

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v89i1.6599>

Efectividad de la continuidad de cuidados en pacientes con esquizofrenia a través de la modalidad virtual en el Instituto Nacional de Salud Mental, Lima, Perú

Effectiveness of continuity of care in schizophrenia through virtual modality at the National Institute of Mental Health, Lima, Peru

Gladys L. Rosales-Gabino¹ , Carmen del Rosario Clapés Vargas¹ ,
Lupe Dora Condorchúa Villaverde¹ , Julia Yaranga Zanabria¹ ,
María Estela Campos Gastelú¹ , Esther del Rosario Cerna Sánchez¹ ,
Olaf Romero-Solorzano^{1,2} , Rubén Humberto Arce Loayza¹ 

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad de un programa virtual de continuidad de cuidados integrales en personas con esquizofrenia paranoide. **Materiales y métodos:** Se empleó un diseño cuasiexperimental con mediciones pretest-postest en una muestra de 15 adultos. La intervención, de carácter interdisciplinario, tuvo una duración de seis meses y se centró en el seguimiento remoto de los participantes. **Resultados:** Se evidenciaron mejoras significativas en la adherencia al tratamiento ($p = 0,018$) y en las habilidades comunitarias dentro de las actividades de la vida diaria ($p = 0,023$). Se observó una disminución significativa en los síntomas psicóticos positivos ($p = 0,016$) y negativos ($p = 0,005$), con un resultado global de alta relevancia ($p = 0,001$). En cuanto a la funcionalidad, se hallaron avances en cognición ($p = 0,004$), relaciones interpersonales ($p = 0,014$) y participación social ($p = 0,001$). Aunque áreas como movilidad, cuidado personal y trabajo no mostraron diferencias estadísticamente significativas, el resultado global en funcionalidad fue significativo ($p = 0,001$). Respecto a la dinámica familiar, se registró una mejora en la cohesión ($p = 0,028$), mientras que la adaptabilidad no alcanzó significancia estadística ($p = 0,067$). **Conclusiones:** El programa demostró efectividad en dimensiones claves del tratamiento y funcionamiento psicosocial, con implicancias positivas en el manejo clínico y la calidad de vida de los participantes.

Palabras clave: continuidad de la atención al paciente; telemedicina; funcionamiento psicosocial; esquizofrenia paranoide; grupo de atención al paciente.

Citar como:

Rosales-Gabino GL, Clapés CR, Condorchúa LD, Yaranga J, Campos ME, Cerna ER, Romero-Solorzano O, Arce RH. Efectividad de la continuidad de cuidados en pacientes con esquizofrenia a través de la modalidad virtual en el Instituto Nacional de Salud Mental, Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2026; 89(1): 40-51. DOI: 10.20453/rnp.v89i1.6599

Recibido: 13-06-2025

Aceptado: 31-10-2025

En línea: 31-03-2026

Correspondencia:

Gladys L. Rosales-Gabino
✉ grosales@insm.gob.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

¹ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Salud Colectiva. Lima, Perú.

² Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima, Perú.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of a virtual comprehensive care continuity program for individuals with paranoid schizophrenia. **Methodology:** A quasi-experimental design with pretest-posttest measurements was used with a sample of fifteen adults. The interdisciplinary intervention lasted six months and focused on the remote monitoring of participants. **Results:** Significant improvements were evidenced in treatment adherence ($p = 0.018$) and community skills within activities of daily living ($p = 0.023$). A significant decrease in positive ($p = 0.016$) and negative ($p = 0.005$) psychotic symptoms was observed, with an overall result of high relevance ($p = 0.001$). Regarding functionality, progress was found in cognition ($p = 0.004$), interpersonal relationships ($p = 0.014$), and social participation ($p = 0.001$). Although areas such as mobility, self-care, and work did not show statistically significant differences, the overall functionality score was significant ($p = 0.001$). Regarding family dynamics, an improvement in cohesion was recorded ($p = 0.028$), while adaptability did not reach statistical significance ($p = 0.067$). **Conclusions:** The program demonstrated effectiveness in key dimensions of treatment and psychosocial functioning, with positive implications for clinical management and the participants' quality of life.

Keywords: continuity of patient care; telemedicine; psychosocial functioning; paranoid schizophrenia; patient care group.

INTRODUCCIÓN

Los programas de continuidad de cuidados en salud mental surgieron como respuesta a la desinstitutionalización psiquiátrica. Su objetivo es continuar con la atención comunitaria extendida a personas con trastornos mentales graves, con el fin de reducir las hospitalizaciones y optimizar su funcionalidad social. Para esta investigación, se planteó la siguiente hipótesis: la implementación de un programa virtual de continuidad de cuidados integrales en pacientes con esquizofrenia produce mejoras significativas en las variables clínicas (síntomatología psicótica y adherencia al tratamiento), funcionales (habilidades sociales, desempeño comunitario y discapacidad) y familiares (cohesión y adaptabilidad), luego de la intervención, en comparación con la evaluación basal.

Este tipo de programas ha demostrado su efectividad en diversos países, logrando adaptarse a distintos contextos globales (1). En Perú, tales mecanismos fueron incorporados a partir de la Ley n.º 29889; asimismo, investigaciones como la de Díez-Canseco et al. (2) han evidenciado su impacto positivo en el funcionamiento social, la adherencia al tratamiento y la reducción de síntomas.

