hospital de Salud Mental del Cusco, captados durante el mes de Abril, que fue un total de 80 pacientes.

MUESTRA

La selección de la muestra se realizó con los pacientes esquizofrenicos que se captaron durante el mes de abril, de los cuales 20 fueron separados, por ser pacientes que acudían por única vez. De los 60 pacientes restantes, 8 fueron separados por criterios de exclusión; quedando un total de 52 pacientes, los cuales fueron distribuidos al azar en dos grupos: un grupo control y un grupo intervenido, de 26 pacientes cada uno. De este grupo de pacientes 3 abandonaron el estudio. Se finalizó el estudio con un total de 48 pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, 24 en el grupo control y 24 en grupo de intervención.

2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes adultos > 18 y < 60 años con diagnóstico de Esquizofrenia.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que estén en tratamiento médico.

2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes < 18 y > 60 años con diagnóstico de Esquizofrenia, sin tratamiento farmacológico.
- Mujeres embarazadas.
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia inestabilizados
- Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, con otras patologías graves asociadas.

2.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Técnica: La técnica utilizada fue la siguiente:

2.4.1. FICHA DE CAPTACION Y RECOLECCION DE DATOS

Se elaboró una ficha para registrar los datos de todos los pacientes que acuden a la farmacia, este documento nos permitió obtener la información necesaria sobre los datos personales y acerca de la enfermedad del paciente, esto nos permitió seleccionar a los pacientes para los grupos de estudio.

2.4.2. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se elaboró una ficha de consentimiento, donde el paciente accedió a participar del estudio.

2.4.3. HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES

Este documento nos proporcionó información acerca de los antecedentes patológicos, hoja de exámenes auxiliares, evolución clínica y terapia de los pacientes.

2.4.4. HISTORIA FARMACOTERAPEUTICA

Se confeccionó un historial para cada paciente, el cual consigna las siguientes fichas:

- Ficha de captación de pacientes
- Ficha de historia farmacoterapéutica (**Anexo N° 4**)
- Ficha de entrevista farmacéutica: problemas de salud (**Anexo N° 5**)
- Ficha de entrevista farmacéutica: medicamentos (**Anexo N° 6**)

Instrumento: Los instrumentos que se utilizaron fueron:

2.4.5. ENCUESTAS

- Cuestionario para evaluación de conocimiento de enfermedad. (Anexo N°07)
- Cuestionario para evaluación de medicamentos. (Anexo N°08)
- Encuesta de dispensación. (Anexo N°10)
- Encuesta de consulta farmacéutica. (Anexo N°11)
- Encuesta de satisfacción del programa de atención farmacéutica. (Anexo N°12)

PROCEDIMIENTO

SELECCIÓN DE PACIENTES

Se captó a los pacientes mediante la farmacia de consultorios externos, cuando acudían a comprar sus medicamentos y fueron derivados al consultorio del programa de Atención Farmacéutica (AF). Luego de la captación del total de pacientes, se hizo la selección según los criterios de inclusión.

OFERTA DE SERVICIO

En este caso se ofreció el servicio de Atención Farmacéutica a pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, a quienes se les explicó, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que recibieran, sus beneficios y cuáles son sus principales características, al finalizar la oferta del servicio los pacientes tomaron la decisión última de aceptar o no, la prestación que se le ofreció, para formalizar esta decisión, tuvieron que firmar un formato de consentimiento. **(Anexo N° 1)**

PRIMERA ENTREVISTA

La finalidad básica de la primera entrevista fue de obtener la información inicial de los problemas de salud y los medicamentos del paciente, que permitió inaugurar la historia farmacoterapéutica del paciente. Por otra parte, la primera entrevista sirvió para suministrar alguna información de interés para el paciente e incluso para iniciar determinadas acciones encaminadas a resolver alguna situación indeseada para su salud, así mismo sirvió para establecer un calendario de visitas frecuentes. **(Anexo N° 2)**

ESTADO DE SITUACIÓN

El primer ES (estado de situación) resultó de la obtención de los datos de la primera entrevista. La parte superior de la hoja de ES, se denomina foto del paciente, y contiene datos singulares que caracterizan al paciente como edad, sexo, alergias, etc

En esta fase también, se revisaron las historias clínicas de los pacientes, para corroborar algunos datos y/o completar otros. Así mismo para poder evaluar algunas enfermedades resientes de los pacientes, que no hayan sido comentadas durante la primera entrevista, así mismo sirvió para verificar la frecuencia con la que asisten a consulta con el psiquiatra.

FASE DE ESTUDIO:

Esta fase sirvió para obtener la información necesaria de los problemas de salud y medicamentos reflejados en el Estado de Situación, para su evaluación posterior. Se analizaron dos partes diferenciadas del Estado de Situación:

- **Problemas de Salud:** Signos y síntomas a controlar o parámetros consensuados de control, mecanismos fisiológicos de aparición de la enfermedad, causas y consecuencias del problema de salud. Aquí se conoció si el problema necesitaba una intervención inmediata, o si era una intermedia, en la que habría que considerar además otras circunstancias.

- **Medicamentos:** Los aspectos más relevantes que se tomaron en cuenta fueron: indicaciones autorizadas, acciones y mecanismos de acción, posología, rango de utilización, farmacocinética, interacciones, precauciones, contraindicaciones, problemas de seguridad.

FASE DE EVALUACIÓN

Esta fase fue para establecer las sospechas de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que el paciente pudo experimentar. Se realizaron las siguientes preguntas:

- ¿Necesitó el paciente el/los medicamento/s?
- ¿Fue o fueron efectivo/s?;
- ¿El medicamento fue seguro?
- ¿Existió algún problema de salud que no fue tratado?.

FASE DE INTERVENCIÓN

El objetivo de la fase de intervención fue de diseñar y poner en marcha el plan de actuación con el paciente. Este plan de actuación es un programa de trabajo continuado en el tiempo, diseñado en conjunto con el paciente, en el que

quedaron fijadas las diferentes intervenciones farmacéuticas que se emprendieron para mejorar o preservar el estado de salud del paciente.

ENTREVISTAS SUCESIVAS

Las entrevistas sucesivas se determinaron en la primera entrevista en donde se fijó el calendario de citas, pero además se indicó al paciente que si tenía algún tipo de duda, algún problema de salud o cualquier otra causa, pueda acudir al programa. En estas entrevistas se tuvo como objetivos:

- Continuar resolviendo los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) pendientes según el plan de actuación acordado y complementar un plan de seguimiento para la prevención y aparición de nuevos problemas relacionados con los medicamentos (PRM).
- Se obtuvo información para poder documentar los nuevos Estados de Situación y mejorar la fase de estudio.
- Suministrar al paciente la información escrita y oral sobre la enfermedad, el tratamiento farmacológico y toda la educación sanitaria necesaria para un mejor control de la enfermedad.

a) Medición del Nivel de Conocimiento del Tratamiento Farmacológico

Este parámetro se realizó mediante una encuesta desarrollada al inicio y al finalizar el trabajo de investigación, después de realizar toda la educación correspondiente del tratamiento farmacológico.

b) Medición del Nivel de Conocimiento de la Enfermedad

Este parámetro se realizó mediante una encuesta desarrollada al inicio y al finalizar el trabajo de investigación, después de suministrar al paciente información escrita y oral sobre los tipos, síntomas, causas, complicaciones, etc.

c) Medición del Nivel de Satisfacción del Programa de Atención Farmacéutica

Para esta medición se hizo entrega de encuestas de Satisfacción dirigidas a los pacientes para valorar la accesibilidad, confidencialidad del entorno y la atención e información proporcionada durante el tiempo que duró el trabajo de investigación.

VALIDACION: La validación de los instrumentos se realizó mediante la opinión de un juez experto

CONFIABILIDAD:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	
Alfa de Crombach	N° de elementos
0,625	10

SATISFACCION	
Alfa de Crombach	N° de elementos
0,568	11

2.5. METODOS DE ANALISIS DE DATOS

Los datos hallados con el instrumento son ordenados y organizados; que se presentan en tablas y graficos estadísticos con ayuda de software IBM SPSS STATISTIC versión 23 y Excel.

Dada la naturaleza de la variable a ser medida y el diseño de investigación cuasiexperimental propuesto se hara uso de la prueba T de student de contrastación de muestras relacionadas t en cada una de las dimensiones y para la variable.

El estadístico de prueba a utilizar será el siguiente:

$$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$$

2.6. ASPECTOS ETICOS

Para la aplicación del estudio se proporcionó al usuario un consentimiento informado que fue aceptado en su totalidad.

3. RESULTADOS

3.1. Datos sociodemográficos

a.- Estado civil

TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL GRUPO CONTROL E INTERVENIDO SEGÚN ESTADO CIVIL

	Grupo Control		Grupo Experimental		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	6	25.0%	6	25.0%	12	25.0%
Casado	5	20.8%	8	33.3%	13	27.1%
Viudo	0	0.0%	1	4.2%	1	2.1%
Divorciado	3	12.5%	1	4.2%	4	8.3%
Conviviente	10	41.7%	8	33.3%	18	37.5%
	24	100.0%	24	100.0%	48	100.0%

Fuente: Elaboración propia

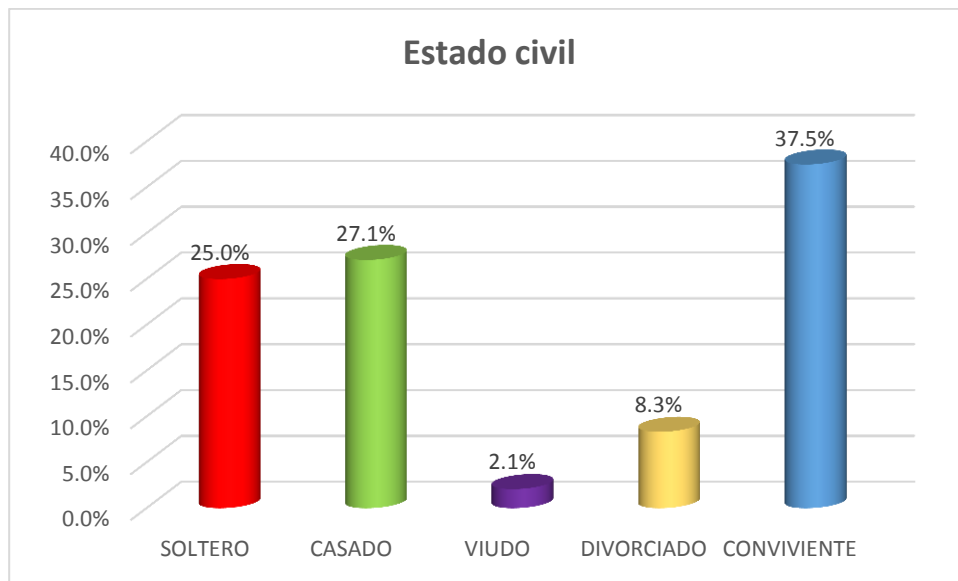
Interpretación:

El 41.7% de los pacientes del grupo control tenía estado civil de conviviente, seguido de un 25% de pacientes de este grupo que eran solteros, y un 20.8% de este grupo era casado.

