



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL**

**TITULO**

**FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES  
CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE  
EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE  
GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015**

**AUTORES:**

Guerrero García Nelly  
Mendoza Medina Euro

**TUTOR:**

**LCDO. GALO TOAZA**

**Guayas- Ecuador  
2015**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por:

**GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **LICENCIADAS (O) EN ENFERMERÍA**.

**TUTOR**

---

**LIC. GALO TOAZA**

---

**REVISOR**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

---

**LIC. ANGELA MENDOZA**

**Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del año 2015**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación "FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015". Previa a la obtención del Título de Licenciadas (os) de enfermería, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del año 2015**

**LOS AUTORES**

---

GUERRERO GARCIA NELLY

MENDOZA MEDINA EURO



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotros, GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: "FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del año 2015

**LOS AUTORES:**

---

GUERRERO GARCIA NELLYMENDOZA MEDINA EURO

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de investigación se lo agradecemos en primer lugar a nuestro padre celestial que gracias a sus bendiciones estamos hoy en este punto de nuestras vidas; es aquí donde recordamos aquel momento que comenzamos un sueño ya hace algún tiempo atrás con tantas ilusiones, expectativas, metas por cumplir siendo hoy por hoy más que un sueño ya una realidad.

A nuestro tutor de tesis doctor Galo Toaza ya que gracias a su asesoría, dedicación y empeño en sacar adelante nuestro proyecto nos ha guiado en este camino con su experiencia, su conocimiento, paciencia logrando así este producto de nuestro esfuerzo del día a día.

También queremos agradecer a todos nuestros maestros que forjaron nuestras bases en toda nuestra formación profesional en especial a las Lcda. Rosa Calderón, Lcda. Olga Muñoz, Lcda. Mónica Jarrin, gracias a ellas por su amistad sincera y pilares que nos sostienen ahora para emprender con seguridad nuestro comienzo en el ejercicio de la profesión.

Agradecemos al personal del Instituto de Neurociencias que nos dio la apertura para la realización de nuestro estudio, especialmente a la Dra. Paola Escobar que no descansa en apoyarnos con sus consejos y experiencia para que el estudio sea un total éxito.

Son muchas las personas que han sido parte de nuestras vidas en el ámbito estudiantil y pre profesional a las cuales les agradecemos infinitamente por todos los consejos, las risas, apoyo y animo que nos ofrecieron en toda esta etapa de nuestras vidas.

Por ello muchas gracias

***Nelly Mariuxi Guerrero García***

***Euro Xavier Mendoza Medina***

## DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado en primer lugar a Dios por darme la fuerza el entusiasmo de seguir adelante y no estancándome en la carrera de la vida; hoy gracias a él estoy culminando una de mis metas por el empuje, el empeño, capricho y la fortaleza que me brindó a través del amor y confianza de mis padres ya que nunca dejaron de creer en mis capacidades en especial a mi madre Carmen Medina Poveda que es la gestora del el éxito que hoy por hoy alcanzo dedicándole a ella todos mis logros y quien ha hecho de mí una persona con fortaleza y valores para enfrentar la vida.

A NuriLizethLavayenFerruzola que me brindó incondicionalmente su apoyo en cada una de las etapas de este proyecto con su sabiduría sus concejos gracias por tu comprensión y ayuda quedo infinitamente agradecido.

A mis jefas de áreas de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil Dr. Xavier Pulla Torres quien fue mi mentor, amigo guía desde los inicios de mi carrera estudiantil, Dra. Gloria Ramírez Bastidas, Dra. Lucia Llanos González, Lcda. Shirley Mora Zambrano, Lcda. Amparo Gómez Gómez, Lcdo. Luis Cajamarca Torres, Lcda. Mónica Villanueva, que siempre me apoyaron y estuvieron prestos para cualquier inquietud que tuve durante mi carrera profesional.

Gracias a todos ustedes...

***Euro Xavier Mendoza Medina***

## **DEDICATORIA:**

*Dedico este trabajo a Dios por darme la fortaleza para continuar día a día a cumplir las metas que me propuesto con vocación y humildad para servir con amor.*

*De igual a nuestro Padres, Hermanos, Esposo e hijo, de quien agradezco el cariño, buenos sentimientos y valores los cuales me han ayudado a salir adelante buscando siempre el camino.*

*A nuestras Licenciadas (os) Doctores por su tiempo, su apoyo por la sabiduría que nos transmitieron el desarrollo de nuestra formación profesional por haberme guiado el desarrollo de nuestra formación para ser excelente profesional.*

***Nelly Mariuxi Guerrero García***

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**LCDO. GALO TOAZA  
TUTOR**





**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL**

**CALIFICACIÓN**

---

**LCDO. GALO TOAZA**

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.1.2 JUSTIFICACIÓN .....	5
1.1 OBJETIVOS .....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL:.....	7
1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS: .....	7
1.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
CAPÍTULO II.....	8
2.1 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL .....	8
2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....	8
2.2 MARCO LEGAL.....	25
2.3 MARCO CONCEPTUAL .....	28
CAPÍTULO III.....	30
3 MARCO METODOLÓGICO.....	30
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
3.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	31
3.2.2 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN .....	31
3.2.3 UNIVERSO.....	31
3.2.4 TIPO DE MUESTRA.....	31
3.2.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	32
3.3. MÉTODO.....	33
3.3.1. Tipo de investigación .....	33
3.3.2. Diseño de la investigación.....	33
3.4.3. Análisis de la investigación.....	34
3.5. RECURSOS A UTILIZAR .....	34
3.5.1. Talento Humano .....	34
3.5.2. Recursos financieros .....	35
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	36
3.6.1 Conceptualización de las variables.....	36

<b>3.6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b> .....	37
<b>3.6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b> .....	37
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>37</b>
<b>4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
<b>TABLA N°1.-</b> Distribución según edades de pacientes con esquizofrenia con reingresos hospitalarios en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	38
<b>GRÁFICO N°1.-</b> Distribución porcentual según las edades de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	38
<b>TABLA N°2.-</b> Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que ingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil en los últimos cinco años. ....	39
<b>GRÁFICO N°2.-</b> Distribución porcentual según el sexo de pacientes con esquizofrenia en el área de emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil en los últimos cinco años.....	40
<b>TABLA N°3.-</b> Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante los últimos cinco años. ....	40
<b>GRAFICO N°3.-</b> Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante los últimos cinco años .....	41
<b>TABLA N°4.-</b> Distribución según el número de reingreso total de hospitalizados en cinco años con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.....	42
<b>GRÁFICO N°4.-</b> Distribución según el número de reingreso total de hospitalizados en cinco años con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil. ....	42
<b>TABLA N°5.-</b> Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	43
<b>GRAFICO N°5.-</b> Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	43
<b>TABLA N°6.-</b> Distribución según las áreas de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	44
<b>GRÁFICO N°6.-</b> Distribución según las áreas de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	44