Distintos estudios sostienen que los programas de continuidad de los cuidados mejoran el estilo de vida y favorecen la integración comunitaria de los pacientes. No obstante, persiste la necesidad de generar evidencia

contextualizada en el ámbito nacional, especialmente sobre estrategias en modalidad virtual, recurso que cobró relevancia durante la pandemia de la COVID-19, al ofrecer oportunidades que ampliaban la cobertura y la accesibilidad de la atención (3).

En este sentido, el presente trabajo busca aportar conocimiento sobre la efectividad de un programa de continuidad de cuidados en esquizofrenia, bajo un enfoque interdisciplinario y virtual, para fortalecer las intervenciones comunitarias en el sistema de salud mental (4, 5). Bajo esta premisa, se analizaron variables clínicas, funcionales y familiares antes y después de la intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Método

Se realizó un estudio cuantitativo con diseño cuasiexperimental de grupo único con mediciones pretest y posttest (6). Este diseño permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, así como evaluar los cambios en las variables de estudio posteriores a la intervención. Para comparar las mediciones antes y después en los mismos sujetos, se utilizó la prueba estadística de Wilcoxon para datos pareados. Asimismo, se emplearon análisis descriptivos (frecuencias, medias y desviaciones estándar) para determinar la significancia estadística de las diferencias observadas.

Participantes

La muestra inicial estuvo conformada por 20 participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (CIE-10: F20.0), seleccionados de manera aleatoria simple a partir del registro institucional de usuarios con tratamiento ambulatorio del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), Lima, Perú.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: antecedente de reingresos hospitalarios entre los años 2019 y 2021; edad entre 18 y 59 años; atención en el servicio de consulta externa de adultos y adulto mayor (DEIDAE-AAM); registrar dos o más inasistencias anuales a consulta externa; una o más atenciones en el Departamento de Emergencia del INSM; y contar con un cuidador responsable, Seguro Integral de Salud (SIS) activo y dispositivo móvil con acceso a videollamadas.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: pacientes hospitalizados al inicio del programa; presentar características de organicidad por disfunción cerebral intrínseca o como consecuencia de otras enfermedades (físicas, infecciosas o endocrinológicas) o adicciones; estar involucrados en procesos judiciales relacionados con otros programas de continuidad de cuidados; haber recibido intervenciones psicosociales, rehabilitación psicosocial o intervenciones sociales; y presentar inestabilidad clínica sin requerir hospitalización.

Durante la intervención, 5 participantes fueron excluidos del estudio: uno por retiro voluntario debido a que viajó a otro departamento, dos por derivación a Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), uno por desestabilización y otro por pérdida de conectividad. La muestra final quedó conformada por 15 participantes que completaron tanto la evaluación basal como la final. En este grupo predominaron los varones (93,3 %), el estado civil soltero (100,0 %), el nivel de instrucción secundaria (66,6 %) y un tiempo de enfermedad superior a 10 años (70,0 %).

Instrumentos

- *Ficha de valoración inicial*: diseñada para recolectar información sociodemográfica, clínica y familiar relevante para el perfil del paciente (7).
- *Escala de Morisky (MMAS-8)*: evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico mediante ocho ítems. El puntaje total clasifica a los pacientes en adherencia baja, media o alta. Reporta una buena fiabilidad ($\alpha = 0,83$) (8, 9).
- *Escala BELS*: mide el desempeño en actividades de la vida diaria en cuatro áreas: autocuidado,

habilidades domésticas, habilidades comunitarias y actividad-relaciones sociales. Evalúa que tan oportunas son las actividades para su realización y presenta una alta confiabilidad ($\alpha = 0,91$) (10).

- *Escala BPRS*: evalúa síntomas psiquiátricos positivos y negativos a través de dieciocho ítems, clasificados por gravedad (11). Su fiabilidad es superior a 0,8 (12).
- *Escala WHODAS II*: cuantifica el grado de discapacidad en seis dominios funcionales: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades diarias y participación social. Su uso está estandarizado y presenta buena consistencia interna ($\alpha = 0,78$) (13).
- *Escala FACES III*: evalúa la percepción del funcionamiento familiar en dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad. Su confiabilidad es aceptable ($\alpha = 0,70-0,80$) (14).

Procedimientos

La intervención se estructuró en dos fases con una duración total de seis meses. Durante la primera fase, se administró la ficha de valoración inicial y se realizaron las evaluaciones basales. En la segunda fase, un equipo interdisciplinario —integrado por un psiquiatra, una enfermera, una psicóloga y un trabajador social— ejecutó intervenciones individualizadas mediante sesiones virtuales vía Google Meet y WhatsApp.

Cada disciplina realizó entre dos y cinco sesiones, orientadas a la psicoeducación, el seguimiento clínico, el apoyo emocional y el fortalecimiento familiar. La psicoeducación se aplicó como un proceso estructurado y sistemático que integra información sobre la enfermedad, el tratamiento y las estrategias de afrontamiento, con el fin de desarrollar habilidades para la adherencia y la convivencia familiar. El seguimiento de las intervenciones se realizó mediante la ejecución de tareas y recomendaciones asignadas entre sesiones. Al concluir el programa, se efectuó la evaluación posttest empleando los mismos instrumentos.

