



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS
DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN LA
EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO -
HIDEYO NOGUCHI”, JULIO 2022 A JUNIO 2024.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED
FACTORS OF FREQUENT EMERGENCY DEPARTMENT
PATIENTS IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY
DEPARTMENT OF INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
MENTAL “HONORIO DELGADO- HIDEYO NOGUCHI”,
JULY 2022 TO JUNE 2024.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
PSIQUIATRÍA

AUTOR

CARMEN PATRICIA CHAYÑA GOMEZ

ASESOR

SANTIAGO MARTIN STUCCHI PORTOCARRERO

LIMA – PERÚ
2024

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS DE
PACIENTES HIPERFRECUMENTADORES EN LA EMERGENCIA
PSIQUIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI", JULIO 2022 A
JUNIO 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Angela Podestá, Jeff Huarcaya-Victoria. "Clinical characteristics in patients treated at an emergency psychiatry unit in a general hospital in Peru", Anales de la Facultad de Medicina, 2023 Publicación	2%
2	Submitted to consultoriadeserviciosformativos Trabajo del estudiante	2%
3	www.theibfr.com Fuente de Internet	1%
4	psiquiatria.com Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de Burgos UBUCEV Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%

1. RESUMEN

La atención de emergencias psiquiátricas ha experimentado un aumento significativo en los últimos años. Este incremento en la demanda ha llevado a una hiperfrecuentación de estos servicios por parte de algunos pacientes, lo que genera problemas adicionales en la salud pública.

El presente es un estudio descriptivo, relacional y transversal, que tiene como objetivo identificar las características clínicas y los factores asociados a la hiperfrecuentación en la emergencia psiquiátrica del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. La población incluye a todos los pacientes mayores de 18 años que visitaron la emergencia psiquiátrica entre julio 2022 y junio 2024. Se calculó la muestra de 370 pacientes, considerando un margen de error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %. De estos pacientes se recolectarán los datos sociodemográficos, clínicos y de uso del servicio, mediante la revisión de registros de MentalCom e historias clínicas físicas; los datos obtenidos serán analizados con métodos estadísticos descriptivos e inferenciales. El propósito de este estudio es proporcionar información crucial para mejorar la gestión y atención de los hiperfrecuentadores en emergencias psiquiátricas, para contribuir al desarrollo de estrategias más efectivas.

PALABRAS CLAVE: emergencia psiquiátrica, características clínicas, diagnósticos psiquiátricos.

2. INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 a 20 años, la emergencia psiquiátrica ha avanzado significativamente en la especialización y enfoque centrado en el paciente (1). También en estos años se ha observado un aumento significativo en las atenciones en los servicios de urgencias psiquiátricas. Por ejemplo, en EE.UU., desde la década de 1970, se ha observado un aumento sostenido en el uso de los servicios de urgencias. Para el año 2004, se registraron 4.3 millones de consultas psiquiátricas en urgencias, lo que representó el 5.4% del total de visitas (2). De manera similar, en Inglaterra, durante 2013/2014, el 4.2% de las visitas a urgencias se debieron a problemas de salud mental (3).

Estudios recientes respaldan aún más esta tendencia. Un estudio de 2017 en un hospital general encontró que aproximadamente el 5% de las consultas en los servicios de urgencias son por causas psiquiátricas (4). Este aumento en la demanda de atención psiquiátrica se ha visto impulsado por la comorbilidad con otros problemas de salud y la insuficiencia de recursos comunitarios, lo que incrementa la frecuencia de visitas a emergencias.