<b>TABLA N°7-</b> Distribución según el soporte familiar de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	45
<b>GRÁFICO N°7.-</b> Porcentajes del soporte familiar de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del INC Octubre a Febrero 2015. ....	45
<b>TABLA N°8.-</b> Distribución según el número de pacientes que viven dentro y fuera de la ciudad que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	46
<b>GRÁFICO N°8.-</b> Distribución de los porcentajes según el número de pacientes que viven dentro y fuera de la ciudad que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	46
<b>TABLA N°9.-</b> Distribución según el nivel del conocimiento de los familiares con pacientes que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	47
<b>GRÁFICO N°9.-</b> Distribución de los porcentajes según el nivel de conocimientos de los familiares con pacientes que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	47
<b>TABLA N°10.-</b> Distribución según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	48
<b>GRÁFICO N°10.-</b> Distribución de los porcentajes según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	48
<b>TABLA N°11.-</b> Distribución según el nivel de conocimiento farmacológico de los familiares con pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	49
<b>GRÁFICO N°11.-</b> Distribución de los porcentajes según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	49
<b>TABLA N°12.-</b> Distribución porcentual de los fármacos que son administrados por los familiares según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	50

<b>GRÁFICO N°12.-</b> Distribución de los porcentajes de fármacos administrados por los familiares según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	50
<b>TABLA N°13.-</b> Distribución porcentual de los fármacos que son administrados por los pacientes según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.....	51
<b>GRÁFICO N°13.-</b> Distribución de los porcentajes de fármacos administrados por los pacientes según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	51
<b>TABLA N°14.-</b> Distribución según la adquisición de medicamentos que se indica en la prescripción según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015 .....	52
<b>GRÁFICO N°14.-</b> Distribución la adquisición de medicamentos que se indica en la prescripción según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015 .....	52
<b>TABLA N°15.-</b> Distribución del nivel socio-económico para la financiación en la medicación de los pacientes en los reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015 .....	53
<b>GRÁFICO N°15.-</b> Distribución del nivel socio-económico para la financiación en la medicación de los pacientes en los reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015. ....	53
<b>TABLA N°16.-</b> Distribución del porcentaje del apego terapéutico de los pacientes en los egresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015 .....	54
<b>GRÁFICO N°16.-</b> Distribución del porcentaje del apego terapéutico de los pacientes en los egresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015 .....	54
<b>TABLA N°17.-</b> Distribución del porcentaje de la creencia que los medicamentos son adictivos en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.....	55

<b>GRÁFICO N°17.- Distribución del porcentaje del apego terapéutico de los pacientes en los egresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden al área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015 .....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>60</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>74</b>

## RESUMEN

La presente investigación sobre los factores que inciden en el reingreso de pacientes con esquizofrenia es un problema que se vive día a día en el instituto de Neurociencias de Guayaquil con un número exuberante de ingresos, atenciones que se dan por esta patología y es muy frecuente observar los mismo clientes ingresar a las áreas de hospitalización con una mayor frecuencia. En este estudio es importante identificar las causas porque el paciente con esquizofrenia ingresa nuevamente a ser hospitalizado con el mismo cuadro sintomático o en ocasiones con estatus más agudos. Por otra parte dentro del presente trabajo investigativo mencionaremos el índice hospitalario de pacientes que han acudido dentro de los últimos cinco años reingresados con el diagnostico de esquizofrenia, el numero poblacional según el género tanto masculino como femenino. Así también mediante la observación, la descripción de tipo perspectivo demostraremos que el apego terapéutico, los bajos recursos económicos y la distancia limitan las posibilidades de cumplir el tratamiento farmacológico.

**Palabras claves:** Factores incidentes – reingreso hospitalario – pacientes – esquizofrenia – sintomático – farmacológico.

## **ABSTRACT**

The present research on factors influencing readmission of patients with schizophrenia is a problem that every day is lived at the Institute of Neurosciences of Guayaquil with lush number of admissions, care given by this disease and is very common to see customers enter the same hospital areas with greater frequency.. This study is important to identify the causes for the patient with schizophrenia admitted to be hospitalized again with the same picture symptomatic or sometimes more acute status.

Moreover within this research work will mention the index hospital patients who have come within the last five years readmitted with a diagnosis of schizophrenia, population number according to both male and female. Well by observing, describing prospective type show that the therapeutic attachment, low income and distance limit the possibilities to meet the pharmacological treatment.

**Keywords:** Factors incidents - readmission - patients - schizophrenia - Symptomatic – pharmacological.



## INTRODUCCIÓN

Dentro de esta investigación hablaremos de esquizofrenia, lo conocemos como un trastorno psicótico que son ideas delirantes con alucinaciones presentes, con omisión de la conciencia de su naturaleza patológica reconocidas como experiencias alucinatorias por quien la padece, en la esquizofrenia, existe el lenguaje desorganizado, comportamiento perturbado o catatónico en el cual altera el mecanismo psíquico del que lo padece haciendo que su conducta sea extraña como por ejemplo su aislamiento, rareza, ideas sobrevaloradas, aplanamiento afectivo, ideas delirantes, inhibición dentro de los vínculos sociales, conductas estereotipadas, alucinaciones tanto auditivas como visuales, vocablos nuevos no existentes, cambios constantes de estados de ánimo, agresividad, agitaciones psicomotrices, pérdida para experimentar placer o satisfacción y algunos síntomas más que nos llevarían a un diagnóstico de esquizofrenia

En la actualidad con los avances de los sistemas de diagnóstico y estudios más profundos a lo largo de todos estos años podemos denominar a esta patología como un conjunto de varios síntomas atribuida para esta enfermedad alterando la salud mental del individuo.

Esta enfermedad permanece como un periodo previo que persiste alrededor de 6 meses incluyendo 1 mes de síntomas en el periodo agudo o como lo conocemos en la fase psicótica pero para poder identificar deben estar presentes por lo mínimo dos o más de estos criterios: ideas sobrevaloradas alucinaciones visuales o auditivas, síntomas negativos comportamiento desorganizado.

Asimismo las definiciones para la clasificación de diferentes tipos de esquizofrenia los cuales para nuestro estudio abarcaremos la esquizofrenia como patología sin distinguir alguna de sus formas porque nuestra

investigación se basa en reconocer y actuar en las causas del reingreso de pacientes con esta patología

# **CAPÍTULO I**

## **1. EL PROBLEMA**

**Factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre 2014 a Febrero 2015**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La provincia del Guayas tiene como capital a la ciudad de Guayaquil donde entre sus casas asistenciales se destaca el Instituto de Neurociencias que atiende a paciente con problemas mentales ayudando al tratamiento recuperación y rehabilitación del paciente para brindarle una mejor calidad de vida y su reinserción en la sociedad. El Instituto fue fundado 2 de febrero de 1881 como Manicomio VELEZ, el edificio fue entregado por el concejo de la ciudad de la junta de Beneficencia de Guayaquil el cual fue reconstruido en 1909 y fue rebautizado como Manicomio Lorenzo Ponce en Abril de 1910. En la actualidad a partir desde el año 2012 toma el nombre de Instituto de Neurociencias (INC) que se encuentra ubicado en la avenida Pedro Menéndez Gilbert.

El INC es un centro de urgencia y emergencias neuro-psiquiátricas y de hospitalización breve de adolescentes y adultos con síntomas agudos y sub-agudos, estados eufóricos, depresión grave, intentos suicidas, intoxicación patológica por sustancias psicoactivas, enfermedades mentales y estados de confusión.