Participación en la intervención

Las intervenciones interdisciplinarias se diseñaron de forma individualizada a partir de las variables de adherencia al tratamiento, habilidades para la vida diaria, gravedad de la psicopatología, funcionalidad en la discapacidad y cohesión-adaptabilidad familiar. Una vez obtenido el consentimiento informado —remitido por la enfermera tutora vía WhatsApp o

correo electrónico—, se coordinó con cada familiar responsable las fechas de intervención de las sesiones. En casos donde la modalidad digital no fue viable, se consideró una grabación de voz como confirmación de la aceptación o negativa del participante.

El programa se estructuró en dos fases operativas:

- Fase 1 (promedio de dos meses): se inició con la aplicación de la ficha de valoración inicial brindada por la enfermera tutora de caso. Posteriormente, el equipo multidisciplinario (médico psiquiatra, enfermera, psicóloga y trabajador social) realizó la evaluación basal mediante los instrumentos del programa (el contacto fue a través de llamadas telefónicas y videollamadas). Con los resultados obtenidos, se elaboró el plan de intervención individualizado para cada usuario y se programaron las evaluaciones por parte del personal de cada disciplina.
- Fase 2 (siete meses): esta etapa se dividió en dos períodos. Durante los seis primeros meses, se ejecutaron las intervenciones terapéuticas según el plan individualizado (el contacto fue vía Google Meet y WhatsApp), apoyadas en recursos digitales interactivos (Genially, Microsoft Power Point y Canva). El último mes se destinó a las evaluaciones finales a cada participante.

Frecuencia y descripción de las intervenciones (fase 2)

Las sesiones de intervención tuvieron una duración de entre 40 y 60 minutos. Cada disciplina ejecutó su intervención de forma quincenal (dos sesiones mensuales) durante seis meses, lo que permitió programar dos intervenciones semanales de áreas distintas. El orden de inicio fue enfermería, psiquiatría, psicología y trabajo social.

El despliegue por disciplina se detalla a continuación:

- Enfermería: se realizaron mínimo cinco sesiones (dos por mes). Se centraron en la psicoeducación enfocada en el usuario y su familia, abordando aspectos informativos y conductuales sobre la esquizofrenia, el tratamiento, los medicamentos y el manejo de sus efectos secundarios, entre otros temas, para favorecer la adherencia al tratamiento.
- Psiquiatría: se realizaron dos sesiones distanciadas por tres meses. Estas estuvieron orientadas al tratamiento y la evolución del usuario mediante teleconsultas.

- Psicología: se realizaron mínimo cinco sesiones (dos por mes), que consistían en terapia cognitivo-conductual y psicoterapia sistémico familiar, además de brindar orientación y consejo psicológico ante trastornos emocionales detectados en los familiares.

- Trabajo social: se realizaron mínimo cinco sesiones (dos por mes), que estuvieron centradas en consejería y orientación. Estas sesiones de carácter breve e individualizado se orientaron a brindar información puntual y recomendaciones prácticas o aclaración de dudas sobre el tratamiento, los síntomas o el autocuidado, así como el manejo de estresores en el entorno doméstico y la gestión de la red de soporte familiar y social.

Cada disciplina evaluó la asimilación de los contenidos impartidos a través de las tareas, indicaciones o recomendaciones asignadas al usuario o cuidador, cuyo nivel de ejecución fue medido en la sesión subsiguiente. Durante el desarrollo del estudio, se registró el retiro de cinco usuarios que dejaron de cumplir con los criterios de inclusión.

Después de los seis meses de intervención interdisciplinaria, se realizó la evaluación final individualizada empleando los instrumentos del programa; este proceso se completó en un mes. Las puntuaciones obtenidas en las mediciones pre y postest se sometieron al proceso estadístico.

Análisis estadístico

Para el análisis de variables categóricas se emplearon frecuencias y porcentajes, mientras que para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. La distribución de las variables se determinó mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$); al no cumplir esta distribución se aplicó la prueba de Wilcoxon para datos pareados, con el fin de comparar los puntajes pre y posintervención. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$. La comparación de las variables se realizó con el software IBM SPSS Statistics v.25.

Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Mental, bajo el código de registro INSM 551 2023. El estudio contó con la autorización oficial de la institución. Los participantes firmaron el consentimiento informado tras determinarse que, al momento de la investigación,

se encontraban clínicamente estables y con capacidad cognitiva para comprender el propósito de la investigación. De manera complementaria, se obtuvo la conformidad de los familiares responsables, quienes fueron informados sobre el proceso. Con esto, se garantizó el respeto de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, fortaleciendo así los mecanismos de protección ética de los usuarios.

RESULTADOS

En la tabla 1, se detallan los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico evaluados antes y después de la implementación del programa de continuidad. Al inicio, el 26,7 % de los pacientes presentó una adherencia baja, el 53,3 % una adherencia media y el 20 % una adherencia alta. Tras la intervención, la adherencia baja se redujo al 13,3 %, mientras que la adherencia alta incrementó al 40 %.

Tabla 1. Niveles de adherencia a los medicamentos (escala de Morisky) en pacientes con esquizofrenia.