En el 2023 la OPS emitió un informe según el cual las enfermedades neuropsiquiátricas y los trastornos mentales y del comportamiento han sido la principal causa de morbilidad en los últimos 20 años. Estos trastornos generan una gran discapacidad, y afectan principalmente a la juventud y la edad adulta, con problemas como la ansiedad, la depresión, las autolesiones y el trastorno somatomorfo, que constituyen el 38% de los casos. Además, los dolores de cabeza (23%), los trastornos por consumo de sustancias (16%, con un 10% debido al alcohol) y trastornos más graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (10%)

son también preocupaciones significativas. En las personas adultas mayores, los trastornos neurocognitivos, como la enfermedad de Alzheimer, son la causa principal de carga de enfermedad, al afectar a una parte sustancial de esta población (entre el 50% y el 70%) (5). Algunos estudios señalan que durante los primeros meses de la pandemia COVID- 19, se observó una ligera disminución en las visitas a urgencias psiquiátricas, y se notó un aumento significativo en la gravedad de los casos presentados, aunque esta situación se estabilizó luego de un año (6).

La OMS destaca que la pandemia de COVID-19 ha tenido impactos muy negativos en la salud mental a nivel poblacional, exacerbados por la interrupción significativa de los servicios de salud mental. Se critica el hecho de que la falta de priorización de la salud mental antes de la pandemia ha llevado a una incapacidad para responder adecuadamente a las crecientes necesidades actuales en este ámbito (7).

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) reportó que las atenciones en emergencias psiquiátricas se vienen incrementando. De las 15329 atenciones brindadas en el año 2022 se aumentó a un total de 17806 en el 2023, y en lo que va del 2024 se ha alcanzado ya las 8810 atenciones; por lo tanto, el aumento porcentual en el número de atenciones del año 2022 al año 2023 es aproximadamente del 16.16% (8).

La definición de emergencia es una situación de inicio rápido y brusco que representa un riesgo vital para la persona, por lo que necesita atención médica inmediata, que debe darse en minutos. La definición de urgencia es una situación de inicio rápido y no brusco, que necesita atención médica rápida, aunque se puede dar en horas; en otras palabras, situaciones que en un inicio no representan un riesgo vital inmediato, pero pueden llegar a convertirse en graves (por ejemplo,

neumonía); también se considera a situaciones en las cuales es necesario un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico (por ejemplo, tuberculosis). Sin embargo, es común que a las emergencias también se les denomine urgencias (9).

La definición de una urgencia o emergencia psiquiátrica se distingue de las médicas quirúrgicas porque, en las psiquiátricas, se consideran los sentimientos y la personalidad del paciente. Según Cruzado (2022), una definición comúnmente aceptada de emergencia psiquiátrica es: “alteración aguda del pensamiento, estado del ánimo, conducta o interacción social en que se requiere atención médica inmediata por el paciente, su familia o su entorno comunitario”; esto quiere decir que la definición de emergencia es dada por el paciente o su entorno. Las causas de las emergencias psiquiátricas pueden ser biológicas, psicológicas, sociales o culturales (10).

Según la Ley General de Salud Mental del Perú, la atención de emergencias psiquiátricas debe ser sin estigmatización, dentro del modelo de atención comunitaria y respetando los derechos humanos y el enfoque de recuperación. Se prioriza la atención a niños, adolescentes, personas vulnerables y víctimas de violencia, asegurando cuidados interdisciplinarios y estrategias para manejar conflictos (11).

Los objetivos de la atención en una urgencia psiquiátrica son resolver la necesidad inmediata, identificar el factor desencadenante, prevenir recaídas y conectar al paciente y su familia con el equipo de salud que continuará la atención (4).

Por lo general, todas las visitas a los servicios de urgencias son consideradas esenciales, y un paciente hiperfrecuentador es aquel que percibe esta necesidad de asistencia de manera muy frecuente. Desde una perspectiva puramente semántica, se podría describir al hiperfrecuentador como alguien que acude al lugar con una frecuencia excesiva, por encima de lo que se considera habitual (12). Desde un punto de vista operativo, no existe un consenso universal sobre cuántas visitas constituyen hiperfrecuentación. Algunos autores sugieren un número fijo de visitas en un año (entre 3 y 12), aunque esta cifra varía según el estudio y el contexto (12-15). Otros prefieren un enfoque estadístico, utilizando percentiles para establecer un umbral basado en el número de visitas que superan cierto límite en comparación con el resto de los pacientes (12). Por ejemplo, Hauswaldt y sus colaboradores proponen diferentes puntos de corte, como estar en el 3% o 10% de los pacientes con más consultas, basándose en percentiles (13). Este enfoque permite adaptar la definición de hiperfrecuentación a las características específicas de cada población o servicio de salud (12).