El INC cuenta con diversos servicios de atención como: Consulta externa, Asilo Lorenzo Ponce, Unidad de conductas adictivas, Centro diurno de Rehabilitación, Centro de investigación cerebral, Emergencia siendo en esta

área donde acude el paciente en estado agudo de la enfermedad, donde es valorado para estabilizarlo y de acuerdo al proceso del cuadro clínico es asignado a las diferentes áreas que la conforman de acuerdo a sus códigos.

Los pacientes que con más frecuencia asisten a la casa de salud son aquellos que presentan esquizofrenia, un tipo de enfermedad degenerativa que cuenta con un tratamiento permanente para toda la vida. Afecta a todo tipo de nivel de social, sin embargo la tasa de reingreso en clientes con un nivel socioeconómico bajo es mayor.

Se ha detectado que en el Instituto de Neurociencia de Guayaquil el reingreso de pacientes con esquizofrenia al área de emergencia es por no llevar adecuado controles y tratamientos a seguir por motivo de los recursos económicos y los efectos secundarios de la medicación por el cual el cliente se niega a la toma de la medicación y el proceso del mismo.

### **1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Mediante esta investigación se considera conveniente realizar un estudio formulando la siguiente pregunta:

¿El reingreso de pacientes con esquizofrenia será mayor por no llevar los controles en la continuidad del tratamiento en pacientes que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil?

## 1.1.2 JUSTIFICACIÓN

La justificación más clara por el cual se realiza este trabajo de estudio en el Instituto Neurociencia de Guayaquil en el área de emergencia es porque nos permite investigar sobre las causales que inciden en las recaídas en los que presentan esta patología, así como el conocimiento de los familiares sobre los tipos de tratamientos que existen en la actualidad dejando a un lado los paradigmas y mitos sobre esta enfermedad que puede ser llevada de la mejor manera mediante un proceso arduo, lento pero que asegura la permanencia de un estado de salud óptimo, comprendiendo así que es una problemática de gran magnitud en nuestro medio.

Así también se estudió este problema no solo en el aspecto de salud sino también en el contexto social y económico porque entre los problemas sociales la pobreza es un factor transcendental, a la medida que los pacientes con bajos recursos económicos se pudiese complicar el régimen terapéutico, evadiendo un control médico desconociendo que los costos, que se produce en el cliente hospitalizado son altamente costosos, sabiendo que la prevención es más rentable y garantiza una mejorada calidad de vida e inclusión en la sociedad

El personal de enfermería también cumple un rol muy importante que es de educar a la familia y paciente mediante temas sobre la salud mental, el apoyo familiar, el régimen terapéutico, después del egreso del paciente puesto que es importante su reinserción a la sociedad y la aceptación de la misma llevando su vida cotidiana normal.

Este estudio investigativo es factible realizarlo, ya que contamos con el apoyo del equipo de salud, directivos de la institución, así como de facilidades en disponer recursos materiales más nuestro autofinanciamiento. Para realizar este trabajo existe una generosa accesibilidad en la obtención de la información en el área de emergencia y estadística, es decir donde se produce

un registro de pacientes por medio de la historia clínica, el número de veces que ha sido hospitalizado, asimismo se contó con suficiente información bibliográfica, trabajos realizados en otras universidades, así como numerosos estudios estadísticos.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar Factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de Octubre 2014 a febrero 2015.

### **1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

- ✓ Determinar el déficit de conocimientos de los tratamientos farmacológico en pacientes con esquizofrenia
- ✓ Elaborar un programa de rehabilitación para mejorar la calidad de vida del paciente
- ✓ Ilustrar al personal de enfermería sobre las normas, técnicas y protocolos con pacientes de esquizofrenia en emergencia.

## **1.2 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE**

- ✓ Reingreso de pacientes con esquizofrenia

### **1.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

- ✓ Incumplimiento de los tratamientos farmacológicos y terapias de psicoducción

### **1.4.3 VARIABLE INTERVINIENTE**

Paciente con esquizofrenia

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL**

#### **2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

La historia nos relata que en tiempos antiguos la locura era el comportamiento de conductas irracionales, incomprensibles o descontroladas, siendo de esta manera que los primeros datos que pudiesen tener relación con síntomas psicóticos datan desde el año 2000 a.C. Las personas que padecían de esta locura eran calcinados porque la población creía que era el producto de brujería, magia negra, posesiones diabólicas y sin número de más razones que solo terminaban con la existencia de las personas que manifestaban estos síntomas, en el tiempo de la Ilustración se recluía forzosamente a los que se denominaban sin razón, las famosas casas de retiro iniciadas por Pinel y Tuckey con tratamiento ocupacional hasta las terapias de corte biológico como la electroconvulsiva o los comas insulínicos,

La historia de la esquizofrenia se desarrolla con la historia de la Psiquiatría con figuras representativas como Emil Kraepelin, que en 1890 distinguió una forma de demencia precoz, realizó la distinción de esta patología de la psicosis maniaca depresiva y la paranoia, mientras que Eugen Bleuler, en 1908 sugiere el término de esquizofrenia, él introduce conceptos de síntomas fundamentales las 4 a refiriéndose a asociaciones anormales, afecto anormal, ambivalencia, autismo, Benedict A. Morel y Karl Ludwig Kahlbaum siendo una de las primeras descripciones de las manifestaciones clínicas de esta afección admitidas hasta la actualidad y situadas por otros estudiosos, entre los que por solo citar algunos mencionaremos a: Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider y Karl Jasper, que de una forma u otra han intentado puntualizar criterios diagnósticos para la esquizofrenia.

#### **CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA**



Como ya conocemos la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un conjunto de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones llamados como los síntomas clásicos de la psicosis,

El término esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911, si bien este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de demencia precoz, queriendo enmarcar con este término a aquellas personas que necesariamente sufrían graves deterioros cognitivos y comportamentales similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero refiriéndose en este caso a la edad juvenil. Bleuler, sin embargo, observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia a un cuadro que se caracterizaba por una escisión en la asociación de ideas, una retirada de la realidad y de la vida social. El término esquizofrenia en sí significa mente partida.(Moreno)<sup>1</sup>

La edad de aparición de la esquizofrenia está comprendida entre los 15 y los 45 años. Aunque suele comenzar al final de la adolescencia también hay casos de aparición en la infancia que suelen enmascararse con problemas escolares o alteraciones del comportamiento.(Cidoncha, Psicología online )<sup>2</sup>

## **ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA**

La esquizofrenia es una enfermedad progresiva degenerativa que se produce en edades adultas y por distintos motivos aún desconocidos completamente pero podemos citar algunos aspectos que pudiesen ser causales de esta enfermedad

---

<sup>1</sup>(Moreno)

<sup>2</sup>(Cidoncha, Psicología Online, s.f.)

En la actualidad esta patología, ha sido un tema de mucha expectativa y por las cuales es que se han realizado un sin número de investigaciones por lo interesante y diferente de cómo se presenta esta enfermedad.

En el transcurso de los años se han elaborado varias teorías para poder entender la etiología más el detonante que provoca los síntomas de la esquizofrenia; debido a este interés en la complejidad aún desconocido cuadro es que los investigadores han sumado esfuerzo, teorías para poder determinar el detonante en las variaciones cognoscitivas y perceptivas de la esquizofrenia, obteniendo resultados significativos en sus investigaciones.

Pero a pesar del progreso, los avances que se han producido aun consideramos que la esquizofrenia es idiopática y desconocemos aun porque algunas personas la padezcan.