El 33.3% de los pacientes del grupo experimental quien se implementó el programa de atención eran casados, seguido de otro 33.3% de pacientes con estado civil conviviente. Existe el 25% de pacientes del grupo experimental eran solteros.

El total de pacientes con sus estados civiles se muestran en la siguiente grafico.

GRÁFICO N°1: PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN ESTADO CIVIL



FUENTE: Elaboración propia

b.- Nivel de instrucción de los pacientes

TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL GRUPO CONTROL E INTERVENIDO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

	Grupo Control		Grupo Experimental		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sin estudios	6	25.0%	5	20.8%	11	22.9%
Primaria	5	20.8%	4	16.7%	9	18.8%
Primaria incompleta	5	20.8%	4	16.7%	9	18.8%

Secundaria	4	16.7%	4	16.7%	8	16.7%
Secundaria incompleta	3	12.5%	4	16.7%	7	14.6%
Superior	1	4.2%	3	12.5%	4	8.3%
	24	100.0%	24	100.0%	48	100.0%

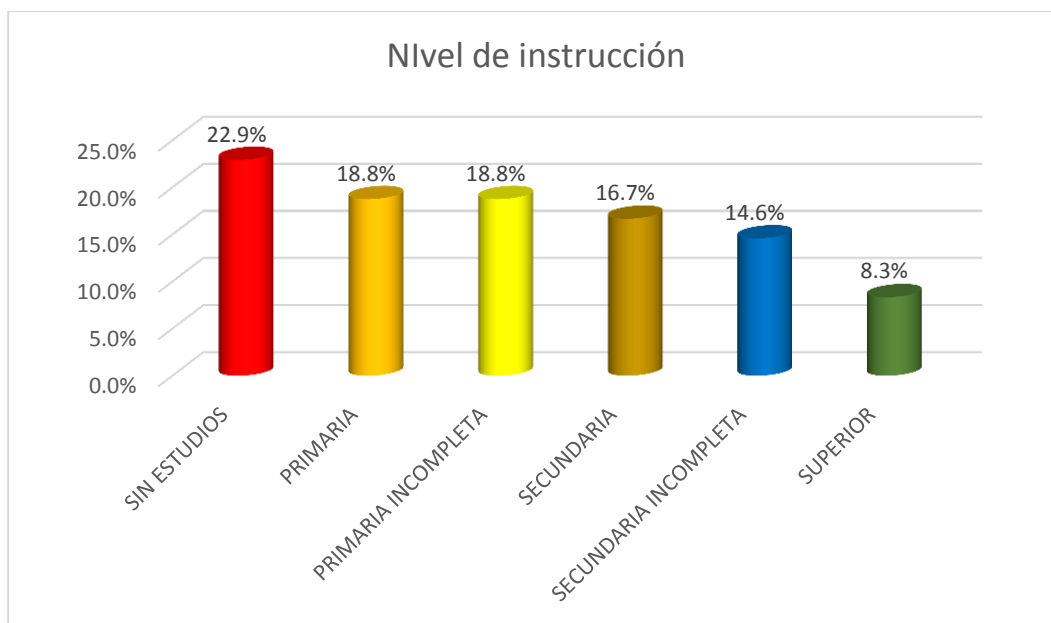
Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El 25.0% de los pacientes del grupo control no tenía estudios, seguido del 20.8% de este grupo tenían estudios de primaria, mientras que otro 20.8% tenía primaria incompleta, y un 16.7% tiene secundaria completa.

El 20.8% de los pacientes del grupo experimental no tenía estudios, con 16.7% de personas con primaria, con este mismo porcentaje con primaria incompleta, con este porcentaje había personas con secundaria y secundaria incompleta, mientras que solo el 12.5% tenía estudios superiores. Los datos de los estados civiles de los dos grupos de pacientes se muestran en la siguiente figura.

GRÁFICO N°2: PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Elaboración propia

c.- Genero de los pacientes del grupo control y experimental.

TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL GRUPO CONTROL E INTERVENIDO SEGÚN GENERO

	Grupo Control		Grupo Experimental		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	15	62.5%	16	66.7%	31	64.6%
Femenino	9	37.5%	8	33.3%	17	35.4%
	24	100.0%	24	100.0%	48	100.0%

Fuente: Elaboración propia

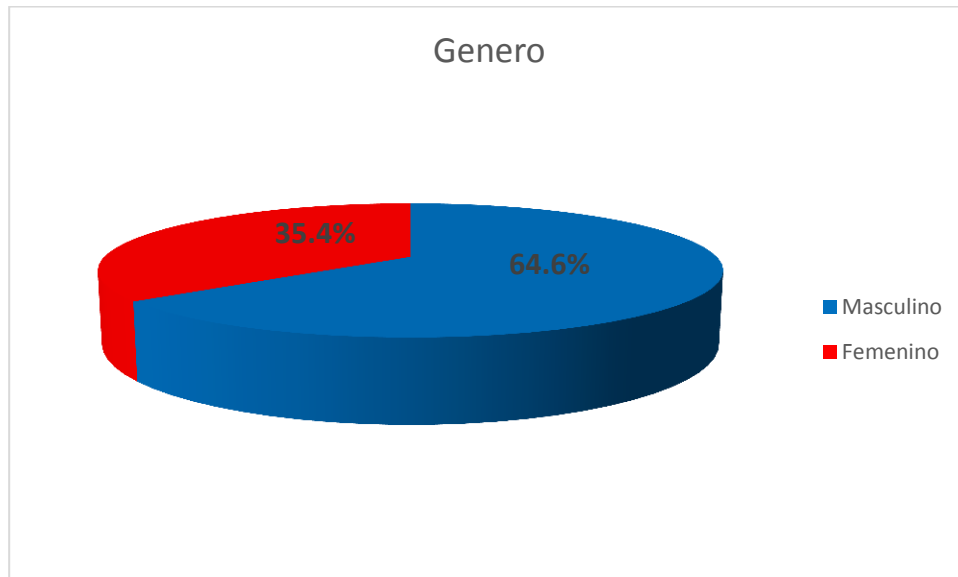
Interpretación

Sobre el grupo control, el 62.5% de los pacientes son del sexo masculino, seguido del 37.5% son de sexo femenino.

Sobre el grupo experimental, el 66.7% era de sexo masculino, y un 33.3% son de sexo femenino.

Además el 64.6% de los pacientes en general eran de sexo masculino y el otro 35.4% de los pacientes eran de sexo femenino. Los datos se reflejan en la siguiente figura.

GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN GÉNERO



Fuente: Elaboración propia

d.- Edad de los pacientes

TABLA N°4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL GRUPO CONTROL E INTERVENIDO POR CATEGORÍAS DE EDAD

	Grupo Control		Grupo Experimental		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
18 - 28	3	12.5%	6	25.0%	9	18.8%
29 - 39	11	45.8%	13	54.2%	24	50.0%
40 - 50	8	33.3%	5	20.8%	13	27.1%
51 - 60	2	8.3%	1	4.2%	3	6.3%

	24	100.0%	24	100.0%	48	100.0%
--	-----------	---------------	-----------	---------------	-----------	---------------

Fuente: Elaboración propia

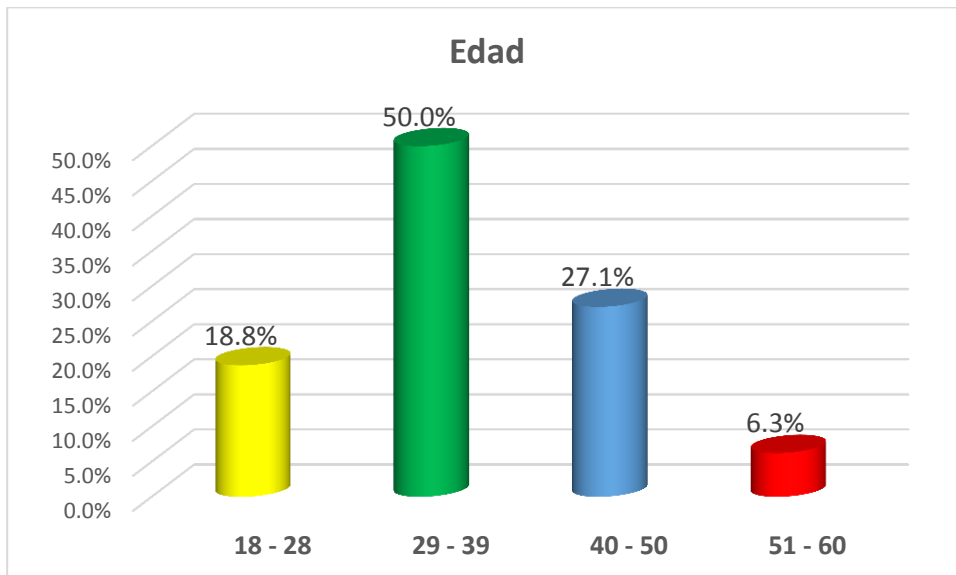
Interpretación

Dentro del grupo control, el 45.8% de los pacientes tenía edad entre 29 y 39 años de edad, seguido de un 33.3% de los pacientes tenían edad entre 40 y 50 años de edad, y otro 12.5% tenía edades entre 18 y 28 años de edad.

Dentro del grupo experimental, el 54.2% de los pacientes tenían edad entre 29 y 39 años de edad, seguido del 25% de estos pacientes tenían edades entre 18 y 28 años de edad. Seguido del 4.2% de estos pacientes tenían edades entre 51 y 60 años.

Del total de pacientes el 50% tenían edades entre 29 y 39 años de edad, seguido del 27.1% tenían edades entre 40 y 50 años de edad, mientras que el 18.8% tenían edades entre 18 y 28 años de edad. Y solo 6.3% de pacientes tenían edades entre 51 y 60 años.

GRÁFICO N°4: PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA POR CATEGORÍAS DE EDAD



Fuente: Elaboración propia

4.2. Conocimiento de la enfermedad

4.2.1. Tabla N° 5 Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo control y experimental al inicio.

	Conocimiento_ G.C_ Inicio	Conocimiento_ GE_ Inicio
Recuento	24	24
Desviación Estándar	4.08248	2.9879
Coefficiente de Variación	30.0062%	23.5887%

Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo control y experimental al inicio.

Hipótesis	H_0 : media1 = media2, (conocimiento de la enfermedad es igual en ambos grupos) H_1 : media1 \neq media2, (conocimiento de la enfermedad es diferente en ambos grupos)
Nivel de significancia	$\alpha = 0.05$
Estadística	$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$ $t_c = 0.484178$
Valor p calculado	0.630557

Conclusión

De la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el conocimiento antes de aplicar el tratamiento, presentan características similares (valor_P = 0.630557 >0.05) se acepta la hipótesis nula. Es decir, en promedio son similares los promedios del grupo control y experimental.