La hiperfrecuentación en los servicios de urgencias está influenciada por varios factores, como la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de urgencias hospitalarios, la promoción y la disponibilidad de hospitales en el sistema sanitario, las condiciones de salud previas del paciente y su nivel socioeconómico y cultural (12).

Las consecuencias de la hiperfrecuentación son significativas. Un estudio de revisión canadiense describe su impacto en diversos aspectos, como el hacinamiento, la prolongación de las estancias hospitalarias, tiempos de espera más

largos para el tratamiento, mayor insatisfacción de los pacientes y costos de atención médica más elevados (14). También puede llevar a un control inadecuado de la patología de base del paciente y al agotamiento del personal sanitario (16).

Por tratarse de un problema que tiene una gran incidencia en el sistema público de salud (17), ha sido ampliamente estudiado en la atención primaria, en donde se ha visto que tan solo un 5-10% de los pacientes consumen el 30% de los recursos. Estos pacientes suelen tener patologías crónicas, entre las que destacan los trastornos psiquiátricos, como la depresión, ansiedad y somatización (16).

En nuestro estudio usaremos una definición según dos criterios: cuatro o más visitas al servicio de urgencias en los últimos 12 meses (incluyendo la visita índice), o tres o más visitas en cualquier ventana de dos meses durante el periodo de estudio (14).

En nuestro país no hay investigaciones documentadas hasta ahora que hayan analizado en detalle las características, ni los factores asociados de los pacientes hiperfrecuentadores que utilizan los servicios de emergencia psiquiátrica. Esta carencia de información dificulta la capacidad de los profesionales de la salud mental para entender completamente quiénes son estos pacientes, qué factores contribuyen a su frecuentación y cómo se pueden mejorar los servicios para atender sus necesidades de manera más efectiva. Es crucial primero identificar y comprender sus características y necesidades. Esto implica recopilar datos detallados sobre estos pacientes, incluyendo aspectos demográficos (edad, género, nivel socioeconómico, etc.) y clínicos (diagnósticos, tratamientos previos, historial de hospitalizaciones, etc.) (12).

En un estudio cohorte realizado en Estados Unidos con adultos que presentaban trastornos psiquiátricos y que acudían de forma frecuente al servicio de urgencias, se identificaron los factores asociados con este patrón, como el bajo estatus socioeconómico, no tener seguro público y tener una comorbilidad física. Las condiciones de salud mental y abuso de sustancias también han sido reconocidas como factores de riesgo clave para el uso frecuente de los servicios de emergencia psiquiátrica. Estas variables se identificaron como relevantes para el uso de servicios de urgencias (14).

En un estudio realizado en Canadá, se compararon los factores que predicen el uso frecuente de urgencias psiquiátricas entre los usuarios recurrentes que acudieron durante dos o tres años consecutivos y aquellos que solo lo hicieron durante un año. Se encontró que los usuarios recurrentes durante tres años tenían problemas de salud y sociales más complejos que los usuarios de un solo año. Sin embargo, estos últimos no difieren mucho de los usuarios recurrentes de dos años, excepto en la presencia de más trastornos de personalidad. Los usuarios recurrentes de tres años también presentaban más trastornos de ansiedad, problemas relacionados con el alcohol o las drogas, enfermedades físicas crónicas, comportamientos suicidas y problemas de violencia o sociales (15).

Es crucial llevar a cabo un estudio en Perú para obtener datos precisos sobre las características clínicas y factores asociados de los pacientes hiperfrecuentadores en la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”. Esto permitirá optimizar la atención de estos pacientes y contribuir a políticas y prácticas clínicas de salud

mental más efectivas, mejorando así los resultados de salud y la eficiencia del sistema hospitalario.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los factores de uso del servicio de emergencia psiquiátrica en los pacientes hiperfrecuentadores del INSM “HD-HN”, incluyendo la frecuencia de visitas y los motivos de consulta, durante el período de julio de 2022 a junio de 2024.

Objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de hiperfrecuentación en la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”, durante el periodo de julio de 2022 a junio 2024.
- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hiperfrecuentadores en la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”, incluyendo edad, sexo, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, durante el período de julio de 2022 a junio de 2024.
- Describir las características clínicas de los pacientes hiperfrecuentadores en la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”, incluyendo diagnósticos psiquiátricos, comorbilidades físicas, historia de tratamientos previos y adherencia al tratamiento, durante el período de julio de 2022 a junio de 2024.
- Evaluar la influencia de factores externos, como la disponibilidad de servicios ambulatorios y las redes de apoyo social, en la hiperfrecuentación de los pacientes en la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”, durante el periodo de julio 2022 a junio 2024.

- Explorar las relaciones entre las características clínicas (diagnósticos psiquiátricos, comorbilidades, historia de tratamiento, adherencia al tratamiento) y los otros factores (sociodemográficos, frecuencia de visita a emergencia, motivo de consulta, disponibilidad de servicios ambulatorios, redes de apoyo) con el patrón de hiperfrecuentación en los pacientes del INSM “HD-HN”.
- Determinar si las variables sociodemográficas son factores de riesgo significativos para el reingreso a la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio:

Analítico observacional, de tipo transversal retrospectivo.

b) Población:

La población de estudio estará compuesta por todos los pacientes que han sido atendidos en la emergencia psiquiátrica del INSM “HD-HN”, desde julio de 2022 hasta junio de 2024. La población total se estima en 9,745 pacientes, según datos obtenidos del sistema web MentalCom del INSM “HD-HN”.

Criterios de inclusión:

- Haber acudido a la emergencia psiquiátrica dentro del periodo de estudio, julio 2022 a junio 2024.
- Deberán tener un diagnóstico de trastorno mental según la CIE10 y/o DSM 5.

Criterios de exclusión:

- Se excluirá a todos los pacientes menores de 18 años.

c) Muestra:

El tamaño de la muestra es de 370 pacientes, según una fórmula de corrección para población finita (ANEXO A). Esto asegura que los resultados sean estadísticamente significativos y generalizables.

La muestra se seleccionará mediante muestreo aleatorio simple. Se creará una lista de pacientes que cumplan los criterios de inclusión y se utilizará STATA para seleccionar aleatoriamente a 370 pacientes.

d) Definición operacional de variables:

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categoría
Variables sociodemográficas				
Edad	La edad cronológica del paciente en años completos en el momento del estudio.	Numérica	De razón	En años
Sexo	La clasificación del paciente como masculino o femenino, basado en características biológicas.	Categórica	Nominal	Masculino Femenino
Estado civil	La condición civil del paciente.	Categórica	Nominal	Soltero Conviviente Casado Divorciado Viudo
Nivel educativo o instrucción	Nivel de estudios concluidos por el paciente en estudio al momento de la recolección de información	Categórica	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior universitario Superior no universitario
Nivel socioeconómico	Se define según la ocupación laboral principal del paciente.	Categórica	Ordinal	Trabaja Desempleado Estudiante Jubilado

Variables clínicas				
Diagnósticos clínicos	Se refiere a la clasificación específica de los trastornos mentales que han sido diagnosticados en los pacientes hiperfrecuentadores de la emergencia psiquiátrica del INSM HD HN.	Categórica	Nominal	Trastornos psicóticos Trastorno del estado del ánimo Trastorno de ansiedad Trastorno relacionado con el estrés Trastornos de personalidad Trastorno por consumo de sustancias Otros trastornos mentales
Comorbilidades físicas	Se refieren a la presencia de enfermedades o condiciones médicas adicionales a los diagnósticos psiquiátricos.	Categórica	Nominal	Sí No
Historia previa de tratamiento psiquiátrico	Registro en las historias clínicas de cualquier tratamiento psiquiátrico documentado que haya recibido el paciente antes del período de estudio, independientemente de la frecuencia o duración.	Categórica	Nominal	0: Sin historial de tratamientos previos documentados en las historias clínicas 1: Con historial de tratamientos previos documentados en las historias clínicas.
Adherencia al tratamiento	Será medida a través de la revisión de las historias clínicas, considerando la toma regular de medicamentos y la asistencia a citas programadas.	Categórica	Ordinal	Toma regular de medicación: -Totalmente: todos los días de la semana y sigue las indicaciones -Parcialmente: algunos días de la semana, pero no todas las indicaciones