Nivel	Preprograma		Posprograma	
	n	%	n	%
Bajo	4	26,7	2	13,3
Medio	8	53,3	7	46,7
Alto	3	20,0	6	40,0

En la tabla 2, se presentan los puntajes obtenidos en la escala de Morisky (MMAS-8). Se observó un incremento en la puntuación media, la cual pasó de $6,22 \pm 1,94$ a $7,25 \pm 0,85$ tras la intervención. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ($p = 0,018$), lo que evidencia una mejora en la adherencia al tratamiento.

Tabla 2. Adherencia a los medicamentos de la escala de Morisky en pacientes.

Escala	n	Preprograma		Posprograma		MD	IC 95 %	p-valor*
		Media	DE	Media	DE			
Morisky	15	6,22	1,94	7,25	0,85	-1,25	-2,63- -0,25	0,018

Prueba de Wilcoxon. DE: desviación estándar; MD: mediana de las diferencias.

* Diferencias significativas con $p < 0,05$.

En la tabla 3, se exponen los resultados de las actividades de la vida diaria (AVD) evaluadas mediante la escala BELS. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de autocuidado,

habilidades domésticas ni en actividades sociales. No obstante, en la dimensión de realización de habilidades comunitarias se observó una mejora significativa posterior a la intervención del programa ($p = 0,023$).

Tabla 3. Actividades de la vida diaria de la escala BELS en pacientes.

Dimensión	Preprograma		Posprograma		MD	IC 95 %	p-valor*
	Media	DE	Media	DE			
Autocuidado							
Oportunidad	1,74	0,14	1,77	0,15	-0,10	-0,24-0,15	0,301
Realización	3,36	0,55	3,56	0,42	-0,20	-0,50-0,05	0,130
Habilidades domésticas							
Oportunidad	1,83	0,29	1,90	0,15	-0,14	-0,50-0,22	0,310
Realización	2,83	0,98	3,10	0,93	-0,21	-0,71-0,00	0,115
Habilidades comunitarias							
Oportunidad	1,52	0,51	1,70	0,32	-0,44	-0,88-0,37	0,105
Realización	2,77	1,05	3,22	0,76	-0,72	-1,25- -0,12	0,023
Actividad y relaciones sociales							
Oportunidad	1,72	0,22	1,75	0,22	-0,20	**	0,157
Realización	2,59	1,15	2,99	0,93	-0,50	-1,00-0,10	0,074

Prueba de Wilcoxon. DE: desviación estándar. MD: mediana de las diferencias.

* Diferencias significativas con $p < 0,05$.

** No se puede calcular por la presencia de empates.

En la tabla 4, aparecen los puntajes de la escala BPRS. Se evidenció una reducción estadísticamente significativa tanto en los síntomas positivos ($p = 0,016$) como en los negativos ($p = 0,005$). El puntaje

total de la escala disminuyó de forma significativa tras la implementación del programa ($p < 0,001$), lo que refleja una mejoría en la psicopatología.

Tabla 4. Psicopatología de la escala BPRS en pacientes.

Dimensiones	Preprograma		Posprograma		MD	IC 95 %	p-valor*
	Media	DE	Media	DE			
BPRS positivos	8,10	3,08	6,20	2,51	2,00	0,50-4,00	0,016
BPRS negativos	8,30	2,40	6,07	1,98	2,50	1,50-4,00	0,005
BPRS total	35,27	10,07	26,13	5,48	8,50	4,50-13,50	< 0,001

Prueba de Wilcoxon. DE: desviación estándar. MD: mediana de las diferencias.

* Diferencias significativas con p valor $< 0,05$.

En la tabla 5, se muestran los niveles de discapacidad funcional evaluados según la Escala WHODAS II. En la dimensión de cognición, el porcentaje de pacientes clasificados «sin discapacidad» se incrementó del 40 % al 73,3 % después de la intervención. En cuanto al

cuidado personal, la totalidad de la muestra alcanzó la categoría de «sin discapacidad» al finalizar el programa. Se observaron mejoras relevantes tanto en relaciones con otras personas y en participación social.

Tabla 5. Niveles de la discapacidad en la funcionalidad mediante la escala WHODAS II en pacientes.

Dimensiones		Ninguna		Leve		Moderada/severa	
		n	%	n	%	n	%
Cognición	PRE	6	40,0	8	53,3	1	6,7
	POS	11	73,3	4	26,7		
Movilidad	PRE	13	86,7	2	13,3		
	POS	11	73,3	4	26,7		
Cuidado personal	PRE	14	93,3	1	6,7		
	POS	15	100,0				
Relaciones	PRE	6	40,0	7	46,7	2	13,3
	POS	10	66,7	5	33,3		
Actividades de la vida diaria	PRE	8	53,3	5	33,3	2	13,3
	POS	10	66,7	5	33,3		
Actividades escolares y trabajo	PRE	10	66,7	5	33,3		
	POS	10	66,7	5	33,3		
Participación	PRE	2	13,3	10	66,7	3	20,0
	POS	10	66,7	4	26,7	1	6,7
WHODAS	PRE	7	46,7	8	53,3		
	POS	13	86,7	2	13,3		

PRE: preprograma; POS: posprograma.

La tabla 6 detalla los puntajes promedio obtenidos en la escala WHODAS II. Se hallaron diferencias interpersonales ($p = 0,014$) y participación en sociedad

($p = 0,001$). El puntaje total de discapacidad disminuyó de $57,27 \pm 13,49$ a $45 \pm 8,32$ ($p < 0,001$), indicando una mejora global en funcionalidad.