En esta investigación, se considera que los dos grupos al presentar las mismas condiciones al inicio, debido a que no existe diferencia estadística significativa entre el conocimiento del grupo control y experimental, bajo esta característica se procede a la ***Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.***

4.2.2. Tabla N° 6 Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo control al inicio y al final

	Conocimiento_ GC_Final	Conocimiento_ GC_Inicio
Recuento	24	24
Desviación Estándar	3.7754	4.08248
Coefficiente de Variación	28.8565%	30.0062%

Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo control al inicio y al final.

Hipótesis

H₀: media1 = media2, (conocimiento de la enfermedad en el grupo control al inicio y al final es igual en ambos grupos)

H₁: media1 <> media2, (conocimiento de la enfermedad en el grupo control al inicio y al final es diferente en ambos grupos)

Nivel de significancia

α= 0.05

Estadística

$$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$$

$$t_c = -0.073418$$

Valor p calculado 0.941792

Conclusión

De la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el conocimiento de la enfermedad presenta características similares antes y después de aplicar el tratamiento (valor-P = 0.941792 > 0.05). es decir, en promedio son similares los promedios de conocimiento de la enfermedad en el grupo control.

4.2.3. Tabla N° 7 Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo experimental al inicio y al final

	Conocimiento_ GE_Final	Conocimiento_ GE_Inicial
Recuento	24	24
Desviación Estándar	3.53451	2.9879
Coefficiente de Variación	20.9971%	23.5887%

Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo experimental al inicio y al final.

Hipótesis	H ₀ : media1 = media2, (el conocimiento de la enfermedad en el grupo experimental al inicio y al final es el mismo) H ₁ : media1 <> media2, (el conocimiento de la enfermedad en el grupo experimental al inicio y al final es diferente en ambos grupos)
------------------	--

Nivel de significancia α= 0.05

Estadística

$$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$$

$$t_c = 4.41044$$

Valor p calculado 0.0000615986

Conclusión

valor_P = 0.000 < 0.05) se rechaza la hipótesis nula. Es decir, en promedio son diferentes los promedios del grupo experimental antes y después.

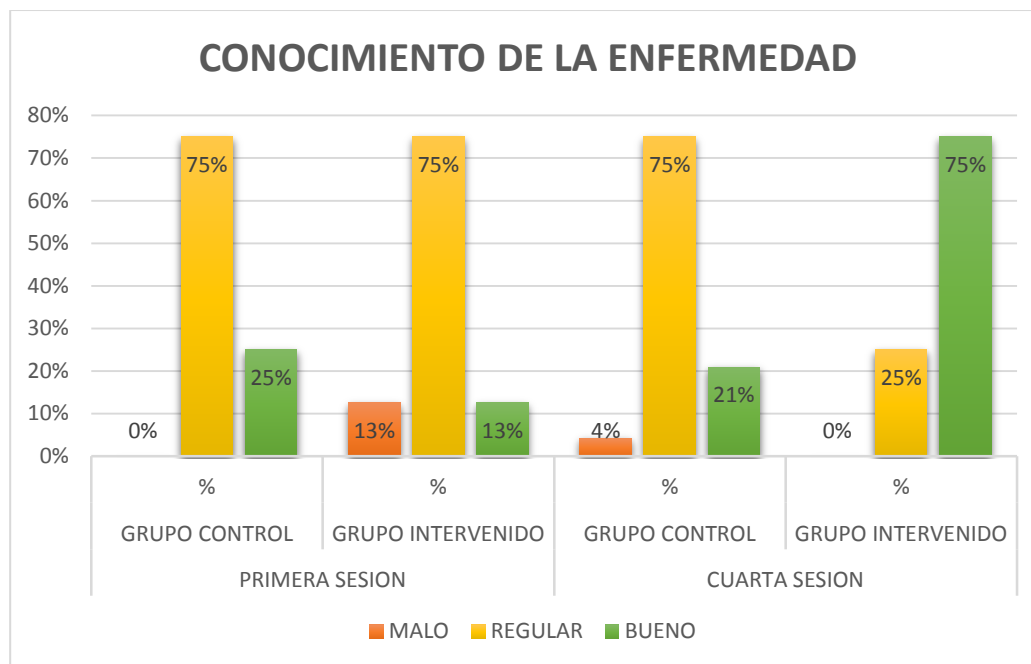
De la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el conocimiento en el grupo experimental, presentan características diferentes (valor-P = 0.0000615986 <0.05). es decir, existe diferencias significativas en el conocimiento de la enfermedad después de haber **Implementado el Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.**

4.2.4. Tabla N°8 Prueba t de student para comparar el conocimiento de la enfermedad en el grupo control y experimental al final

	Conocimiento_ GE_Final	Conocimiento_ GC_Final
Recuento	24	24
Desviación Estándar	3.53451	3.7754
Coefficiente de Variación	20.9971%	28.8565%

MALO	0	0%	3	12.5%	1	4.2%	0	0%
REGULAR	18	75%	18	75%	18	75%	6	25%
BUENO	6	25%	3	12.5%	5	20.8%	18	75%
TOTAL	24	100%	24	100%	24	100%	24	100%

EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL GRUPO CONTROL E INTERVENIDO AL INICIO Y FINAL DEL ESTUDIO



INTERPRETACION

El nivel de conocimiento de la enfermedad como se puede ver en el **gráfico** en ambos grupos al inicio del estudio predominó el nivel de conocimiento regular con un 75%. Cabe destacar que los pacientes del grupo intervenido, al finalizar el estudio aumentaron su nivel de conocimiento, a un nivel bueno 75%.

4.3. Conocimiento del tratamiento

4.2.1. Tabla N° 9 Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo control y experimental al inicio.

	C_T_GE_Inic	C_T_GC_Inic
Recuento	24	24
Desviación Estándar	5.07052	2.63202
Coeficiente de Variación	32.4076%	21.6331%

Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo control y experimental al inicio

Hipótesis	<p>H_0: media1 = media2, (el conocimiento de la enfermedad en el grupo control y experimental al final es el mismo)</p> <p>H_1: media1 \neq media2, (el conocimiento de la enfermedad en el grupo control y experimental al final es diferente en ambos grupos)</p>
Nivel de significancia	$\alpha = 0.05$
Estadística	$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$ <p>$t_c = -0.857523$</p>
Valor p calculado	0.395602
Conclusión	De la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el conocimiento antes de aplicar el tratamiento, presentan características similares (valor-P = 0.395602 > 0.05). Es decir, en promedio son similares los promedios del grupo control y experimental con respecto al conocimiento del tratamiento al inicio.

En esta investigación, se considera que los dos grupos al presentar las mismas condiciones al inicio, debido a que no existe diferencia estadística significativa entre el conocimiento del tratamiento del grupo control y experimental, bajo esta característica se

procede a la **Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.**

5.3.2. Tabla N° 10 Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo control al inicio y al final

	C_T_GC_Fin	C_T_GC_Inic
Recuento	24	24
Desviación Estándar	2.7187	2.63202
Coefficiente de Variación	21.7496%	21.6331%

Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo control al inicio y al final

Hipótesis	<p>H_0: media1 = media2, (el conocimiento del tratamiento en el grupo control al inicio y al final es el mismo)</p> <p>H_1: media1 \neq media2, (el conocimiento del tratamiento en el grupo control al inicio y al final es diferente en ambos grupos)</p>
Nivel de significancia	$\alpha = 0.05$
Estadística	$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$ <p>$t_c = 0.431549$</p>
Valor p calculado	0.668085
Conclusión	De la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el conocimiento del tratamiento presenta características similares antes y después

de aplicar el tratamiento dentro del grupo control (valor-P = 0.668085 > 0.05). es decir, en promedio son similares los promedios de conocimiento del tratamiento en el grupo control.

4.3.3. Tabla N° 11 Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo experimental al inicio y al final

	<i>C_T_GE_Fin</i>	<i>C_T_GE_Inic</i>
Recuento	24	24
Desviación Estándar	1.71735	5.07052
Coeficiente de Variación	8.8447%	32.4076%

Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo experimental al inicio y al final

Hipótesis
 H₀: media1 = media2, (el conocimiento del tratamiento en el grupo experimental al inicio y al final es el mismo)
 H₁: media1 <> media2, (el conocimiento del tratamiento en el grupo experimental al inicio y al final es diferente en ambos grupos)

Nivel de significancia α = 0.05

Estadística

$$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$$

$t_c = 7.54963$

Valor p calculado 0.0007580

Conclusión
 de la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el conocimiento del tratamiento en el grupo experimental, presentan características diferentes (valor-P = 0.000 < 0.05). es decir, existe diferencias significativas entre el conocimiento

del tratamiento después de haber **Implementado el Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.**

4.3.4. Tabla N° 12 Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo control y experimental al final

	C_T_GE_Fin	C_T_GC_Fin
Recuento	24	24
Desviación Estándar	1.71735	2.7187
Coefficiente de Variación	8.8447%	21.7496%

Prueba t de student para comparar el conocimiento del tratamiento en el grupo control y experimental al final

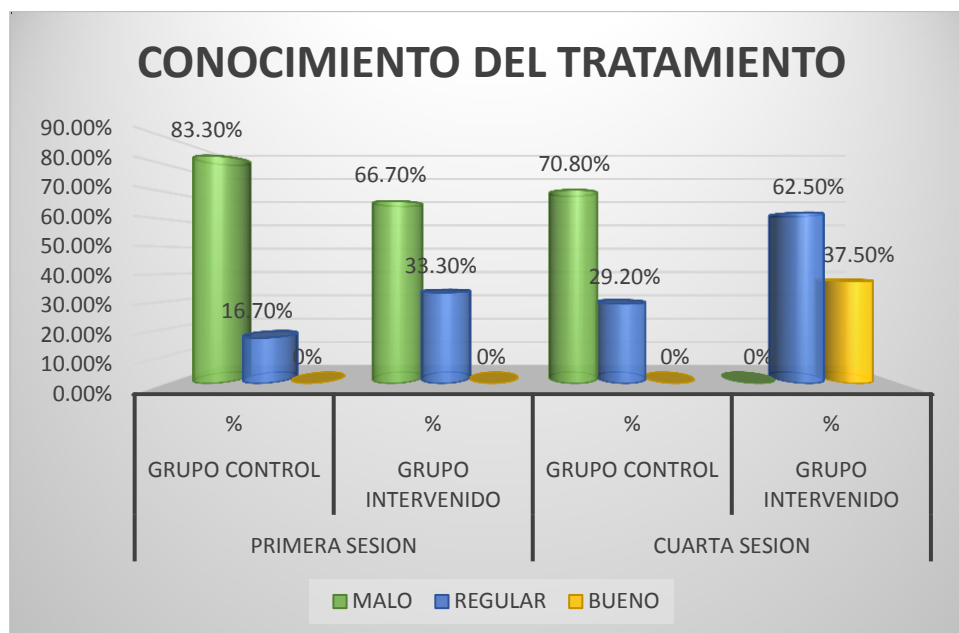
Hipótesis	<p>H_0: media1 = media2, (el conocimiento del tratamiento en el grupo control y experimental al final es el mismo)</p> <p>H_1: media1 \neq media2, (el conocimiento del tratamiento en el grupo control y experimental al final es diferente en ambos grupos)</p>
Nivel de significancia	$\alpha = 0.05$
Estadística	$T_c = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - \mu_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \sim t_{(n_1+n_2-2)}$ <p>$t_c = 10.5373$</p>
Valor p calculado	0.0007854
Conclusión	de la prueba t-student al 95% de confianza se concluye que el

conocimiento en el grupo experimental y control al final de la implementación, presentan características diferentes (valor-P = 0.0 <0.05). es decir, existe diferencias significativas en el conocimiento del tratamiento después de haber ***Implementado el Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.*** Se puede notar por tanto que el efecto de la implementación es **positiva** para el grupo experimental en la variable conocimiento del tratamiento.