A lo largo de nuestra investigación podemos resumir y explicar a la esquizofrenia por medio de modelos siendo esta de dos tipos:

**Modelo de Enfermedad** este nos proporciona la definición del trastorno esquizofrénico y los problemas cognoscitivos en el transcurso del cuadro clínico

**Modelo de Función Cognitiva** que la explica mediante la neuropsicología, la actividad cerebral y sus variaciones.

Basándonos exclusivamente al primer modelo en el transcurso de la historia este modelo ha perfeccionado una teoría específica que nos guíe a un criterio concreto que es la encefalopatía progresiva siendo el gestor de esta descripción Kraepelin en el año de 1896 con el término Dementia Praecox naciendo así mediante el descubrimiento del deterioro paulatino parecido a la demencia dándonos a entender que esta patología puede ser hereditario afectando directamente al sistema nervioso y que la cronicidad del medio, las

situaciones acompañadas a las exigencias laborales, estudiantiles, perder el empleo, la muerte de un ser querido, el recibimiento de un nuevo miembro en el hogar, una boda o situaciones que cambien por completo la vida de la persona u otros tipos de presiones que lo rodean iniciarían el inicio de esta patología. Si consideramos los síntomas en los cuadros que se presenta la esquizofrenia podemos deducirlo que es la manera de librar la sobrecarga a la que se está sometido. Pero al mismo tiempo manifiesta que aunque esta enfermedad sea hereditaria no es una garantía de que va desarrollarse.

Ahora bien en el modelo de función cognitiva o cognoscitiva va relacionado en una forma concreta a la actividad cerebral. Según(FRITH, 1992)<sup>3</sup> relaciona que este modelo va encaminado que los síntomas son ocasionados por los déficits neuropsicológico y nos indica que hay dos rutas en estos déficits, la primera para meca mismos voluntarios que son la acción -respuesta y la otra para los mecanismos automáticos como la percepción, el estímulo-Intención, acción y respuesta.

En este modelo ratificamos a los síntomas negativos relacionarse con la alteración en la gestora de mecanismos voluntarios y síntomas positivos. (FRITH, 1992)<sup>4</sup>Planteó que esta patología debe ser entendida como un trastorno del estado mental y el cuadro que comprendía este conjunto de síntomas psicóticos son una manifestación de varias particularidades clínicas que podrían tener una explicación clínica a través del estudio de la mente humana.

(Duñó, 2009)<sup>5</sup>Por otra parte atribuye que los síntomas positivos y negativos no son recomendables para poder conocer con exactitud las intenciones, el pensamientoe ideología que tienen las demás personas.

## **ASPECTO PSICOSOCIALES**

---

<sup>3</sup>(FRITH, 1992)

<sup>4</sup>(FRITH, 1992)

<sup>5</sup>(Duñó, 2009)

Decimos que la esquizofrenia tiene un esquema permanente y rígido dirigido por un sentimiento de pérdida afectiva, a su vez por la falta de respeto, apego a las normas y reglas sociales sobrepasando los límites del derecho hacia los demás y la falta de moral que están regidas por las reglas en la sociedad.

Hace dos décadas atrás el término psicopático se relacionaba a cualquier representación de una perturbación mental. Pero algunos investigadores como lo eran Gross, Morel entre otros cambiaron este significado a dimensiones menos alarmantes de esta patología; aunque ya en ese tiempo ellos lo consideraron como trastorno de personalidad que se manifestaban con conductas que producían molestias, poco tolerables o perjudiciales para las personas y el entorno que lo rodean.

Consideramos dentro de este estudio mencionar que el origen de psicopatía se basa entre una relación compleja que existe entre lo psicológico y biológico. Varios estudios mencionan también aspectos neuro-biológicos que se pueden asociar a la psicopatía pudiendo tener una relación estrecha con los trastornos neuro-anatómicos, neuroquímicos incluso como ya lo mencionábamos anteriormente aspectos genéticos

## **CLASIFICACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA**

En la clasificación de esta patología, existen diferentes tipos en las cuales podemos mencionar:

### **ESQUIZOFRENIAPARANOIDE:**

Este tipo de esquizofrenia es caracterizada porque predominan las ideas delirantes, alucinaciones auditivas y visuales potenciándose aún más las auditivas. Esta clase de esquizofrenia se presenta comúnmente entre las edades de 20 a 30 años siendo la de mejor pronóstico aunque los síntomas sean muy exagerado

Se diferencia de las otras por:

- Inquietud por ideas delirantes, alucinaciones auditivas y visuales frecuentes, ideas sobrevaloradas.
- Ausencia de lenguaje desorganizado, no existe catatonía en cuadros agudos existe agitación psicomotriz, agresividad y conducta suicida.

## **ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA**

En la esquizofrenia catatónica predominan la crisis de movimientos es decir que el individuo tiende a pasar inmóvil, inerte, inexpresivo por mucho tiempo quien la padece tiene conciencia de todo lo que pasa en su entorno, no responde a ninguna clase de estímulo, pueden pasar días sin realizar ninguna actividad y sin satisfacer necesidades fisiológicas por largos plazos. Cabe recalcar quien padece este tipo de esquizofrenia en su interior existen sentimientos que se exteriorizan por medio de taquicardia, taquipnea, automatismos, ecopraxia etc. El pronóstico de esta patología a diferencia de la paranoica es desfavorable, puede durar semanas e incluso meses.

La sintomatología de esta esquizofrenia debe al menos tener dos de estos síntomas para que pueda clasificarse como tal

- Pérdida del movimiento y sensibilidad del cuerpo.
- Movimientos abundantes y sin sentido.
- Negatividad excesiva.
- Establece posturas extrañas durante varias horas, bloqueos, pocas horas de sueño, mutista.

## **ESQUIZOFRENIA HEBEFRÉNICA**

Conocida también como desorganizada es un trastorno mental en el cual la persona que lo padece tiende a poseer alteraciones en su personalidad, comportamiento sin ningún propósito o algo que motive estas actitudes. En esta esquizofrenia prevalecen conductas inadecuadas, anhedonia,

aislamiento social, alucinaciones, delirios, falta de motivación, diálogo desorganizado, comportamiento errático.

Es común que se presente a temprana edad comenzando desde la pubertad hasta la adultez. El desarrollo de la esquizofrenia hebefrénica es progresivamente lenta y pasa inadvertida ya que el cuadro clínico no presenta periodos prodrómicos siendo difícil su diagnóstico por la falta de síntomas.

Aquí prevalece:

- Lenguaje incoherente
- Aplanamiento afectivo
- Anhedonia

### **ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADO**

En esta clasificación de la podemos enunciar que es una composición de las otros tipos de esquizofrenia mencionadas anteriormente en donde no existe un síntoma o cuadro clínico concreto para establecer su diagnóstico.

### **ESQUIZOFRENIA RESIDUAL**

Podemos decir que en esta clasificación se necesita mínimo haber padecido una crisis de esquizofrenia antes y debe cumplir los siguientes criterios

- No existen ideas delirantes, ni alucinaciones auditivas y visuales.

En estudios ya realizados anteriormente suelen mencionar a los pacientes con esta patología basados en síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos están clasificados en dos grandes grupos según las investigaciones de Kraepeling 1896 y Bleuler 1911.