Tabla 6. Discapacidad en la funcionalidad mediante la escala WHODAS II en pacientes.

Dimensiones	Preprograma		Posprograma		MD	IC 95 %	p-valor*
	Media	DE	Media	DE			
Cognición	9,93	3,33	7,60	1,77	2,74	1,00-6,00	0,004
Movilidad	5,87	1,46	5,33	0,62	0,99	-1,00-3,00	0,287
Cuidado personal	4,53	0,64	4,27	0,46	1,41	**	0,102
Relaciones con otras personas	8,47	3,23	6,47	1,77	2,95	0,50-4,00	0,014
Actividades de la vida diaria	6,07	2,22	5,20	1,21	1,50	-2,27-3,00	0,072
Actividades escolares y trabajo	5,47	1,60	5,13	1,25	1,00	-0,50-1,00	0,313
Participación en sociedad	16,87	4,87	11,00	3,40	6,50	4,50-9,00	0,002
WHODAS	57,27	13,49	45,00	8,32	11,99	7,00-19,00	0,001

Prueba de Wilcoxon. DE: desviación estándar. MD: mediana de las diferencias.

* Diferencias significativas con $p < 0,05$.

** No se puede calcular por la presencia de empates.

En la tabla 7, se presenta la percepción de la funcionalidad familiar evaluada según la escala FACE III. En la dimensión de adaptabilidad, antes de la ejecución del programa predominaba la adaptabilidad caótica (60 %), la cual se redujo a 33,3 % luego de

la intervención, observándose un incremento de familias en la categoría estructurada. En cuanto a la cohesión, se registró un aumento en las categorías «semirrelacionada» y «relacionada», lo que indica mayor integración familiar.

Tabla 7. Percepción de la funcionalidad familiar mediante la escala FACE III en pacientes.

Dimensiones	Preprograma		Posprograma	
	n	%	n	%
Adaptabilidad				
Rígida	2	13,3	2	13,3
Estructurada	1	6,7	5	33,3
Flexible	3	20,0	3	20,0
Caótica	9	60,0	5	33,3
Cohesión				
No relacionada	5	33,3	1	6,7
Semirrelacionada	7	46,7	8	53,3
Relacionada	3	20,0	6	40,0
Aglutinada	0	0,0	0	0,0

En la tabla 8, se muestran los puntajes promedio de las dimensiones de funcionalidad familiar. La adaptabilidad disminuyó de $29,00 \pm 5,90$ a $25,50 \pm 4,95$; sin embargo, esta diferencia no alcanzó significancia

estadística ($p = 0,067$). Por el contrario, la cohesión familiar mostró un incremento significativo, al pasar de $36,60 \pm 3,92$ a $39,40 \pm 3,74$ ($p = 0,028$).

Tabla 8. Dimensiones de la funcionalidad familiar de la escala FACE III en pacientes.

Dimensiones	Preprograma		Posprograma		MD	IC 95 %	p-valor*
	Media	DE	Media	DE			
Adaptabilidad	29,00	5,90	25,50	4,95	3,50	-0,50-8,50	0,067
Cohesión	36,60	3,92	39,40	3,74	-4,50	-7,50- -0,50	0,028

Prueba de Wilcoxon. DE: desviación estándar. MD: mediana de las diferencias.

* Diferencias significativas con $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que, más allá de la intervención interdisciplinaria virtual, los cambios observados en los usuarios pudieron estar influenciada por variables intervinientes o confusoras como el apoyo familiar, la estabilidad clínica inicial de los participantes, la continuidad del tratamiento farmacológico (supervisado por sus médicos tratantes) y factores contextuales (acceso a recursos comunitarios y nivel educativo). Sin embargo, es importante considerar que estas variables preexistían a la inclusión en el programa, y que los pacientes requerían una intervención para optimizar su condición mental, conductual y relacional.

El estudio demostró mejoras en las variables clínicas, funcionales y familiares de los participantes. En la adherencia al tratamiento, se observó un aumento significativo en los puntajes de la escala MMAS-8 ($p = 0,018$), acercándose al nivel de adherencia alta.

Este hallazgo puede explicarse desde la teoría de la autoeficacia de Bandura (15), la cual sostiene que la percepción de la capacidad personal para ejecutar conductas de cuidado influye directamente en la adherencia terapéutica. La modalidad virtual habría fortalecido esta autoeficacia mediante retroalimentación constante, recordatorios y apoyo psicoeducativo. Estos elementos incrementaron la confianza del paciente en su habilidad para cumplir con el régimen farmacológico.

Desde el modelo cognitivo-conductual, la adherencia es entendida como una conducta aprendida que se refuerza mediante el acompañamiento sistemático y la supervisión periódica (16). El seguimiento remoto funcionó como un reforzador externo que facilitó la interiorización de hábitos de autocuidado, coincidiendo con lo reportado por Velligan et al. (17) sobre el impacto de las intervenciones psicoeducativas y de soporte estructurado, las cuales incrementan significativamente la adherencia en personas con esquizofrenia.