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO	PRIMERA SESIÓN				CUARTA SESIÓN			
	GRUPO CONTROL		GRUPO INTERVENIDO		GRUPO CONTROL		GRUPO INTERVENIDO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MALO	20	83.3%	16	66.7%	17	70.8%	0	0%
REGULAR	4	16.7%	8	33.3%	7	29.2%	15	62.5%
BUENO	0	0%	0	0%	0	0%	9	37.5%
TOTAL	24	100%	24	100%	24	100%	24	100%

FUENTE: Elaboración propia

EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL GRUPO CONTROL E INTERVENIDO AL INICIO Y FINAL DEL ESTUDIO



INTERPRETACION

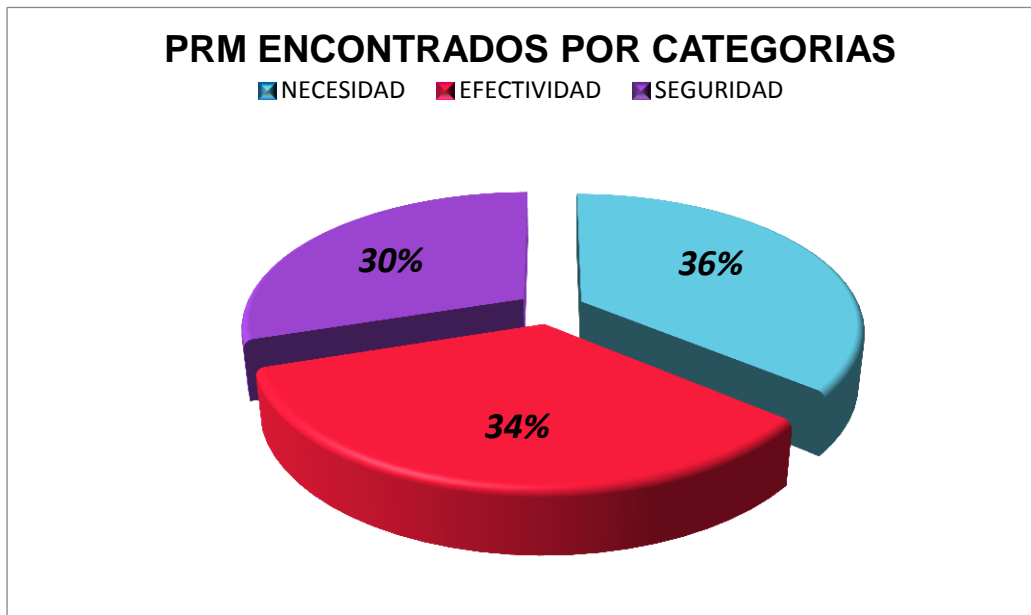
Para evaluar el grado de conocimiento de los pacientes intervenidos y controles, en relación a su tratamiento farmacológico se aplicó una encuesta en la primera y cuarta sesión del Programa de Atención Farmacéutica, mostrando los resultados donde se observa que al inicio del programa el nivel de conocimiento de los pacientes intervenidos y controles mayoritariamente fue malo con un 66.7% y 83.3% respectivamente. Al finalizar el estudio, se puede observar que en el grupo intervenido un 62.5% obtuvo regular y un 37.50% bueno, a diferencia del grupo control en donde en nivel de conocimiento malo se mantuvo con un 70.80% y un regular de 29.20% regular.

TABLA N° 13 PRM ENCONTRADOS POR CATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO

CATEGORIA	N° DE PRM	%DE PRM
NECESIDAD	27	36%
EFFECTIVIDAD	26	34%
SEGURIDAD	23	30%
TOTAL	76	100%

FUENTE: Elaboración propia

GRAFICO N° 13 PORCENTAJE DE PRM ENCONTRADOS POR CATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO



FUENTE: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

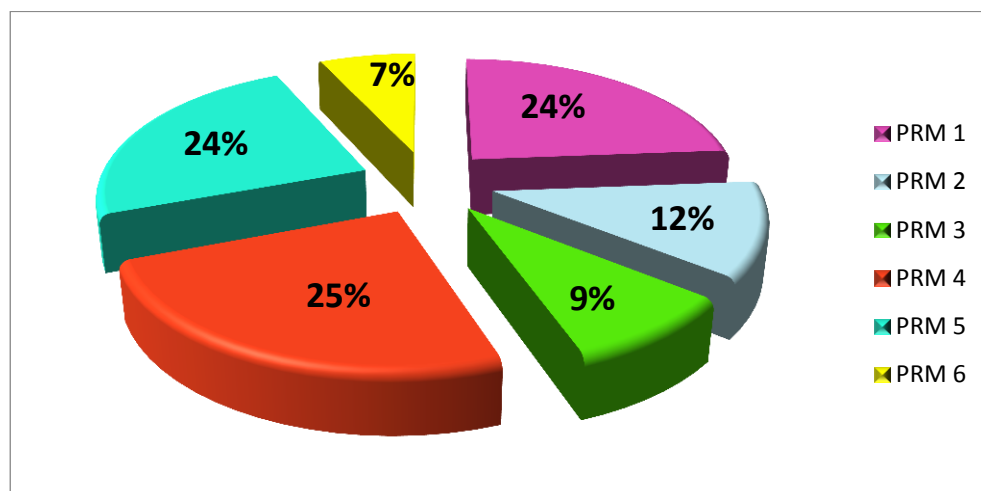
En el gráfico N° 28 se puede observar que el mayor porcentaje lo representa la categoría de problemas relacionados a la necesidad con un 36% (27), 34%(26) a efectividad y 30%(23) a seguridad.

TABLA N°14: PRM ENCONTRADOS POR SUPRACATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO

PRM	N°	%
<i>PRM 1</i>	18	24%
<i>PRM 2</i>	9	12%
<i>PRM 3</i>	7	9%
<i>PRM 4</i>	19	25%
<i>PRM 5</i>	18	24%
<i>PRM 6</i>	5	7%
TOTAL	76	100%

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO N°14: PORCENTAJE DE PRM ENCONTRADOS POR SUPRACATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO



FUENTE: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el **gráfico N° 29** se aprecia que de un total de 76 PRM detectados durante todo el estudio, el PRM más común fue el PRM 4 con un total de 19 (25%) pacientes y con menor frecuencia de aparición fue el PRM 6 con tan solo 5(7%) de pacientes.

Este resultado coincide con la investigación realizada por Álvarez donde indica que el PRM 4 fue el problema más frecuente (Álvarez, 2003)

En ambas investigaciones se determinó que el PRM 4 fue el problema de mayor frecuencia, el paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad cuantitativa

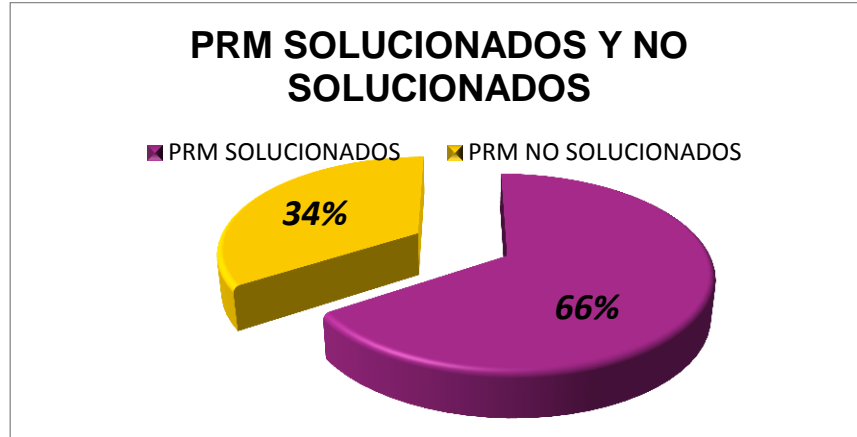
de la medicación. Se considera un medicamento inefectivo, cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados. (Segundo consenso de Granada, 2002)

TABLA N° 15 NÚMERO DE PRM SOLUCIONADOS Y NO SOLUCIONADOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO

<i>PRM</i>	<i>N°</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>PRM SOLUCIONADOS</i>	50	66%
<i>PRM NO SOLUCIONADOS</i>	26	34%

FUENTE: Elaboración propia

GRAFICO N°15 PORCENTAJE DEL NÚMERO DE PRM SOLUCIONADOS Y NO SOLUCIONADOS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO



FUENTE: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

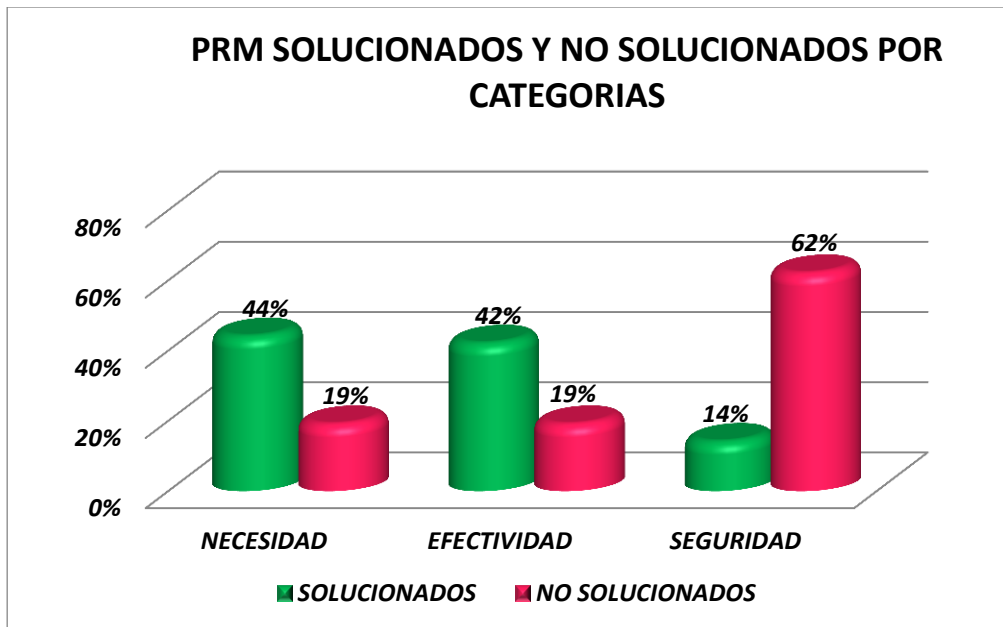
Como se puede ver en el **gráfico N°30**, se logró solucionar un mayor porcentaje de PRM, con un total de que 50 (66%) y solo 26 (34%) no fueron solucionados.