Pero Hughlings Jackson en 1985 fue el gestor de los términos síntomas positivos- negativos.

Según (JACKSON, 1985)<sup>6</sup> consideraba a las alucinaciones y delirios como síntomas anómalos que formaban las manifestaciones positivas y las negativas tornándose en la falta de interés que se manifestaba por la pérdida de función motora en otras palabras el desgano.

Wing en año 1978, propuso la aparición de síntomas, positivos o maníacos que surgen en los estatus agudos y los síntomas negativos se identifican por la falta de interés o gusto en las actividades recreativas con la pérdida de satisfacción de lo que sucede a su alrededor, hipo actividad. Podemos decir este autor concluyó tres grupos de síntomas: el positivo de la esquizofrenia aguda, el síndrome negativo de la esquizofrenia crónica y un tercer síndrome formado por síntomas de los dos anteriores (Moreno)<sup>7</sup>

Fue Crow en 1980 el cual terminó con este debate de indicios positivos negativos, mediante investigaciones llevadas a cabo en el extranjero se enunció el primer tipo de esquizofrenia I y II. Para este autor, la esquizofrenia I tendría un cuadro clínico positivo con síntomas como el delirio la alucinación y su tratamiento farmacológico con antipsicóticos. En cambio la esquizofrenia tipo II presenta síntomas negativos como son alteraciones cognitivas y alteraciones cerebrales, y tendrían un mal pronóstico.

Los Síntomas positivos predominan

□ Las Alucinaciones. Que es diferente a una ilusión en el cual no existe un estímulo visual para la aparición de un objeto al contrario se convierte en una perturbación sensorial de los sentidos el que padece de alucinaciones no reconoce que lo que está observando no es real y surge única y exclusivamente de su mente.

---

<sup>6</sup>(JACKSON, 1985)

<sup>7</sup>(Moreno)

□ Los Delirios. Se conoce como delirio al conjunto de creencias falsas que son de inicio patológico con frases creencias no sensatas e incoherentes, la convicción del delirio varia, aunque en ocasiones se produce una distorsión en su realidad que afecta a toda su familia y entorno. Los delirios pueden ser de referencia, de grandeza, de control etc.

□ Comportamientos fuera de lo ordinario o extravagante. El implicado se viste de una manera muy inadecuada, su estilo al elegir la ropa se disgrega totalmente fuera de la temporada u realizando comportamientos como soliloquios, risa inmotivada, palabras groseras, depresión en lugares alegres agitación psicomotriz con agresividad etc.

□ Formalismo del pensamiento: La forma de comunicarse nos indica la ideología trastornada, la disgregación continua al hablar, presión al habla o fluidez excesiva a más de esto se suele acompañar de trastornos somatomorfos es decir no solo afectan al comportamiento del que lo padece sino que se ve reflejado en palpitaciones, taquicardia, ansiedad mareo etc. Entre más agudo sea el cuadro clínico mejor es el pronóstico ya que se puede tratar de mejor manera porque los síntomas pueden durar periodos de tiempos largos. .

La sintomatología positivase puede presentar en otras patologías que no correspondan a la esquizofrenia tratándose exitosamente con medicamentos antipsicóticos, es por tal motivo que los pacientes, que ya han sido diagnosticadas llevan su medicación y no presentan síntomas por muchos años pero la medicación debe ser llevada siempre por la familia ya que las personas que padecen de esta enfermedad no tienen conciencia terapéutica permanecer asintomáticas durante largos periodos de tiempo.

Al contrario de los positivos los negativos suelen:



□ Aplanamiento afectivo. Es la carencia de expresiones emocionales o sentimientos es el más notable síntoma puede aparecer con disminución de movimientos espontáneos escasez de ademanes, periodos de depresión, anhedonia, dificultad para entablar relaciones sociales.

□ Otro síntomas negativo es la Alogia. Que es la dificultad para el pensamiento y el proceso de las ideas. Sus síntomas son mutismo, en ocasiones pobreza del contenido del lenguaje bloqueos, latencia de respuesta incrementada

Apatía.es la falta de energía e interés. Hay que diferenciar que la falta de energía de la depresión en la patología de la esquizofrenia es de un cuadro crónico degenerativo y que siempre estará de la mano de una tristeza manifestándose con descuido en el aseo e higiene, descuido laboral, cansancio, pesadez, debilidad físico y mental.

□ Problemas de atención. Se concentrar solo por periodos de tiempo y pierde la atención con facilidad no prosigue el hilo de una conversación, desinterés del tema.

## **ESTADIOS DE LA ESQUIZOFRENIA**

Los síntomas pueden variar si se presentan una vez en la vida pueden desaparecer por completo per al cabo de un tiempo se hablaria de un incidentepsicótico; frecuentemente posterior a estos hechos no quedan síntomas negativos. Ya decimos que es una esquizofrenia cuando se presentan las manifestaciones de la enfermedad en un tiempo considerable, y los síntomas aparecer luego de cierto tiempo.

Las fases pueden ser tres:

La fase prodrómica. En esta etapa es donde producen todos los síntomas en un periodo de tiempo determinado previo a una crisis como son nerviosismo, anhedonia, dificultad para concentrarse, insomnio, depresión, preocupación, aislamiento social, ideas de referencia, apatía, agitación emocional etc.

Es una predisposición genética cuando las personas desarrollan en edades avanzadas el curso de la esquizofrenia influyendo en sus primeras relaciones con el vínculo familiar y compañeros.

La Etapa activa de la enfermedad. Aquí es donde se desata la enfermedad con delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento, alogia anhedonia, aplanamiento afectivo, agitación psicomotriz etc. en esta es donde el paciente es llevado a la casa asistencial para su recuperación.

Los síntomas aparecen súbitamente y la patología suele manifestarse en pocos días después de la hospitalización. A veces el inicio de la patología es muy lento y pasa desapercibida. Ahora el tiempo que duran las crisis es incierto depende de persona pudiendo durar varias semanas

Fase residual. Aquí los síntomas negativos llegan a su tope existe el deterioro crónico de la persona a nivel social laboral emocional no todos los cuadros terminan en esta fase.

## **DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA**

Para poder establecer el diagnóstico de la esquizofrenia, sus tipos y clasificación debemos guiarnos según los criterios que explica el DSM V-TR.

Criterio A Primero están los síntomas propios de la esquizofrenia: pudiendo ser Dos o más de los que mencionaremos a continuación:

1. Lenguaje desorganizado o conocido como disgregación frecuente o también incoherencia

2. Actitud catatónica
3. Ideas delirantes
4. Alucinaciones
5. También pueden presentarse como síntomas negativos como lo es la anhedonia apatía o abulia

Recordemos que cada uno de estos está vigente en un periodo de un mes conocido como el periodo prodrómico de la enfermedad, Solo se necesita un síntoma del Criterio A como son los delirios o alucinaciones auditivas de una o varias voces dentro del pensamiento o actitud del sujeto

Criterio B. conocida como disfunción social laboral: Afecta directamente a la parte del desarrollo social entre ellas las relaciones interpersonales el autocuidado, el juicio , percepción de sí mismo y en lo laboral la falta de sentido de responsabilidad, deterioro de la cognición rendimiento laboral cansancio físico y mental en esta etapa es cuando se inicia la sintomatología. Criterio C el tiempo de duración de los signos y síntomas:están presentes al menos durante unos 6 meses. En este lapso de 6 meses debe contener al menos 1 mes de síntoma del A pudiendo incluir períodos de sintomatologíasprodrómicas y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (Moreno)<sup>8</sup>

Criterio D. llamado criterio de exclusión porque se descarta todo lo referente a los trastornos esquizo-afectivos y los de estado de ánimo son descartados ya que en la fase activa de la esquizofrenia no existió episodio depresivo, maníaco o mixto, si acontecen sucesos de variación anímica y han estado presentes durante la fase activa, decimos que la duración total solo es transitoria en comparación a la duración de períodos como el activo y residual.