Por otro lado, la literatura ha señalado que una mayor adherencia farmacológica se asocia con un mejor pronóstico clínico y una reducción en el riesgo de recaídas y hospitalizaciones (18, 19). En consonancia, los hallazgos de la presente investigación sugieren que la modalidad virtual de continuidad de cuidados puede ser un recurso eficaz para sostener dicha adherencia y promover la estabilidad clínica en pacientes con esquizofrenia. Estos resultados coinciden con lo reportado por Mayorga (20) y por Gallinat et al. (3), quienes identificaron altos niveles de satisfacción, buena adherencia y actitudes positivas hacia el seguimiento remoto en programas digitales. Revisiones recientes subrayan que las intervenciones digitales que incorporan apoyo humano no solo incrementan la adherencia, sino también la cognición social en esta población (21).

Respecto a las habilidades para la vida diaria (escala BELS), la mejora significativa en la realización de actividades comunitarias ($p = 0,023$) sugiere un progreso en la funcionalidad social. Según la teoría del autocuidado de Orem (22), la intervención permitió a los pacientes adquirir competencias que favorecen su independencia y participación social. De igual forma, el modelo de adaptación de Roy (23) postula que el apoyo estructurado facilita la adaptación en sus relaciones sociales y comunitarias. Estos datos concuerdan con estudios recientes realizados en hogares protegidos de Perú y Chile evaluados con la escala BELS (24), donde se reporta que un mayor apoyo social y una menor restrictividad del entorno se asocian con un mejor desempeño en actividades comunitarias y relaciones sociales. De igual manera, revisiones internacionales subrayan que las intervenciones digitales con acompañamiento profesional favorecen la rehabilitación psicosocial y la integración comunitaria en personas con esquizofrenia (3, 21, 25).

En relación con la sintomatología psiquiátrica, los puntajes totales y parciales de la escala BPRS disminuyeron significativamente tanto en síntomas positivos ($p = 0,016$) como negativos ($p = 0,005$), con

una reducción global de alta relevancia ($p < 0,001$). Esta evolución se interpreta como un signo de estabilización del cuadro psicótico y de mejora al tratamiento farmacológico. Mientras que los síntomas positivos (delirios, alucinaciones y pensamiento desorganizado) responden directamente al tratamiento antipsicótico, la supervisión médica del programa facilitó el ajuste de dosificaciones por el médico tratante y el refuerzo de la adherencia, favorecieron la disminución de estas manifestaciones clínicas.

La reducción de los síntomas negativos (apatía, retraimiento social y embotamiento afectivo) posee especial relevancia, dado que suelen ser más resistentes al tratamiento farmacológico e impactan en la funcionalidad social y ocupacional. En este estudio, su mejoría se atribuye al enfoque interdisciplinario, donde la intervención psiquiátrica se complementó con el soporte psicoeducativo, psicológico y familiar. Desde la psiquiatría biológica, el control de los síntomas positivos se asocia a la acción de los antipsicóticos sobre la vía dopaminérgica mesolímbica, mientras que la mitigación de los síntomas negativos y el progreso cognitivo se vinculan con la estabilidad clínica, la psicoeducación y la reducción del estrés prefrontal mediante el soporte familiar (26). Igualmente, la terapia cognitivo-conductual aplicada a la psicosis (27, 28) permite reducir los síntomas psicóticos al potenciar el trabajo sobre las creencias disfuncionales, estilos de afrontamiento y participación social, lo que a su vez favorece la adherencia. Estos hallazgos guardan consistencia con lo reportado por Rotondi et al. (29), quienes demostraron que la combinación de supervisión psiquiátrica y psicoeducación familiar en modalidad remota mejora el control psicopatológico y reduce el riesgo de recaídas.

La evaluación de la funcionalidad en la discapacidad (WHODAS II) reveló mejoras significativas en las dimensiones de cognición ($p = 0,004$), relaciones interpersonales ($p = 0,014$) y participación en sociedad ($p = 0,002$). Esto refleja un progreso en la funcionalidad autónoma y psicosocial de los participantes. Según la teoría sociocognitiva de Bandura (15), la autoeficacia desempeña un papel central: la convicción del individuo en su capacidad para comprender, comunicarse e interactuar fortalece la motivación para involucrarse en actividades comunitarias y en la adherencia al tratamiento. En este contexto, el entrenamiento psicoeducativo y el acompañamiento constante del programa incrementaron la confianza de los pacientes en sus propias habilidades cognitivas y sociales.

El modelo de recuperación psicosocial en salud mental (30) enfatiza que la integración social y la participación comunitaria son dimensiones esenciales de la rehabilitación, las cuales trascienden la mera reducción de síntomas. El progreso en los dominios cognitivo e interpersonal permite a los pacientes reinsertarse en actividades sociales, lo que contribuye a su identidad, autoestima y sentido de pertenencia.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, la participación activa en entornos sociales facilita el aprendizaje de habilidades interpersonales y la reestructuración de creencias desadaptativas vinculadas a la interacción social (31). En esa línea, Cella et al. (32) encontraron que los programas de rehabilitación cognitiva potencian la funcionalidad social y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. También Fisher et al. (33) señalaron que las intervenciones psicológicas basadas en tecnologías digitales fortalecen la recuperación funcional, con especial impacto en jóvenes con psicosis temprana. De esta manera, el fortalecimiento de la cognición, las relaciones interpersonales y la participación social constituye un eje fundamental de la rehabilitación. La optimización de estos dominios impacta directamente en la calidad de vida y en la viabilidad de una reintegración comunitaria efectiva.