				<p>-Nulo: no toma medicación y no sigue indicación -Se queda sin medicación</p> <p>Asistencia a citas programadas -Alta (asiste a más del 75% de las citas programadas). - Moderada (asiste entre el 50% y el 75% de las citas programadas). - Baja (asiste a menos del 50% de las citas programadas).</p>
Variables de uso del servicio de emergencia				
Hiperfrecuencia de visitas a emergencia psiquiátrica	Situación en la que un paciente acude al servicio de emergencia psiquiátrica 4 o más veces en un año, o 3 o más veces en cualquier ventana de dos meses	Categórica	Nominal	Sí No
Motivos de consulta en emergencia psiquiátrica	Razones específicas por las cuales un paciente acude a la emergencia psiquiátrica.	Categórica	Nominal	Crisis de ansiedad Ideación suicida Agresividad Síntomas psicóticos Agitación psicomotriz Efectos adversos medicamentosos Control Otros

Variables externas o contextuales				
Disponibilidad de servicios ambulatorios	La disponibilidad de servicios ambulatorios se medirá mediante la revisión de las historias clínicas para identificar si el paciente tiene acceso a servicios ambulatorios, con un enfoque particular en las evaluaciones psiquiátricas.	Categórica	Nominal	Disponibilidad de servicios ambulatorios: -Sí: acceso a evaluaciones psiquiátricas ambulatorias - No: no tiene acceso a evaluaciones psiquiátricas ambulatorias. -No aplicable: no se puede determinar
Accesibilidad a los servicios ambulatorios	La facilidad con la que los pacientes pueden acceder a la atención médica en el ámbito ambulatorio.	Categórica	Ordinal	-Alta: fácil acceso a evaluaciones psiquiátricas (p. ej., distancia corta, corto tiempo de espera) -Moderada: acceso razonable a evaluaciones psiquiátricas (p. ej., distancia moderada, tiempo de espera razonable). -Baja: acceso limitado a evaluaciones psiquiátricas (p. ej., distancia larga, largo tiempo de espera).
Presencia de acompañante	Presencia y tipo de acompañamiento o soporte que el paciente recibe de familiares, amigos u otras personas durante su visita a la emergencia psiquiátrica.	Categórica	Nominal	Sí No

Tipo de acompañante	Es la categoría de persona que acompaña al paciente durante su visita a los servicios de emergencia psiquiátrica	Catógica	Nominal	Familiar Amigo Otro (por ejemplo, trabajador social, voluntario)
Frecuencia de acompañamiento	Se refiere al número de veces que un paciente es acompañado por una persona durante sus visitas a los servicios de emergencia psiquiátrica	Catógica	Ordinal	1: Siempre (en todas las visitas a la emergencia) 2: A menudo (en más de la mitad de las visitas a la emergencia) 3: A veces (en algunas visitas a la emergencia) 4: Rara vez (en menos de la mitad de las visitas a la emergencia) 5: Nunca (en ninguna visita a la emergencia)

e) Procedimientos y técnicas:

En la fase preparativa se realiza una revisión de la literatura en bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Scopus, Google Scholar, libros y tesis publicadas asociados al tema para fundamentar el marco teórico y conceptual. Además, se diseña una ficha de recolección de datos (ANEXO B) que corresponde a la técnica de observación documental. Previa aprobación, permiso de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para realizar la investigación, se procederá a obtener la autorización del INSM “HD HN”, para acceder a los registros médicos del sistema web MentalCom y a las historias clínicas físicas de los 370 pacientes seleccionados. Para el análisis de datos recolectados se utilizará los softwares estadísticos STATA y POWER BI. Es importante considerar las limitaciones inherentes a los datos de historias clínicas, como posibles inconsistencias en el registro de información. Estas limitaciones serán evaluadas críticamente y discutidas en la sección correspondiente del estudio, para contextualizar adecuadamente los hallazgos.

f) Aspectos éticos del estudio:

Para proteger la privacidad y la confidencialidad de los datos de los participantes, se implementarán diversas medidas. Los 370 pacientes seleccionados serán anonimizados de inmediato mediante códigos únicos, como U001, U002, etc, diseñando una base de datos en la cual solo el investigador tendrá acceso a la clave de codificación.