---

<sup>8</sup>(Moreno)

El consumo de sustancias psicotrópicas o alucinógenas y la enfermedad médica: es de exclusión debido a los efectos directos que produce alguna sustancia o enfermedad y sea por esta causa las alteraciones que se puedan producir.

Por lo consiguiente se puede excluir un trastorno generalizado del desarrollo: porque si una hay historia de trastorno de base como lo es autismo u otro trastorno del desarrollo y crecimiento anómalo de la persona, el diagnóstico de esquizofrenia solo se realizará si cumple los criterios de tipo A en fase activa con síntomas negativos durante un periodo al menos de un mes

## **TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**

Para poder tratar la enfermedad se necesita fundamentalmente de fármacos antipsicóticos, ya que su acción es de controlar, estabilizar y eliminar los síntomas activos por esto es necesario, el cumplimiento terapéutico rehabilitador de corte psicosocial de la persona. Necesitamos que la persona que lo padece se centre en la realidad y que pueda recuperar sus hábitos de vida, su entorno social es decir la inclusión de vuelta a la sociedad. Pero esto no solo se debe basar en fármacos sino en la psicoterapia que debe ser recibida por la familia y el paciente para mejorar las habilidades sociales, los implicados en el vínculo social conocer el curso de la enfermedad para prevenir las residuas tomando acciones emergentes en caso de existir algún indicio de la enfermedad.

Los antipsicóticos actúan como estabilizadores en cuadros agudos como agitación psicomotriz, agresividad ideas delirantes, alucinaciones tanto auditivas como visuales u otros trastornos esquizofrénicos que gracias a los fármacos desaparecen.

Si los cuadros agudos son repetitivos y los reingresos hospitalarios son frecuentes el tratamiento farmacológico debe ir dirigido con neurolepticos porque ofrecen una protección importante y segura contra las recaídas a crisis agudas. Se distinguen dos grupos de antipsicóticos: los llamados clásicos o típicos son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios y los atípicos, producen menos efectos secundarios y son eficaces, igualmente, en los síntomas positivos.(Moreno)<sup>9</sup>

La importancia de los déficits cognitivos que se producen en la esquizofrenia suelen ser de preocupación para miles de familiares que pasan por este tipo de situaciones pero gracias a la rehabilitación neurocognitiva junto con las terapias psicológicas se adaptan a las distintas necesidades y etapas de la enfermedad en conjunto con el tratamiento psico-farmacológico.

Este tipo de rehabilitación se inicia en los años 80 y busca modificar de manera estable determinadas capacidades cerebrales en virtud de la neuroplasticidad del sistema nervioso. Para ello, se sirve de técnicas de aprendizaje y cambio de la conducta, así como de modificaciones en el entorno o de la ayuda.(Moreno)<sup>10</sup>

En las últimas décadas se han realizado estudios para implementar nuevos modelos en la rehabilitación psicoterapéutica. En un estudio realizado por (VALLINA & LEMOS, 2001)<sup>11</sup> en la eficacia de los tratamientos psicológicos en la esquizofrenia salió a la luz cuatro modalidades para el tratamiento psicológico que fueron las intervenciones psicoeducativas dirigidas hacia los familiares, el entrenamiento en habilidades sociales para un mejor desenvolvimiento en la sociedad e inclusión en la misma, la terapia cognitivo-conductual que se basa directamente en los síntomas psicóticos.

---

<sup>9</sup>(Moreno)

<sup>10</sup>(Moreno)

<sup>11</sup>(VALLINA & LEMOS, 2001)

Así también existen investigaciones que revelan las formas de la rehabilitación neuro-cognitiva en la esquizofrenia y los resultados positivos que surgieron en esas investigaciones. Hace algún tiempo atrás se realizó un estudio en el cual se aplicaban en los pacientes con esquizofrenia técnicas de rehabilitación para el daño cerebral mencionado por(DAVALOS, GREEN, & RIAL, 2010)<sup>12</sup>. Ellos pudieron concluir de esta manera que la rehabilitación cognitiva específicamente en áreas de atención, concentración, memoria hace que mejore las destrezas para la vida diaria recomendando a su vez el ejercicio de las habilidades sociales y cognición.

Como ya mencionamos anteriormente los déficit cognitivos que se producen en esta patología podríamos relacionarlos con alteraciones del proceso de la información ya sea de tipo atencional y codificación de la información; al mismo tiempo estas alteraciones producirían otra carencia cognitiva aún más compleja en el proceso de formación de conceptos y recuperación de la memoria.

En la actualidad hay infinidad de terapias dirigidas a la estimulación de estas zonas cerebrales, pero podemos destacar que una de las terapias más asertivas que es la psicológica integrada (IPT) que consiste en actuar directamente en las habilidades cognitivas y sociales de la persona que presenta esquizofrenia mediante cinco programas que son la Diferenciación cognitiva, la Percepción social, Habilidades sociales, Comunicación verbal y Resolución de Problemas inter-personales,(Cangas, 2010)<sup>13</sup> realizándose tres veces por semana, entre 30 a 60 minutos de duración, durante al menos tres meses.

El primer programa que es la diferenciación Cognitiva trata de preguntas de respuestas inmediatas y preguntas fáciles como sus nombres, las formas

---

<sup>12</sup>(DAVALOS, GREEN, & RIAL, 2010)

<sup>13</sup>(Cangas, 2010)

geométricas, los colores, días de la semana: sinónimos y antónimos, jerarquía de conceptos, etc.

En el segundo programa está guiado a la percepción social basada desde las emociones sociales a partir de un partir modelo base como escenas de emociones, interpretación de la misma y estimularlos a tener un sentimiento propio y empoderarse de ello según como se desarrolle entorno.

El tercer programa es el de comunicación verbal que trabaja directamente en las modulaciones de tonalidad de voz, ejercicios de repetición verbal para adecuar la voz acorde a una conversación que se pueda establecer siguiendo un orden lógico y siguiendo el hilo del tema esto se logra básicamente en el ensayo-modelado.

En el cuarto programa, conocido como habilidades sociales va dirigido a la práctica de habilidades sociales como las peticiones asertivas, inclusión social, interacción con la sociedad seguridad y convicción hacia el mundo exterior.

El quinto programa es el de resolución de problemas interpersonales, en este último programa se potencian las destrezas sociales en la resolución de problemas a nivel de todos los aspectos ya sea laboral, sentimental, familiar etc. para poder establecer el punto de equilibrio al padecer de esta enfermedad.