En cuanto a la funcionalidad familiar (escala FACE III), se evidenció una mejora significativa en la cohesión ($p = 0,028$), lo que refleja una mayor integración emocional y soporte dentro del núcleo familiar. Si bien la adaptabilidad no alcanzó significancia estadística, hubo tendencias de mejora. El fortalecimiento de la cohesión familiar indica que el entorno del paciente presenta una mayor vinculación, factor que actúa como un amortiguador frente al estrés psicosocial y favorece el proceso de recuperación (34). Si bien la adaptabilidad aún no es estadísticamente significativa, la tendencia al alza muestra que el sistema familiar se encuentra en proceso de flexibilizarse y reconfigurar roles, elementos esenciales para el manejo de crisis futuras (35). Lo hallado guarda consistencia con lo expuesto por McFarlane et al. (36), quienes demostraron que la psicoeducación familiar en modalidad remota refuerza la cohesión y el soporte en esquizofrenia.

Es imperativo reconocer las limitaciones de este estudio: el tamaño reducido de la muestra ($n = 15$), la pérdida de participantes durante el seguimiento, la ausencia de un grupo control y el empleo de autoinformes, elementos que podrían estar condicionados por el sesgo de deseabilidad social. Por esto, si bien los resultados convergen con la literatura previa y refuerzan la

viabilidad del enfoque virtual, deben interpretarse con cautela. En síntesis, el programa no solo generó un impacto positivo en la sintomatología clínica, sino que también favoreció la integración social y la dinámica familiar de los participantes. La modalidad virtual demostró ser una alternativa viable, segura y efectiva, especialmente en escenarios con barreras de acceso, como ocurre en diversas regiones del Perú.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren una tendencia de mejora en la adherencia al tratamiento farmacológico, evidenciada por el incremento en las puntuaciones de la escala MMAS-8, lo cual podría favorecer la estabilidad clínica de los participantes.

Se registró una reducción significativa en la sintomatología psicopatológica (síntomas positivos y negativos de la escala BPRS), lo que sugiere un posible potencial del programa virtual en la estabilización clínica de los pacientes con esquizofrenia.

En relación con las actividades de la vida diaria (escala BELS), se muestra una tendencia de mejora en las habilidades comunitarias. Esto sugiere un impacto positivo en la reintegración social, a pesar de que otras áreas no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la discapacidad funcional (escala WHODAS II), se identificaron mejoras en las dimensiones de cognición, relaciones interpersonales y participación social, lo que indica un favorable funcionamiento psicosocial; sin embargo, otras dimensiones no evidenciaron cambios significativos.

La dinámica familiar mostró una tendencia de incremento en la cohesión, reflejando un mayor apoyo y comprensión dentro del núcleo familiar. Por su parte, la adaptabilidad presentó una mejoría clínica que no alcanzó significancia estadística.

Estos hallazgos deben interpretarse con reserva debido a las limitaciones metodológicas del estudio, tales como el tamaño reducido de la muestra ($n = 15$), la ausencia de un grupo control y la pérdida de participantes. A pesar de que los resultados no permiten establecer causalidad, sí aportan evidencia preliminar que sugiere la viabilidad y el potencial beneficio de la modalidad virtual para la continuidad de cuidados en la esquizofrenia.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:

GLRG: conceptualización, análisis formal, metodología, investigación.

CRCV: conceptualización, análisis formal.

LDCV: curación de datos, administración del proyecto.

JYZ: adquisición de fondos, administración del proyecto, recursos.

MECG: investigación, administración del proyecto.

ERCS: recursos.

ORS, RHAL: administración del proyecto.

Agradecimientos: A la Sra. Ana María Suarez Bilbado, por su valiosa colaboración en la recolección de información; a los familiares y usuarios que intervinieron en la muestra de la presente investigación; y a la Dra. Vanessa E. Herrera-López, por su apoyo incondicional, ayuda y asesoría en la redacción de la culminación en la presenta investigación.

REFERENCIAS

1. Gonzáles A. Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estud Psicol.* 2011;16(3):305-12. doi:[10.1590/S1413-294X2011000300014](https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300014)
2. Díez-Canseco F, Rojas-Vargas J, Toyama M, et al. Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú. *Rev Panam Salud Pública.* 2020;44:e134. doi:[10.26633/RPSP.2020.134](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.134)
3. Gallinat C, Moessner M, Apondo S, et al. Feasibility of an intervention delivered via mobile phone and internet to improve the continuity of care in schizophrenia: a randomized controlled pilot study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(23):12391. doi:[10.3390/ijerph182312391](https://doi.org/10.3390/ijerph182312391)
4. Gonzáles-Villalobos I, Menéndez-García A, García-Cid S, et al. Tratamiento Ambulatorio Intensivo Multidisciplinar (TAIM) para adolescentes con trastorno mental grave [Internet]. Área 3. 2022(26). Disponible en: <https://area3.org.es/revista/tratamiento-ambulatorio-intensivo-multidisciplinar-taim-para-adolescentes-con-trastorno-mental-grave-637/>
5. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, et al. Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: a comparison of five European countries. *Health Policy.* 2020;124(1):25-36. doi:[10.1016/j.healthpol.2019.11.004](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.004)