Los archivos que contienen información confidencial, así como los archivos de STATA y POWER BI, serán protegidos mediante encriptación con herramientas

como VeraCrypt para carpetas y archivos individuales. El acceso a estos archivos estará restringido a el investigador, quien tendrá un usuario y contraseña únicos.

El estudio será revisado por los comités de ética de la universidad y del INSM “HD-HN”.

g) Plan de análisis:

La información se recolectará mediante fichas de recolección de datos y se organizará en una base de datos de Excel.

Los métodos y pruebas estadísticas que se utilizarán son:

Estadísticas descriptivas: se calcularán medidas de tendencia central (como la media y mediana) y dispersión (desviación estándar) para las variables numéricas. Las variables categóricas se presentarán en frecuencias y porcentajes. Los resultados se mostrarán de la siguiente forma: tablas de frecuencia y gráficos de barras para las variables categóricas, e histogramas y gráficos de dispersión para variables continuas que permiten explorar posibles relaciones entre variables.

Análisis bivariado: comparará las diferencias entre los pacientes hiperfrecuentadores y los no hiperfrecuentadores. Se usará la prueba t de Student para las variables numéricas entre ambos grupos, y la prueba Chi – cuadrado para analizar las variables categóricas y entre asociaciones. Los resultados se presentarán en tablas comparativas y gráficos que visualicen las diferencias entre los grupos.

Análisis inferencial: se realizará regresión logística para identificar los factores relacionados con la hiperfrecuentación. Se calcularán los Odds Ratios (OR) para evaluar la fuerza de las asociaciones. Un OR mayor a 1 indicará un mayor riesgo

de hiperfrecuentación. Se considerará significativa cualquier asociación con un valor $p < 0.05$. Se presentarán intervalos de confianza de 95% para los OR y otros estimadores, proporcionando una medida de precisión de las estimaciones.

Las dimensiones y datos a recolectar son:

Dimensiones clínicas: se recogerán datos sobre el diagnóstico psiquiátrico, comorbilidades físicas, historia previa de tratamiento psiquiátrico y adherencia al tratamiento, para evaluar la carga clínica y los patrones asociados con la hiperfrecuentación.

Dimensiones sociodemográficas: se recopilarán datos sobre la edad, el género, el estado civil, nivel educativo y nivel socioeconómico para analizar su influencia en la frecuencia de visitas a la emergencia.

Dimensiones de uso del servicio de emergencia: se documentará la frecuencia de visitas y los motivos de consulta para estudiar los patrones de hiperfrecuentación.

Dimensión contextual o externa: se recopilará información sobre la disponibilidad y la accesibilidad a servicios ambulatorios, y el apoyo social disponible. Esta información es crucial para comprender el contexto en el que viven los pacientes y las barreras externa que enfrentan.

La ficha de recolección de datos será el principal instrumento, y la información provendrá de las historias clínicas y los registros médicos de MentalCom.