## **FALTA DE APEGO TERAPÉUTICO**

La falta de apego, o la incapacidad para seguir de manera precisa un régimen terapéutico, es un fenómeno común en el proceso de atención de la salud. En este plan de cuidados se presenta dos formas para hacer frente al comportamiento de falta de cumplimiento. La primera que se basa en el diagnóstico de enfermería "falta de apego terapéutico", se diseñó para

utilizarse con pacientes que se rehúsan a cumplir o toman la decisión específica de declinarlo. La segunda recurre al diagnóstico de enfermería “auto cuidado ineficaz de la salud”, para los pacientes que son incapaces de dar seguimiento a un régimen terapéutico.

Es un principio es posible que ni la enfermera ni el paciente conozcan las razones que explican la falta de apego. Resulta esencial explorar los factores que subyacen la conducta de falta de cumplimiento y determinar el paciente es ineficaz de dar seguimiento a su régimen terapéutico o no lo desea, y asistirlo para introducir cambios positivos. Los factores relacionados con la falta de apego terapéutico incluyen los siguientes.

**Factores psicológicos:** Incluidos falta de conocimientos, actitudes, valores y creencias del paciente negación a la enfermedad y otros mecanismo de defensa. Tipo de personalidad y niveles de ansiedad.

**Factores ambientales y sociales:** Como falta de sistema de apoyo, recursos financiero transportación y vivienda, y otros programas que puedan soslayar la necesidades de la salud.

Característica del régimen, por ejemplo falta de beneficio percibido por el paciente, demanda de cambios excesivo en el individuo, régimen demasiado difícil o complejos, efectos colaterales problemáticos, generación de aislamiento o estigmatización social.

**Característica de la relación enfermera – paciente** (o con otros miembros del personal de la atención de la salud), como en el caso de la comunicación deficiente en la que el enfermo percibe frialdad, falta de interés o autoritarismo en la enfermera, cuando el sujeto se siente desalentado o tratado como un objeto, o cuando el paciente y la enfermera luchan por el control.

Se calcula que hasta el 50% de todos los pacientes carece de capacidad para dar seguimiento a su régimen prescripto en forma apropiada. Estos individuos



muchas veces pueden señalar que entienden el régimen terapéutico, pero su conducta (falta de apego) revela un problema. En las personas con problema de salud mental, la falta de apego relativo a los fármacos prescrito es un posible relevante que muchas veces conducen al reingreso. La falta de cumplimiento del régimen farmacológico puede tener manifestaciones diversas, entre otras el rechazo completo al uso de los fármacos, la ingestión de dosis mayores o menores que la prescrita, la administración errática o esporádica del fármaco, o el uso de compuesto prescritos a otras personas. Trabajar con un paciente que carece de apego puede resultar frustrante.

La enfermera puede sentirse enojada o impaciente cuando el individuo no sigue el régimen prescrito, lo que puede dañar la relación terapéutica. Es importante que la enfermera reconozca y enfrente sus propios sentimientos relativos a la conducta de falta de observancia del paciente para tener un papel efectivo en la relación enfermera o paciente, y ayudar a la persona a conseguir la meta de alcanzar la efectividad máxima del régimen terapéutico.

Si el paciente se encuentra dispuesto a seguir su régimen terapéutico, pero no puede hacerlo, es importante a valorar las causas de su incapacidad para cuidar de manera apropiada de sí mismo. Estos factores pueden incluir la falta de conocimiento, la complejidad del régimen terapéutico, los efectos desagradables del fármaco, los problemas con los recursos financieros o de otros tipos, las relaciones con las personas allegadas, la situación de vida y otras. Al utilizar esta información la enfermera puede colaborar con el equipo interdisciplinario para introducir cambios al régimen e identificar opciones para tener efecto sobre otros aspectos de las situaciones del enfermo, con el objetivo de favorecer su capacidad para proveerse al auto cuidado (Shultz & Videbeck, 2013).<sup>14</sup>

## **2.2 MARCO LEGAL**

---

<sup>14</sup>(Shultz & Videbeck, 2013)

Los trastornos mentales son en la actualidad un problema social a nivel internacional y local afectando a cualquier grupo de clase social, raza, sexo en todas las regiones mundiales. La esquizofrenia es una de las patologías que ha ido evolucionando en el transcurso de la historia, conociendo día a día nuevas teorías permiten la asertividad del diagnóstico, su tratamiento y rehabilitación.

No obstante aún para la sociedad es un tema incomprensible y la información sobre la enfermedad es tergiversada por la cultura histórica de sus ancestros en el cual aún persisten ciertas creencias erróneas sobre la enfermedad.

Según la OMS se denomina esquizofrenia a una enfermedad o conjunto de enfermedades que generalmente se presenta en jóvenes y tiene un curso deteriorante con síntomas variados y ninguno patognomónico existiendo signos positivos, negativos, afectivos y cognoscitivos.

Según el aspecto legal en el Ecuador se considera a los enfermos de salud mental dentro de la categoría de las enfermedades catastrófica por su alto grado de complejidad y de tratamiento. En el país no hay una definición exacta de lo que se debe entenderse como enfermedad catastrófica pero la subsecretaria de extensión de la protección social en salud atención de enfermedades catastrófica considera como enfermedad catastrófica a lo que cumple las siguientes características:

- ✓ Que implique un alto riesgo para la vida de la persona
- ✓ Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto su atención sea emergente
- ✓ Que su tratamiento sea programado
- ✓ Que el valor de su tratamiento mensual sea mayor a una canasta básica familiar publicada mensualmente por el INEC.

También corresponde a cualquier patología que implique un alto riesgo en la recuperación y alta probabilidades de muerte del paciente además atención médica de alta complejidad y lo cual incluye consulta especializada, alta tecnología para el diagnóstico, hospitalizaciones prolongadas terapias de larga duración.

Luego de conocer las características que están consideradas dentro de una enfermedad catastrófica en el territorio nacional podemos considerar que la esquizofrenia entra en estos parámetros ya que:

- ✓ Implica un riesgo para la vida de sí mismo su familia y el entorno en caso de brotes psicóticos.
- ✓ Es una enfermedad de larga duración y de atención inmediata en casos de brotes psicóticos
- ✓ El costo del tratamiento en cada recaída es mayor a una canasta básica familiar
- ✓ Su recuperación es de pronóstico incierto dependiendo de la evolución del paciente y requiere una hospitalización prolongada.

Nuestro gobierno por medio del IESS y el Ministerio inclusión social (MIS) ha creado la red de protección solidaria conocida como MIES con el propósito de brindar apoyo inmediato en situaciones o caso catastróficos cubriendo a todos los Ecuatorianos y extranjeros residentes en Ecuador.

Según el Art. 47 numeral 1.- de la Constitución, 2008 menciona que:

“La constitución reconoce a las reconoce a las zonas con discapacidad la atención especializada en los servicios de salud, tanto en entidades privadas o públicas”.

Según el Art. 358 de la constitución nos dice:

Establece que el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potenciabilidad para su

vidasaludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural, se seguirá por los principios generales del sistema nacional e inclusión y entidad social.

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Alucinaciones:** Percepción falsa de un objeto o un estímulo inexistente que un individuo considera como real puede ser visual, olfativo, táctil o auditivo.

**Antipsicóticos:** Medicamentos utilizados para el tratamiento de la psicosis, trastornos maníacos y otro tipo de los trastornos de la personalidad, agitación psicomotriz e incluso sedación.