6. Campbell DT, Stanley JC. Experimental and quasi-experimental designs for research [Internet]. Florida: Houghton Mifflin Company; 1963. Disponible en: <https://www.sfu.ca/~palys/Campbell&Stanley-1959-Exptl&QuasiExptlDesignsForResearch.pdf>
7. Ministerio de Salud (PE). Norma Técnica de Salud: Centros de Salud Mental Comunitarios [Internet]. Plataforma del Estado Peruano; 2017, 1 de septiembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279706-norma-tecnica-de-salud-centros-de-salud-mental-comunitarios>
8. De las Cuevas C, Peñate W. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *Int J Clin Health Psychol*. 2015;15(2):121-9. doi:10.1016/j.ijchp.2014.11.003
9. Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Pérez A, et al. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizados en la práctica clínica habitual. *Pharm Care Esp* [Internet]. 2020;22(3):148-72. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/572>
10. Servicio Andaluz de Salud. Habilidades básicas de la vida diaria. Basic Everyday Living Skills (BELS). En: Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Anexo 3.2. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-2_BELS.pdf
11. Servicio Andaluz de Salud, Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Escala breve de Evaluación Psiquiátrica. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). En: Detección e intervención temprana en las psicosis. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Instrumento de evaluación n.º 7. Disponible en: http://medsol.co/informacion/medolan/escala_breve_de_evaluacion_psiquiatica_bprs.pdf
12. Vásquez GA, Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, et al. Validación de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en el Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2001;64(3):185-98. doi: 10.20453/rnp.v64i3.1486
13. Vásquez-Barquero JL, Herrera S, Vásquez E, et al. Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), WHO DAS II [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ES); 2006. Disponible en: https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_6f9f03b4-ffa5-4327-a4e5-4e5ed73c2c27.pdf
14. Ponce ER, Gómez FJ, Terán M, et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* [Internet]. 2002;30(10):624-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-constructodel-cuestionario-faces-13041205>
15. Bandura A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
16. Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and beyond. 2.ª ed. New York: The Guilford Press; 2011.
17. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2009;70(Suppl 4):1-46. Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/19686636>
18. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*. 2013;12(3):216-26. doi:10.1002/wps.20060
19. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2013;3(4):200-18. doi:10.1177/2045125312474019
20. Mayorga RY. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con esquizofrenia paranoide en un centro especializado de salud mental comunitaria de Chiclayo, 2024 [tesis de título profesional en Internet]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/13379>
21. Arnautovska U, Trott M, Vitangcol KJ, et al. Efficacy of user self-led and human-supported digital health interventions for people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2025;51(5):1402-16. doi:10.1093/schbul/sbae143
22. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6.ª ed. San Luis: Mosby; 2001.
23. Roy C, Whetsell MV, Frederickson K. The Roy adaptation model and research. *Nurs Sci Q*. 2009;22(3):209-11. doi:10.1177/0894318409338692
24. Herrera-López VE, Molina-Quinones H, Valdivieso J, et al. Apoyo social, calidad de vida,

- habilidades de vida diaria y restrictividad en personas con trastornos mentales residentes de hogares protegidos en el Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 2024;87(4):354-67. doi:[10.20453/rnp.v87i4.5690](https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5690)
25. Jiménez JF, Torres F, Laviana M, et al. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del «Basic Everyday Living Skills» (BELS). *Actas Esp Psiquiatr [Internet]*. 2000;28(5):284-8. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1301/2098>
 26. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15067. doi:[10.1038/nrdp.2015.67](https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67)
 27. Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:577-606. doi:[10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205)
 28. Katsushima M, Nakamura H, Shiko Y, et al. Effectiveness of a videoconference-based cognitive behavioral therapy program for patients with schizophrenia: pilot randomized controlled trial. *JMIR Form Res.* 2025;9:e59540. doi:[10.2196/59540](https://doi.org/10.2196/59540)
 29. Rotondi AJ, Anderson CM, Haas GL, et al. Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: one-year outcomes. *Psychiatr Serv.* 2010;61(11):1099-105. doi:[10.1176/ps.2010.61.11.1099](https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.11.1099)
 30. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness: A guide for mental health professionals.* Cambridge: Cambridge University Press; 2009. doi:[10.1017/CBO9780511581649](https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649)
 31. Beck AT, Rector NA. Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am J Psychother.* 2000;54(3):291-300. doi:[10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.3.291](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2000.54.3.291)
 32. Cella M, Price T, Corboy H, et al. Cognitive remediation for inpatients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2020;50(7):1062-76. doi:[10.1017/s0033291720000872](https://doi.org/10.1017/s0033291720000872)
 33. Fisher M, Etter K, Murray A, et al. The effects of remote cognitive training combined with a mobile app intervention on psychosis: double-blind randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2023;25:e48634. doi:[10.2196/48634](https://doi.org/10.2196/48634)
 34. Brown CA, Weisman de Mamani A. The mediating effect of family cohesion in reducing patient symptoms and family distress in a culturally informed family therapy for schizophrenia: a parallel-process latent-growth model. *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(1):1-14. doi:[10.1037/ccp0000257](https://doi.org/10.1037/ccp0000257)
 35. Teyes R, García CD, Costa VE. Resiliencia familiar. *Cod Cientf Rev Inves [Internet]*. 2021;2(1):137-51. Disponible en: <https://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/30>
 36. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther.* 2003;29(2):223-45. doi:[10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x)