TABLA N°16: NÚMERO DE PRM SOLUCIONADOS Y NO SOLUCIONADOS POR CATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO

<i>PRM</i>	<i>SOLUCIONADOS</i>	<i>%</i>	<i>NO SOLUCIONADOS</i>	<i>%</i>
<i>NECESIDAD</i>	22	44%	5	19%
<i>EFFECTIVIDAD</i>	21	42%	5	19%
<i>SEGURIDAD</i>	7	14%	16	62%
<i>TOTAL</i>	50	100%	26	100%

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO N°16: POCENTAJE NÚMERO DE PRM SOLUCIONADOS Y NO SOLUCIONADOS POR CATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO



FUENTE: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

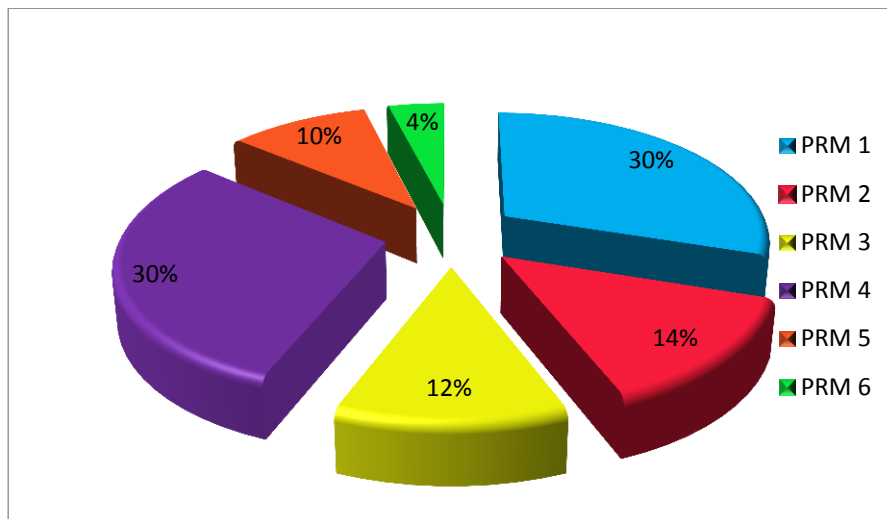
En el **gráfico N°31** el mayor porcentaje de PRM solucionados fueron los de necesidad con 44%, seguidos de los de efectividad con un 42% y en menor frecuencia los de seguridad con 14%.

TABLA N°17: EL NÚMERO DE PRM SOLUCIONADOS Y NO SOLUCIONADOS POR SUPRACATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO

<i>PRM</i>	<i>N°</i>	<i>SOLUCIONADOS</i>	<i>%</i>
<i>PRM 1</i>	18	15	30%
<i>PRM 2</i>	9	7	14%
<i>PRM 3</i>	7	6	12%
<i>PRM 4</i>	19	15	30%
<i>PRM 5</i>	18	5	10%
<i>PRM 6</i>	5	2	4%
<i>TOTAL</i>	76	50	100%

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO N°17: POCENTAJE DEL NÚMERO DE PRM SOLUCIONADOS Y NO SOLUCIONADOS POR SUPRACATEGORIAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE TODO EL ESTUDIO



FUENTE: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del **gráfico N° 32** podemos indicar que de los PRM solucionados los de mayor porcentaje fueron el PRM1 y PRM4 con un 30%, así mismo el de menor porcentaje fue el PRM6 con 4%.

4.4 Tabla N°18 Satisfacción de la dispensación

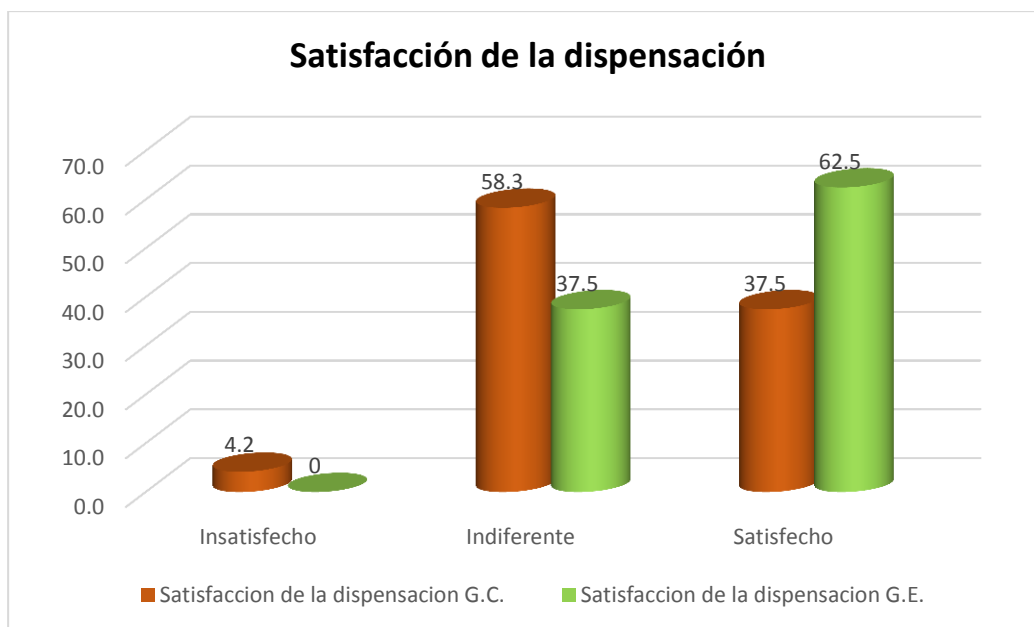
Satisfacción de la dispensación				
	Grupo Control.		Grupo Experimental.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfecho	1	4.2	0	0
Indiferente	14	58.3	9	37.5
Satisfecho	9	37.5	15	62.5
Total	24	100.0	24	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se puede observar en el grupo experimental el 62.5% se encuentra satisfecho de la dispensación, seguido de un 37.5% que se muestran indiferente sobre la satisfacción de la dispensación. En el grupo control el 58.3% se muestra indiferente ante la satisfacción de la dispensación, seguido del 37.5% de pacientes que se muestran satisfechos de la dispensación. Gráficamente se observa que el mayor porcentaje de pacientes satisfechos está en el grupo experimental.

Grafco N°18 Satisfacción de la dispensación



4.5. Tabla N° 19 Satisfacción de la consulta

Satisfacción de la consulta				
	Grupo Control.		Grupo Experimental.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	7	29.2	3	12.5
Satisfecho	17	70.8	21	87.5
Total	24	100.0	24	100.0

Fuente: Elaboración propia

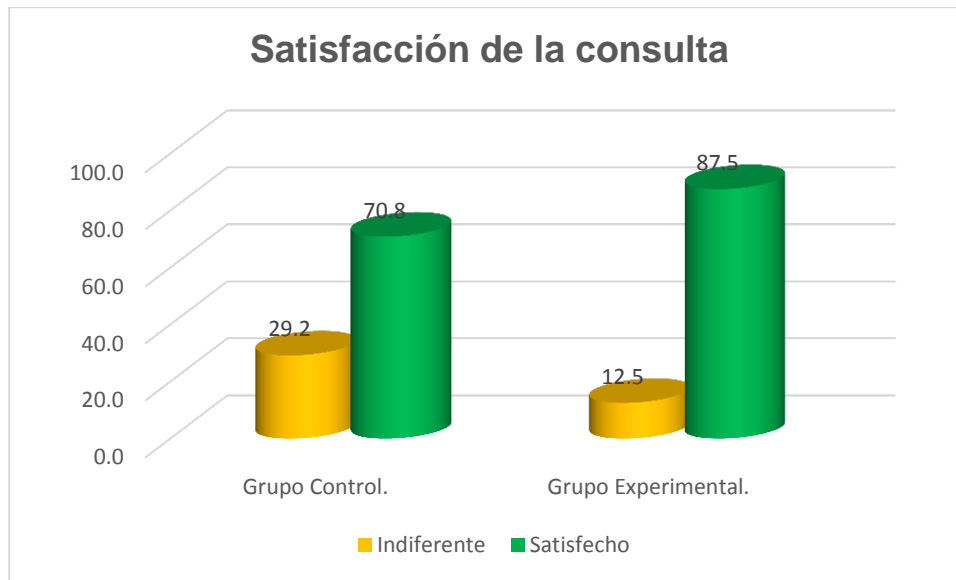
Interpretación:

Se puede observar en el grupo experimental, que 87.5% se encuentra satisfecho de la consulta, y el 12.5% se sintieron de manera indiferente frente a la satisfacción de la consulta.

Además se observa en el grupo control, que 70.8% se encuentra satisfecho de la consulta, y el 29.2% se sintieron de manera indiferente frente a la satisfacción de la consulta.

Datos que se reflejan en la siguiente figura.

Grafico N° 19 Satisfacción de la consulta



4.6. Tabla N° 20 Satisfacción del programa

Satisfacción de programa				
	Grupo Control.		Grupo Experimental.	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	6	25.0	1	4.2
Satisfecho	18	75.0	23	95.8
Total	24	100.0	24	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El 95.8% de los pacientes del grupo experimental se encuentra satisfecho, mientras que solo el 75% del grupo control se encuentra satisfecho con el programa, y solo el 4.2% de los pacientes del g. experimental se encuentra indiferente, y el 25% del grupo control se encuentra indiferente.

Los datos se muestran en la siguiente figura.

Grafico N° 20 Satisfacción del programa



TABLA N 21° IMPACTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

PARÁMETROS EVALUADOS		GRUPO INTERVENIDO		GRUPO CONTROL		P del GC Y GE al final del estudio	IMPACTO
		PRIMERA SESIÓN	ÚLTIMA SESIÓN	PRIMERA SESIÓN	ÚLTIMA SESIÓN		
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		0%	37.5%	0%	0%	P=0,0078	Significativo
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD		13%	75%	25%	21%	P=0,0089	Significativo
NIVEL DE SATISFACCIÓN	Dispensación	-----	62.5%	-----	37.5%		Significativo
	Consulta farmacéutica	-----	87.5%	-----	12.5%		Significativo
	Satisfacción general	-----	95.8%	-----	4.2%		Significativo

4. DISCUSION

En el presente estudio sobre el impacto de la implementación de un servicio de atención farmacéutica en pacientes con esquizofrenia, se evaluó el estado civil de los pacientes encontrándose que del total de pacientes la mayoría eran convivientes 37.5% seguido de 27.1% que son casados, 25% solteros, 8.3% divorciados y finalmente un 2.1% viudos.

Este resultado muestra que la mayoría de pacientes del estudio eran convivientes; en otro trabajo de investigación realizado con pacientes con problemas de salud mental, también reporta que el 30% de sus pacientes eran convivientes, coincidiendo estos resultados.

Las limitaciones que sufre una persona con esquizofrenia requieren del apoyo de la familia para que lo auxilien en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas (Hernández et al, 1999). Los individuos con padecimientos crónicos mencionan la dificultad de cumplir con las demandas en los hábitos alimenticios o de actividad física por la falta de apoyo de personas cercanas (Esparza, 1999). Estos estudios nos indican el valor positivo de la familia en el control de la enfermedad, la colaboración en el cumplimiento del régimen farmacoterapéutico, y la importancia en el desarrollo del estudio.