5. Referencias bibliográficas:

1. Podestá A, Huarcaya-Victoria J. Características clínicas en pacientes atendidos en una unidad de psiquiatría de emergencia en un hospital general de Perú. *An Fac med.* 2023;84(4):399-409. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v84n4/1025-5583-afm-84-04-399.pdf>
2. Uribe M. Urgencias en psiquiatría. En: Fuente J, Heinze G, editores. *Salud mental y medicina psicológica*, 3ra ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=187436614>

3. Baracaia S, McNulty D, Baldwin S, Mytton J, Evison F, Raine R, et al. Mental health in hospital emergency departments: cross-sectional analysis of attendances in England 2013/2014. *Emerg Med J.* 2020 Dec;37(12):744-751. Disponible en: <https://emj.bmj.com/content/37/12/744>
4. Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Rev Med Clin Condes.* 2017;28(6):914-922. Disponible en: <https://doaj.org/article/f75310f45aa940c9b4b64953116e2ef5>
5. Organización Panamericana de la Salud. Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio. Lima: OPS; 2023 Report No.:OPS/PER/23-0004. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312>
6. Moya-Diago ML, Pascual-Vera B, Saiz-Arnedo I, Carrió C. Urgencias psiquiátricas en la COVID-19: un estudio observacional durante 2019-2021. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2023;43(143):73-88. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000100005
7. Tausch A, Oliveira e Souza R, Martínez Viciano C, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJM. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Health Am.* 2022; 5:100118. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00114-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00114-9/fulltext)
8. Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”). Incremento en atenciones de emergencias psiquiátricas según datos internos. Lima: INSM “HD-HN”; 2024. Información obtenida de MentalCom, sistema de registro interno del INSM “HD-HN”.
9. Sánchez Guillaume JL. Un acercamiento a la medicina de urgencias y emergencias. *MEDISAN.* 2018;22(7). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700002&lng=es&tlng=es
10. Cruzado L. Psiquiatría de enlace (Emergencia psiquiátrica). En: Alarcón RD, Chaskel R, Berlanga C, editores. *Psiquiatría.* 4ta ed. Lima, Perú: Fondo Editorial Cayetano; 2022. Capítulo 35, p. 1550-1556.
11. Diario Oficial El Peruano. Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Lima: Diario Oficial El Peruano; 2020. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1861796-1> Accedido en: mayo 2024
12. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, et al. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *An Pediatr (Barc).* 2017;86(2):67-75. Disponible en: <https://analesdepediatria.org/es-hiperfrecuentadores-urgencias-quienes-son-por-articulo-S169540331630114X>
13. López RG, Guillén Leiva EA. Hiperfrecuentadores en emergencia de Hospital Regional de Sonsonate en año 2014. Tesis de especialidad. Universidad de El

- Salvador; 2016. Disponible en: <https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/c1d6a819-48f6-4062-a969-120ae1674483/content>
14. Chang G, Weiss AP, Orav EJ, Rauch SL. Emergency psychiatry in the general hospital: predictors of frequent emergency department use among patients with psychiatric illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):716-720. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834314002552?via%3Dihub>
 15. Gentil L, Grenier G, Vasiliadis H-M, Huỳnh C, Fleury M-J. Predictors of recurrent high emergency department use among patients with mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4559. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/9/4559>
 16. Ledesma-Iparraguirre G, López-Romeo S. Hiperfrecuentadores en urgencias de psiquiatría. En: XVI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría INTERPSIQUIS 2015; Sant Boi de Llobregat, Barcelona. Disponible en: <http://psiqu.com/1-7387>
 17. Gormaz RP, Marro Hernández D, Ezpeleta Esteban L, Bellostas Muñoz P, Coll Ercilla MP, García Ruiz A. Paciente hiperfrecuentador y su nivel de prioridad en la atención en un servicio de urgencias. *Rev Sanit Investig*. 2022;3(8). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587123&orden=0&info=link>
 18. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2004. Capítulo 4 - Clasificación de los tipos de estudio. p. 29-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9788481747096/metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica>
 19. Rezigalla AA. Observational study designs: synopsis for selecting an appropriate study design. *Cureus*. 2020;12(1). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/25270-observational-study-designs-synopsis-for-selecting-an-appropriate-study-design#!/>

6. Presupuesto y cronograma:

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
Humanos	Estadístico	1	S/. 1000.00	S/. 1000.00
Bienes	Papel bond A4	01 millar	S/. 50.00	S/. 50.00
	Fólderes	10	S/. 5.00	S/. 50.00
	Lápiz	6	S/. 2.00	S/. 12.00
	Archivador	2	S/. 10.00	S/. 20.00
Servicios	Movilidad	meses	-	S/. 100.00
	Fotocopias	meses	-	S/. 50.00
TOTAL				S/. 1,632.00