Con respecto al grado de instrucción se puede observar que, del total de pacientes del estudio, se pudo observar que la mayor frecuencia pertenecía a los pacientes sin estudios con un total de 22.9% seguido de 18.8% con primaria y primaria incompleta, 16.7% con secundaria, 14.65 secundaria incompleta y finalmente 8.3% con estudios superiores.

Al ser evaluado este parámetro, se observó que los grados de instrucción que preponderaron fueron: sin estudios, primaria y primaria incompleta, este resultado coincide con un estudio de Atención Farmacéutica realizado en pacientes con problemas mentales, en donde se muestra que el grado de instrucción bajo y medio preponderaron en dicho estudio (Castro, 2007); así también lo indica el trabajo realizado en farmacias comunitarias, que el mayor porcentaje de pacientes, curso el grado de instrucción medio (Álvarez, 2003).

Un grado de instrucción bajo puede ser un factor de riesgo importante en la aparición de complicaciones de la esquizofrenia, además la pobre escolaridad es un factor que limita algunas técnicas educativas, ya que a pesar de todos los avances en el tratamiento de la esquizofrenia, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de esta.

Con relación al género en el estudio el 64.6% fueron del sexo masculino y el 35.4% fueron del sexo femenino. De acuerdo a estudios de prevalencia de esta enfermedad se halla que en algunos casos, es el sexo masculino con mayor incidencia (Peretta, 1998).

Se evaluaron las edades de los pacientes obteniendo un resultado del total de pacientes que el 50% tenían edades entre 29 y 39 años de edad, seguido del 27.1% tenían edades entre 40 y 50 años de edad, mientras que el 18.8% tenían edades entre 18 y 28 años de edad. Y solo 6.3% de pacientes tenían edades entre 51 y 60 años. Luego del análisis de estudios similares encontramos que Pilco (2008) en su estudio "Atención Integral de la Enfermera en la Estabilización del Paciente Esquizofrénico y Participación de la Familia en la Unidad de Cuidados Iniciales" en Perú". Determinaron que la esquizofrenia tiene un inicio durante la adolescencia y comienzos de la edad adulta, siendo su aparición mayormente en varones entre los 15 y 24 años de edad, y el de las mujeres ocurre entre 25 y 35 años. Estos resultados indican que el rango de edad de pacientes que padecen esquizofrenia se encuentra dentro de los 15 a 35 años aproximadamente, como se demuestra en el presente trabajo de investigación, que también se observa un mayor porcentaje dentro de esta categoría de edad.

Para evaluar el grado de conocimiento de los pacientes intervenidos y controles, en relación a su tratamiento farmacológico se aplicó una encuesta en la primera y cuarta sesión del Programa de Atención Farmacéutica, los resultados que se observan al inicio del programa el nivel de conocimiento de los pacientes intervenidos y controles mayoritariamente fue malo. Al finalizar el estudio, se puede observar que los pacientes mejoraron su nivel de conocimiento.

Estos resultados son similares con lo reportado por Castro K. donde indica que, no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al comienzo del estudio. La

mayor parte de los pacientes tanto del grupo control como intervenido tenían nivel de conocimiento regular de su tratamiento farmacológico.

En relación al conocimiento del tratamiento farmacológico Álvarez indica en su estudio, que en el grupo intervenido se observó un aumento promedio de la nota de 0.3 puntos y en el grupo control se observó un aumento promedio de 0.03, aunque en ambos grupos existió un aumento en el conocimiento, como era de esperar este aumento fue más pronunciado en el grupo intervenido (Álvarez, 2003)

Los resultados encontrados en ambos estudios, pueden ayudar a mejorar el grado de cumplimiento de la terapia farmacológica, porque algunos autores han señalado; que al mejorar el grado de conocimiento de la medicación en los pacientes, se favorece el cumplimiento y se minimiza la aparición de PRM (Baena et al, 2005).

Algunos estudios han señalado que el nivel de escolaridad y el desconocimiento de la enfermedad son variables estadísticamente significativas para la falta de apego al tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas. Otro factor de riesgo que también se asocia al incumplimiento de las terapias farmacológicas es la falta de comprensión del paciente de las indicaciones médicas (Durán et al, 1999).

El nivel de conocimiento de la enfermedad en ambos grupos al inicio del estudio predominó el nivel de conocimiento regular. Cabe destacar que los pacientes del grupo intervenido, al finalizar el estudio aumentaron su nivel de conocimiento, a un nivel bueno y a un nivel excelente.

Resultados similares reportó un estudio realizado anteriormente, donde indica que hubo un claro aumento del conocimiento de la enfermedad en los pacientes intervenidos con 92%, en los controles este aumento fue solamente del 36%. Al realizar la comparación de la variación, se determinó que existían diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,0002$) entre ambos grupos (Castro, 2007).

En otro estudio realizado por Álvarez, se observó que en cuanto al conocimiento de la patología, hubo un aumento promedio de 6.2 puntos, el grupo control mostró un aumento

promedio de nota de 1.1 puntos. A pesar de que en ambos grupos se registró un aumento del conocimiento, claramente se acentuó en el grupo intervenido (Álvarez, 2003)

Según Malca y Risco, es necesario que el paciente obtenga conocimiento adecuado de manera que le permita llevar una vida parecida a la normal en todos los aspectos, porque la esquizofrenia puede controlarse, aun cuando no hay cura; este conocimiento debe comenzar en el momento del diagnóstico y continuar hasta que el paciente sea capaz de conservar un nivel óptimo de salud (Malca et al, 1994)

En relación a la satisfacción se encuestaron a todos los pacientes que participaron en el estudio, tanto los del grupo intervenido como los del grupo control. De la encuesta desarrollada se determinó que un 95.8% se centra exclusivamente en la satisfacción percibida por los pacientes del grupo intervenido en comparación a un 75.0% del grupo control.

Las altas puntuaciones asignadas por el grupo intervenido, sugieren el beneficio que obtienen los pacientes de la forma en que los medicamentos se dispensaban parecía suficiente ya que se entregaba el medicamento adecuado en la cantidad adecuada y con la información suficiente para su correcta administración.

En cuanto a la consulta farmacéutica, se puede observar que el 70.8% de pacientes del grupo control se sentían satisfechos en comparación a un 87.5% de pacientes del grupo intervenido que se sentían satisfechos y un 12.5% indiferentes, refiriendo que recibían toda la información que necesitaban y que el farmacéutico era útil para la recuperación de su estado de salud.

Es destacable el hecho de que el mayor porcentaje de satisfacción sean dadas por los pacientes del grupo intervenido esto debido probablemente al modelo de atención individualizada que se presta a estos pacientes en la atención farmacéutica, en general muchos de los pacientes manifestaron sentirse satisfechos y agradecidos con la atención brindada en el programa. El elevado porcentaje de satisfacción es un indicador favorable

del impacto que tuvo el programa implementado. Lo que se traduce en que la Atención farmacéutica ha logrado llegar a los pacientes de una efectiva y responsable.

Otro estudio sobre seguimiento farmacoterapéutico, señala que al realizar un test de satisfacción al grupo de pacientes que participaron en este estudio y al analizar estos resultados se determinó, que el seguimiento tuvo una buena aceptación por parte del paciente, ya que en su gran mayoría la información impartida fue clara y comprensiva, no causó problemas en su tratamiento, aportó beneficios a su salud y consideran necesaria la implantación de este sistema de atención al paciente (Berrones, 2010)

Un resultado similar es reportado en una tesis sobre Atención farmacéutica en pacientes pediátricos oncológicos, donde se determinó un 92.5% de satisfacción por parte de los padres y/o cuidadores, valorando al farmacéutico en un 95% como útil para la recuperación de la salud de sus hijos (Martínez, 2010)

Los resultados de medir la satisfacción con el nuevo programa implementado, así como en los estudios mencionados, demuestran que aún siendo alta la satisfacción, los pacientes que recibieron Atención farmacéutica valoran la calidad adicional en la prestación del nuevo servicio que se les brindó, en comparación al servicio tradicional existente en la farmacia.

5. CONCLUSIONES

1. Se implementó un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados.
2. Se evaluó el impacto del nivel de conocimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. Al realizar esta evaluación, se determinó que los pacientes intervenidos que inicialmente tenían un nivel de conocimiento malo, mejoraron su conocimiento a un nivel regular y bueno.
3. Se evaluó el impacto del nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. Evaluación que nos permitió determinar que, el nivel de conocimiento de mayor frecuencia en la primera sesión fue el regular, logrando mejorar a un nivel bueno al final del estudio.
4. Se determinó la frecuencia de los Problemas Relacionados con los Medicamentos en pacientes con esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica; detectándose un total de 76 PRM de los cuales se resolvieron 50 PRM.
5. Se evaluó el impacto del nivel de satisfacción en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. En el cuestionario desarrollado sobre dispensación se determinó que el 62.5% se centra exclusivamente en la satisfacción percibida por los pacientes del grupo intervenido; en cuanto a la consulta farmacéutica el 87.5% se sentían satisfechos. Así mismo se comprobó que el impacto sobre el nivel de satisfacción general de todo el proceso de Atención farmacéutica de los pacientes intervenidos fue de 95.8% satisfechos.

6. Los resultados expuestos en este trabajo para el grupo de pacientes con Atención farmacéutica, indican un cambio favorable en los diferentes parámetros evaluados, logrando un mejor control de la enfermedad; lo cual nos demuestra que la implementación del programa de Atención Farmacéutica, tuvo un impacto significativo en los pacientes con Esquizofrenia estabilizados, en relación a la mejora de los parámetros evaluados, comparado con aquellos que solo reciben tratamiento médico.

6. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Hospital de Salud Mental, se sugiere informar a todo el equipo la salud sobre la importancia del servicio de Atención Farmacéutica y el trabajo que realiza el Químico Farmacéutico dentro de ella.
2. A las autoridades de la Sociedad de Beneficencia Pública del Cusco, se sugiere contar con mayor recurso personal para la atención del programa y así poder brindar Atención Farmacéutica a la totalidad de pacientes que asisten a la farmacia de consultorios externos a adquirir sus medicamentos.
3. A las autoridades de la Carrera profesional de Farmacia y Bioquímica, se sugiere incluir en el plan de formación profesional el curso de Atención Farmacéutica, para de esta manera poder tener alumnos egresados con conocimientos básicos de este tema y así poder incluir el servicio de Atención Farmacéutica dentro de las actividades de los internos de farmacia, bajo la dirección del químico farmacéutico, responsable del servicio.

7. REFERENCIAS

1. Alvarado, D.J., Storto R., Paura A.C., Guía de pautas básicas en Atención Farmacéutica. Programa de Atención Farmacéutica de la provincia de Buenos Aires. Argentina. 2000.
2. Álvarez De Toledo, F., Bonal De Falgas, J., Cruz, E., Durán, J., Faus, M. J., Fité, B., Gorostiza, I., Machuca, M., De Marino Gómez-Sandoval, M.A., Navarro, G., Salar, L. Y Sanjurjo, M. "Consenso sobre Atención Farmacéutica". España. 2001.
3. Álvarez, M. Tesis: Evaluación del Impacto de un Programa de Atención Farmacéutica en Pacientes Hipertensos Atendidos en el Consultorio Externo del Servicio de Salud de Valdivia. Universidad Austral de Chile. Chile. 2005
4. Baena P.I., Calleja H.A., Martínez R.F.F, Faus D.M., De la Farmacia Clínica a la Atención Farmacéutica ¿Cambio o continuación? Grupo de investigación de Atención farmacéutica. Universidad de Granada. España 2000
5. Baena, M. I., Fajardo, P., Martínez-Olmos, J., Martínez-Martínez, F., et al. Cumplimiento, Conocimiento y Automedicación como Factores Asociados a los Resultados Clínicos Negativos de la Farmacoterapia. *Ars Pharm*, 46(4), 365-381. España. 2005
6. Barceló, A., Robles, S., White, F., Jadue, L. y Vega, J. Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile. *Rev. Panamericana Salud Pública*, 328-333. Chile. 2001
7. Berrónes Martínez M.B. Tesis: Implementación de un Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico Continuo en el Hospital de IESS Riobamba. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Ciencias. Ecuador. 2010

8. Cipolle R.J., Strand L.M., Morley P.C., *Prácticas de Atención Farmacéutica* McGrawHill. USA. 1998
9. Clopés, A, Bonal, J. *Intervención Farmacéutica. Farmacia Hospitalaria: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), España. 2002.*
10. De La Torre, R. *Atención Farmacéutica: Discurso Inaugural IV Simposium FACOAS. Rev. Pharmaceutical Care España; 1999.*
11. Delgado G. Carreño R. Barreto L. Hernández M.; *Atención Farmacéutica: Una propuesta metodológica de aprendizaje para la práctica de atención farmacéutica en farmacias de la comunidad. Lima- Perú. 2004*
12. *Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda Edición. 2010*
<http://www.rae.es/rae.html>
13. Durán, I., Martínez, F. Y Faús, M.J. *Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una farmacia comunitaria. Rev. Pharmaceutical Care España. 1999.*
14. Espejo F. *Educación mayor escolaridad mejor salud. Chile. 2005*
http://www.Equidadchile.cl/documentos/libro2005/3_educacion.pdf.
15. Faús, M. J. y Martínez, F. *La Atención Farmacéutica En Farmacia Comunitaria: Evolución De Conceptos, Necesidades De Formación, Modalidades y Estrategias Para Su Puesta En Marcha. Rev. Pharmaceutical Care España, 1999.*
16. Ferguson J., Fiagome Y., Hepler C., Huesmann G., Lars G.N.J., Yamamoto N., *El Papel Del Farmacéutico En El Sistema De Atención Farmacéutica En El Sistema De Salud. Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud. Tokio-Japón. 1993*
17. *Grupo De Investigación En Atención Farmacéutica. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharm; 43(3-4): 175-84. España. 2002*
18. Hepler, C. y Strand, L. *Oportunidades y responsabilidades en la Atención Farmacéutica. Rev. Pharmaceutical Care España, 1999.*
19. Herrera C.J., *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Elsevier, serie farmacia Actual. Madrid- España. 2003.*
20. Hernández, L.C. *Evaluación del Estilo de Vida. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. ALAPSA. Colombia. 1999*

21. Hernández M., Pelechano V. Calidad de Vida en enfermos crónicos. Universidad de la Laguna. España. 2009
<ftp://tesis.bbt.ull.es/ccssyhum/cs119.pdf>
22. Machuca M, Fernández Llimós F, Faus M.J. Grupo de investigación en atención farmacéutica. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Universidad de Granada-España. 2003
23. Martínez Flores, I.C. Tesis: Implantación de la Consulta de Atención Farmacéutica A Pacientes Externos En la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Postgrado. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. 2010
24. Ministerio del Trabajo. MINTRA. Causas Para el Abandono Laboral.
http://www.mintra.gob.pe/contenidos/discapacidad/estudio_diabetes_mellitus.pdf
25. Morales Sánchez V., Hernández Mendo A., Calidad y Satisfacción en los Servicios: Conceptualización. Departamento de Psicología, Antropología Social. Universidad de Málaga. España. 2004
<http://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm>
26. Oblitas L, Becoña E. Psicología de la salud. Plaza y Valdés. Mexico. 2000.
27. Organización Mundial de la Salud. OMS. El papel de farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Rev. Pharmaceutical Care* España. 1999.
28. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia Farmacéutica Internacional: El Papel del Hospital. OMS. 1996
29. Olaf Domínguez MS. Steven Chen D., Johnson K. A., Cervantes B. E., Melvin Baron. Implementación De Servicios De Atención Farmacéutica En Tres Centros Comunitarios De Salud De Los Ángeles. 1:19-25. Los Ángeles- USA .2006
30. Peretta M., Ciccía G. Reingeniería de la Práctica Farmacéutica. *Rev. Médica Panamericana*. Argentina. 1998.
31. Pfeiffer B.P., Carrillo D.R., Retamal M.R. Universidad Mayor. Facultad de Ciencias Silvoagropecuarias. Escuela de Medicina Veterinaria. Chile. 2008.
32. Quevedo V., Chía J., Rodríguez A., Midiendo el Impacto. Ministerio de Ciencia, Tecnología y Ambiente. La Habana. Cuba. 2006

33. Rawlins MD, JW Thompson. Patogénesis De Reacciones Adversas A Medicamentos. En Davies: DM, Libros De Texto De Reacciones Adversas A Medicamentos. Universidad de Oxford. Inglaterra. 1977
34. Sabater Hernández D., Silva Castro M.M., Faus Dáder M.J. Método Dáder. Guía De Seguimiento Farmacoterapéutico, 3da Edición. Granada- España. 2007

ANEXO N° 1

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: “IMPACTO DE LA IMPLENENTACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRTENIA ESTABILIZADOS, QUE ACUDEN POR CONSULTORIO EXTERNO AL HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO”

El objetivo del estudio es brindar a los pacientes un seguimiento por parte del farmacéutico para contribuir a obtener mejores resultados de los medicamentos que está tomando en apoyo al trabajo de médicos, enfermeras y demás personal que labora en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.

La participación en este estudio es voluntaria y totalmente gratuita y los datos recolectados serán del todo confidenciales, y se usarán sólo con fines científicos. Se cuenta con la autorización de la Dirección del hospital. El estudio consistirá en realizarle una entrevista a usted donde se evaluará los medicamentos que actualmente toma, y algunos síntomas que presente en el momento de la entrevista.

Si está de acuerdo en participar en la investigación propuesta, una vez que se le ha explicado el objetivo y los posibles beneficios, debe firmar como indicativo de su aprobación. Una vez aceptada la participación en el estudio, podríamos solicitarle la información clínica que creamos necesaria, pero usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento si así lo llega a considerar.

El Sr./Sra....., identificado con
DNI N°.....con domicilio en
manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación.

Tomando ello en consideración, acepto participar en este estudio.

Firma del participante

Firma del investigador

FUENTE: *Elabración propia*

ANEXO N° 2

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

FICHA DE CAPTACIÓN

PACIENTE CON ATENCION FARMACEUTICA SI NO

1. Identificación del paciente :

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: ____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____

Telf. / Cel: _____

Ocupación: _____

Grado de instrucción: _____

Sistema de Salud: _____

2. Historia Clínica:

Antecedentes Familiares de Esquizofrenia: _____

Enfermedades Asociadas: _____

Diagnóstico: _____ Alergias: _____

3. Datos Médicos:

Historia Clínica: _____

Último Control Médico: _____

Próximo control médico: _____

Frecuencia que acude al médico: _____

FUENTE: Universidad Austral de Chile. "ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA CARDIOVASCULAR DE ATENCIÓN PRIMARIA." - 2005

ANEXO N° 3

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

TARJETA DE ASISTENCIA

	<p>PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA</p> <p>ESQUIZOFRENIA</p> <p>ENTREVISTA FARMACEUTICA</p>
--	---

PACIENTE: _____ _____ DIRECCION: _____ _____ TELEFONO: _____ N° DE FICHA CLINICA: _____	SESION	FECHA	HORA
	1		
	2		
	3		
	4		

FUENTE: Elaboración propia

ANEXO N° 4

PACIENTE CON ATENCION FARMACEUTICA SI NO

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

PACIENTE: _____

N° DE HISTORIA: _____

DATOS DE CONTACTO:

DIRECCIÓN: _____

TELEFONO: _____

ANEXO N°5

PACIENTE CON ATENCION FARMACEUTICA SI NO

ENTREVISTA FARMACÉUTICA: *Problemas de Salud*

FECHA:

HOJA: /

<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Inicio:</i>	<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Final:</i>
<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Inicio:</i>	<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Final:</i>
<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Inicio:</i>	<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Final:</i>
<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Inicio:</i>	<i>PROBLEMA DE SALUD:</i>	<i>Final:</i>

ANEXO N° 06

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

PACIENTE CON ATENCION FARMACEUTICA SI NO

Nombre del Paciente:.....

I.- ¿Qué entienden por Esquizofrenia?

- 1.- Enfermedad del corazón
- 2.- Enfermedad del estómago
- 3.- Enfermedad mental

II.- ¿Cuáles son los síntomas más comunes de la Esquizofrenia?

- 1.- Náuseas y vómitos
- 2.- Dolor del estómago
- 3.- Alucinaciones auditivas, visuales, delirios de persecución

III.- ¿Qué cuidados debe tener un paciente con esquizofrenia?

- 1.- No comer mucho
- 2.- No ir a su cita con el Psiquiatra
- 3.- Tomar sus medicamentos y realizar terapia psicológica

IV.- ¿Cómo se puede controlar esta enfermedad?

- 1.- Sin tomar sus medicamentos
- 2.- Sin terapia Psicológica
- 3.- Tomando sus medicamentos

V.- ¿Se mejora una persona con Esquizofrenia?

- 1.- Si
- 2.- No se
- 3.- No, dura toda la vida

ANEXO N° 07

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO

PACIENTE CON ATENCION FARMACEUTICA SI NO

Nombre del

Paciente:.....

I.- CONOCE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO (4 ptos)

- 1.- No
- 2.- No recuerdo
- 3.- Si

II.- PARA QUE TOMA ESTOS MEDICAMENTOS (4 ptos)

- 1.- Para estar mal
- 2.- No recuerdo
- 3.- Para controlar mi enfermedad

III.- CUANDO DEBE TOMAR SUS MEDICAMENTOS (4 ptos)

- 1.- Cuando me recuerdo
- 2.- Solo cuando me pongo mal
- 3.- Todos los días como me indico el medico

IV.- POR CUANTO TIEMPO TOMARA SUS MEDICAMENTOS (4 ptos)

- 1.- Por una semana
- 2.- Por un mes
- 3.- Toda vida

V.- COMO DEBE CONSERVAR SUS MEDICAMENTOS (4 ptos)

- 1.- Bajo el sol
- 2.- En la humedad
- 3.- En un lugar seguro y fresco

ANEXO N° 08

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

ENCUESTA DEL NIVEL DE SATISFACCION DE LA DISPENSACION

Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad de la atención que se le ofrece desde la Consulta de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia. Para ello solicitamos su colaboración con esta encuesta, que será de gran utilidad para mejorar día a día.