El proyecto será financiado por el autor.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2024							2025				
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Revisión bibliográfica	X											
Elaboración del proyecto	X											
Revisión del proyecto		X	X	X								
Presentación ante autoridades					X							
Revisión de instrumentos						X						
Preparación del material de trabajo						X						
Selección de la muestra						X						
Recolección de datos						X	X	X	X	X	X	
Control de calidad de datos											X	X
Tabulación de datos											X	X
Codificación y preparación de datos para análisis												X
Análisis e interpretación												X
Redacción informe final												X
Impresión del informe final												X

7. Anexos:

ANEXO A: Cálculo del tamaño muestral

Fórmula:

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

Parámetros y datos

- n: Tamaño de la muestra

- **N**: Tamaño de la población total = 9745
- **Z**: Valor Z correspondiente al nivel de confianza (para 95%, $Z = 1.96$)
- **p**: Proporción esperada o prevalencia de la característica que estás estudiando. Si no tienes una estimación, usa $p=0.5$ (el caso más conservador).
- **q**: Complemento de p, es decir, $q=1-p$.
- **E**: Margen de error o precisión deseada. precisión del 5%, $E=0.05$.

1. **Calcular el numerador:**

$$N \times Z^2 \times p \times q = 9,367.78$$

2. **Calcular el denominador:**

$$E^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q = 25.32$$

3. **Calcular el tamaño de la muestra:**

$$n = 9,367.78 / 25.32 = 370.$$

Con base en los parámetros especificados, el tamaño de muestra calculado es de aproximadamente 370 pacientes. Este cálculo asegura un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

ANEXO B: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES ASOCIADOS DE PACIENTES HIPERFRECUMENTADORES EN LA EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA DEL INSM “HD-HN”, JULIO 2022 A JUNIO 2024

Nº: _____

a) Características sociodemográficas

Edad: _____

Sexo: a. Masculino
b. Femenino

Estado civil: a. Soltero
b. Casado
c. Divorciado
d. Conviviente
e. Viudo

Nivel de educación o instrucción: a. Sin instrucción
b. Primaria
c. Secundaria
d. Superior no universitario
e. Superior universitario

Nivel socioeconómico: a. Trabaja
b. Desempleado
c. Estudiante
d. Jubilado

b) Características clínicas

Diagnóstico psiquiátrico: a. Trastornos psicóticos
b. Trastorno del estado del ánimo
c. Trastorno de ansiedad
d. Trastorno relacionado con el estrés
e. Trastornos de personalidad
f. Trastorno por consumo de sustancias
g. Otros trastornos mentales

Comorbilidades físicas: a. Sí
b. No

Historia previa de tratamiento: 0: Sin historial de tratamientos previos
1: Con historial de tratamientos previos

Adherencia al tratamiento:

- Toma regular de medicación: Totalmente () Parcialmente () Nulo () Se queda sin medicación ()
- Asistencia a citas programadas: Alta () Moderada () Baja ()

c) Características de uso del servicio de emergencia

Frecuencia de visitas a emergencia psiquiátrica: _____

Motivos de consulta en emergencia psiquiátrica:

- a. Crisis de ansiedad
- b. Ideación suicida
- c. Agresividad
- c. Síntomas psicóticos
- d. Agitación psicomotriz
- e. Efectos adversos medicamentosos
- f. Control
- g. Otros

d) Características externas o contextuales

Disponibilidad de servicios ambulatorios:

- Disponibilidad de servicios ambulatorios: Sí () No () No aplicable ()
- Accesibilidad a los servicios ambulatorios: Alta () Moderada () Baja ()

Redes de apoyo social:

- Presencia de acompañante: Sí () No ()
- Tipo de acompañante: Familiar () Amigo () Otro ()
- Frecuencia de acompañamiento: 1: Siempre
- 2: A menudo
- 3: A veces
- 4: Rara vez
- 5: Nunca