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y ANÓNIMA

Por favor, marque la casilla que más se identifique con su opinión. Marque solo una casilla en cada enunciado.

Cuando se le atiende, el tiempo que se tarda habitualmente en realizar su dispensación le parece:

- Muy rápido (5) Rápido (4) Indiferente (3)
 Lento (2) Muy lento (1)

La cantidad de medicación que se le dispensa le parece:

- Muy adecuada (5) Adecuada (4) Indiferente (3)
 Inadecuada (2) Muy inadecuada (1)

Las condiciones de confidencialidad mientras se le dispensa su medicación son:

- Muy adecuadas (5) Adecuadas (4) Indiferente (3)
 Inadecuadas (2) Muy inadecuadas (1)

El modo en que se le entrega la medicación (bolsas,.....) le resulta:

Muy adecuado (5) Adecuado (4) Indiferente (3)

Inadecuado (2) Muy inadecuado (1)

FUENTE:** UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. **Implantación de la Consulta de Atención Farmacéutica A Pacientes Externos En la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica - 2010

ANEXO N° 09

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCION

Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad de la atención que se le ofrece desde la Consulta de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia. Para ello solicitamos su colaboración con esta encuesta, que será de gran utilidad para mejorar día a día.

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y ANÓNIMA

Por favor, marque la casilla que más se identifique con su opinión. Marque solo una casilla en cada enunciado.

1. Accesibilidad del farmacéutico/a:

- Muy accesible (5) Accesible (4) Indiferente (3)
 Poco accesible (2) Inaccesible (1)

2. Cortesía del trato:

- Muy competente (5) Agradable (4) Indiferente (3)
 Desagradable (2) Muy desagradable (1)

3. Competencia profesional:

- Muy agradable (5) Competente (4) Indiferente (3)
 Incompetente (2) Muy incompetente (1)

4. El farmacéutico/a me informa sobre el correcto uso de los medicamentos y me aclara todas las dudas acerca de las medicinas que tomo:

- Siempre (5) A menudo (4) Indiferente (3)
 Casi nunca (2) Nunca (1)

5. Recibo toda la información que necesito sobre mi tratamiento:

- Siempre (5) A menudo (4) Indiferente
(3)
- Casi nunca (2) Nunca (1)

6. Para mi estado de salud en líneas generales, el farmacéutico/a me resulta:

- Muy útil (5) Útil (4) Indiferente (3)
- Poco útil (2) Nada útil (1)

FUENTE: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. Implantación de la Consulta de Atención Farmacéutica A Pacientes Externos En la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica - 2010

ANEXO N° 10

HOSPITAL DE SALUD MENTAL SAN JUAN PABLO II DEL CUSCO
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE
ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

Estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad de la atención que se le ofrece desde la Consulta de Atención Farmacéutica del Servicio de Farmacia. Para ello solicitamos su colaboración con esta encuesta, que será de gran utilidad para mejorar día a día.

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y ANÓNIMA

Por favor, marque la casilla que más se identifique con su opinión. Marque solo una casilla en cada enunciado.

De forma global, indique su GRADO DE SATISFACCION con la consulta de Farmacia (GLOBAL).

- Muy Satisfecho/a (5) Satisfecho (4) Indiferente
(3)
 Insatisfecho/a (2) Muy insatisfecho/a (1)

Finalmente, indíquenos cualquier comentario o sugerencia que pueda repercutir en la mejora de su satisfacción respecto a la Consulta de Farmacia:

FUENTE: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. *Implantación de la Consulta de Atención Farmacéutica A Pacientes Externos En la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica - 2010*


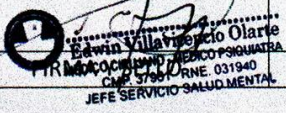
ANEXO N° 11 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

INFORME DE VALIDACION RESPECTO A INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

"Impacto de la Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco"

Apellidos y Nombres del experto: Dr Edwin Villavicencio Olarte
 Institución donde labora: Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II
 Instrumento motivo de evaluación: Encuesta sobre nivel de conocimiento de la enfermedad
 Autora del Instrumento: Br. Aneli Mendoza Villanueva
 Calificación: MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3)
 BUENA (4) EXCELENTE (5)

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.- ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4.- ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				X	
5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				X	
6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?				X	
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

Edwin Villavicencio Olarte		
NOMBRES Y APELLIDOS	 Edwin Villavicencio Olarte MÉDICO PSQUIATRA C.M.P. 3796 D.R.N.E. 031940 JEFE SERVICIO SALUD MENTAL	FECHA

INFORME DE VALIDACION RESPECTO A INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

"Impacto de la Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco"

Apellidos y Nombres del experto: *Dr Edwin Villavicencio Olarte*
 Institución donde labora: *Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II*
 Instrumento motivo de evaluación: *Encuesta sobre nivel de conocimiento del tratamiento*
 Autora del Instrumento: *Br. Aneli Mendoza Villanueva*
 Calificación: MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3)
 BUENA (4) EXCELENTE (5)

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1.- ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2.- ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3.- ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?				X	
4.- ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				X	
5.- ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				X	
6.- ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7.- ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8.- ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9.- ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?				X	
10.- ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

<i>Edwin Villavicencio Olarte</i>		
NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA

ANEXO N°12
Matriz de consistencia

Impacto de la Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES														
<p>Problema general: ¿Cuál será el impacto que tendrá la implementación de un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco?</p>	<p>Objetivo general: Evaluar el impacto de la implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco • Evaluar el impacto del nivel de conocimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. • Evaluar el impacto del nivel de conocimiento de la enfermedad en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. • Determinar la frecuencia de los Problemas Relacionados con los Medicamentos en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. • Evaluar el impacto del nivel de satisfacción en pacientes con Esquizofrenia estabilizados del programa de Atención Farmacéutica. 	<p>Hipótesis general: La implementación de un programa de Atención Farmacéutica tiene un impacto significativo en pacientes con Esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="975 618 1094 723">TIPO</th> <th data-bbox="1094 618 1289 723">VARIABLE</th> <th data-bbox="1289 618 1497 723">INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="975 723 1094 815">Independiente</td> <td data-bbox="1094 723 1289 815">Atención Farmacéutica</td> <td data-bbox="1289 723 1497 815"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="975 815 1094 1373">Dependiente</td> <td data-bbox="1094 815 1289 1373">Impacto de la Implementación</td> <td data-bbox="1289 815 1497 1373"> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimiento del tratamiento • Nivel de conocimiento de la enfermedad • Nivel satisfacción </td> </tr> <tr> <td data-bbox="975 1373 1094 1503">Intervinientes</td> <td data-bbox="1094 1373 1289 1503">Sexo Edad Grado de instrucción Estado Civil</td> <td data-bbox="1289 1373 1497 1503"></td> </tr> </tbody> </table>			TIPO	VARIABLE	INDICADORES	Independiente	Atención Farmacéutica		Dependiente	Impacto de la Implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimiento del tratamiento • Nivel de conocimiento de la enfermedad • Nivel satisfacción 	Intervinientes	Sexo Edad Grado de instrucción Estado Civil	
TIPO	VARIABLE	INDICADORES															
Independiente	Atención Farmacéutica																
Dependiente	Impacto de la Implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimiento del tratamiento • Nivel de conocimiento de la enfermedad • Nivel satisfacción 															
Intervinientes	Sexo Edad Grado de instrucción Estado Civil																

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO: Cuantitativa Longitudinal</p> <p>DISEÑO: Cuasiexperimental</p>	<p>POBLACIÓN: Se realizó la Atención Farmacéutica a los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, del servicio de consultorio externo de Psiquiatría, que acudían a adquirir sus medicamentos a la farmacia del Hospital de Salud Mental del Cusco, captados durante el mes de Abril, que fue un total de 80 pacientes.</p> <p>MUESTRA: La selección de la muestra se realizó con los pacientes esquizofrenicos que se captaron durante el mes de abril, de los cuales 20 fueron separados, por ser pacientes que acudían por única vez. De los 60 pacientes restantes, 8 fueron separados por criterios de exclusión; quedando un total de 52 pacientes, los cuales fueron distribuidos al azar en dos grupos: un grupo control y un grupo intervenido, de 26 pacientes cada uno. De este grupo de pacientes 3 abandonaron el estudio. Se finalizó el estudio con un total de 48 pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, 24 en el grupo control y 24 en grupo de intervención.</p>	<p>Variable 1: Nivel de conocimiento del tratamiento Técnica: Encuesta Instrumento: cuestionario Monitoreo: Validación por juicio de expertos. Ámbito: Docentes Forma de administración: Individual.</p> <p>Variable 2: Nivel de conocimiento de la enfermedad Técnica: Encuesta Instrumento: cuestionario Año: 2018 Monitoreo: Validación por juicio de expertos. Ámbito: Docentes Forma de administración: Individual.</p> <p>Variable 2: Nivel satisfacción Técnica: Encuesta Instrumento: cuestionario Año: 2018 Monitoreo: Validación por juicio de expertos. Ámbito: Docentes Forma de administración: Individual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Malo • Regular • Bueno <ul style="list-style-type: none"> • Malo • Regular • Bueno <ul style="list-style-type: none"> • Muy insatisfecho • Insatisfecho • Indiferente • Satisfecho • Muy satisfecho

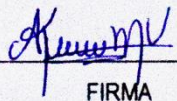


ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Yo Keny Aneli Mendoza Villanueva, identificado con DNI N° 42947274 egresada del Programa Académico de Maestría en gestión de servicios de salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , no autorizamos () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "Impacto de la Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del Cusco"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:


FIRMA

DNI: 42947274



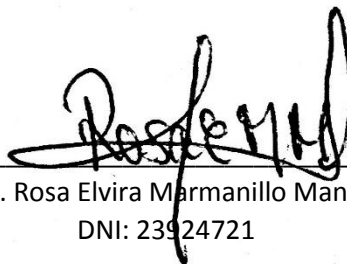
Trujillo 15 de Julio del 2018

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD
DE LOS TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV

Yo, Dra. ROSA ELVIRA MARMANILLO MANGA docente del Área de Investigación de la Escuela de Posgrado – Trujillo; y revisor del trabajo académico titulado: **“Impacto de la Implementación de un programa de atención farmacéutica en pacientes con esquizofrenia estabilizados atendidos por consultorio externo en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II del cusco”** de la estudiante MENDOZA VILLANUEVA KENY ANELI , he constatado por medio del uso de la herramienta **turnitin** lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 24% verificable en el **Reporte de Originalidad** del programa turinitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la **Universidad César Vallejo**.

Cusco, 14 de Julio del 2018



Dra. Rosa Elvira Marmanillo Manga
DNI: 23924721