**Automatismo:** Movimientos propios de un mecanismo automático.

**Catalepsia:** Es un trastorno nervioso repetitivo caracterizado por la inmovilidad y rigidez del cuerpo acompañada con insensibilidad muscular.

**Catatonía:** Es la ausencia de la movilidad y la voluntad de la persona que padece de síntoma para realizar acciones cotidianas etc.

**Cognitivo:** Conjunto de procesos intelectuales por los cuales un individuo adquiere información sobre el entorno y la elabora por medio de la percepción, el recuerdo, la comprensión el juicio o el razonamiento.

**Comportamiento:** Son los actos, las actitudes de las personas frente a una sociedad, entorno o estímulos ya sea emocional u externo.

**Conducta:** Es la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos en la vida tiene una correlación con el comportamiento.

**Creencias:** Estado de la mente en que un individuo considera como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.

**Criterios:** Es una norma o regla o pauta para conocer la veracidad o falsedad de un evento, capacidad o facultad que se tiene para formular una opinión de acuerdo a su experiencia.

**Delirante:** Es la alteración mental de una persona en el que se produce excitaciones, desorden de las ideas alucinaciones, frases sin sentido.

**Descontrolado:** Es la pérdida del control y el orden de las personas frente a un evento o suceso.

**Diagnóstico:** Es el análisis que se realiza para determinar cualquier situación. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos sistemáticamente, en medicina es el procedimiento por lo cual se identifica la enfermedad para su posterior tratamiento.

**Ecolalia:** Es la repetición involuntaria de una frase o palabra que se produce de persona a persona como un eco.

**Esquizofrenia:** es una enfermedad compleja que se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica, así como porque incapacita al paciente de una manera considerable en su funcionamiento ocupacional, social, económico, de pareja con su componente sexual y familiar, es decir en su funcionamiento psicosocial total.

**Experto:** Persona reconocida como una fuente confiable de conocimiento amplio, al a técnica, habilidad para realizar un procedimiento de manera correcta justa e inteligente

**Ilustración:** Es la explicación por medio de gráficos para complementar un texto o a su vez la imaginación explicativa.

**Incumplimiento Farmacológico:** Es la omisión del tratamiento estructurado por el médico.

**Prodrómicos:** Síntomas previos a una crisis, es el inicio de la enfermedad en sí luego de eso continua la enfermedad.

**Psico-educación:** Es la información con respecto a un tema determinado en una enfermedad o patología en este caso la psiquiátrica ayudando al usuario a un mejor entendimiento del progreso paulatino de la enfermedad así también conocimientos sobre la farmacología y el afrontamiento del paciente ante la sociedad.

**Psicosis:** Alteración mental que se caracteriza por cambio de personalidad y el pensamiento pudiendo llegar a la agresividad suicidio etc. Los pacientes pierden la falta de contacto con la realidad y su creencia es real.

**Reingreso:** Le llamamos reingreso hospitalario a la recaída o ingresos sucesivos que se generan frecuentemente en un mismo lugar o casa asistencial en donde el paciente ya ha permanecido en estadía por un largo tiempo.

## **CAPÍTULO III**

### **3 MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Dentro del presente trabajo de titulación se aplicara la metodología de diseño del proyecto ya que este enfoque corresponde a un modelo cuantitativo en el cual nos permitirá verificar, recolectar, cuantificar datos basados en la realidad

de nuestro tema y así los resultados que se obtengan dentro del proceso estarán regidos a los valores estadísticos dentro de estos últimos años.

La modalidad que usaremos es de tipo descriptiva, explicativa y de campo debido a que después de conocer, recoger, examinar y definir el problema en discusión, nos permitirá resolver el hecho por el cual se seleccionó este problema.

## **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN**

El lugar de investigación y el número de la población de nuestra muestra se obtendrá de los pacientes atendidos mensualmente en el área de emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil

### **3.2.2 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN**

Octubre del 2014 hasta Febrero del 2015

### **3.2.3 UNIVERSO**

El Universo fueron todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudieron al servicio de emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil desde octubre del 2014 hasta Febrero del 2015, de las cuales fueron 100 casos con el diagnóstico F200

### **3.2.4 TIPO DE MUESTRA**

La presente investigación es de tipo no probabilístico que se ha seleccionado según los criterios de inclusión para la selección de los pacientes con patología de esquizofrenia, se consideró 80 pacientes acudieron por emergencia, al Instituto de Neurociencias de Guayaquil, desde Octubre del 2014 hasta Febrero del 2015. El tamaño de la muestra va ser determinado por la fórmula universal de cálculo de muestra aplicada a un universo finito de pacientes que presentan esquizofrenia.

### 3.2.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el tamaño de la muestra corresponde al número de personas

Formula finita

$$n = \frac{Npq}{Z^2 \left( \frac{(N-1)E^2}{4} + pq \right)}$$

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

p = posibilidad de que ocurra un evento p = 0.50

q = posibilidad de no ocurrencia de un evento q = 0.50

E = error, se considera el 5 % E = 0.05

Z = nivel de confianza, que para el 95% , Z = 1.96

$$n = \frac{100 \times (0.5) \times (0.5)}{(1.96)^2 \left( \frac{(100-1)(0.05)^2}{4} + (0.5 \times 0.5) \right)}$$

$$n = \frac{25}{1}$$



	$\frac{(99) (0.0025)}{3.84}$	+0.25
n=	$\frac{25}{0.25}$ $\frac{\quad}{3.84}$	+0.25
n=	$\frac{25}{0.065}$	+0.25
n=	$\frac{25}{0.315}$	
n=	80 pacientes	

### 3.3. MÉTODO

#### 3.3.1. Tipo de investigación

Fue de tipodescriptivo, analítico, explicativo, bibliográfico y como técnica se elige la observación, y la encuesta donde se podrá establecer los factores en el cual porque el reingreso de los pacientes con esquizofrenia.

Utilizamos estos instrumentos de investigación para la recolección de datos reales sobre el presente estudio a investigar con el objetivo de reducir el número de reingresos hospitalarios en pacientes con la patología de esquizofrenia en el área de emergencia del instituto de Neurociencias de Guayaquil.

#### 3.3.2. Diseño de la investigación

No experimental. Prospectivo

### **3.4.3. Análisis de la investigación.**

Se efectuará de acuerdo a los resultados de la tabulación de los datos, en la que se describirán los indicadores de mayor porcentaje.

## **3.5. RECURSOS A UTILIZAR**

### **3.5.1. Talento Humano**

#### **Asesor de tesis**

Mgs. Galo Toaza

#### **Responsables autores**

Nelly Mariuxy Guerrero García Egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería 2015-2016

- ✓ Euro Xavier Mendoza Medina Egresado de la Carrera de Licenciatura en Enfermería 2015-2016

#### **Colaboradores**

- ✓ Autoridades del Instituto de Neurociencias de Guayaquil
- ✓ Coordinadora de docencia e investigación
- ✓ Profesionales licenciados y auxiliares de enfermería

### 3.5.2. Recursos financieros

	<b>PRESUPUESTO</b>		
<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>a) Personal</b>			
Tutor	1		
Investigadores	2		
<b>b) Materiales</b>			
Computadoras	2	50.00	50.00
Impresiones	500	0.10	50.00
Resma de papel	5	5.00	20.00
Lápices	80	0.20	16.00
Sacapuntas	10	0.25	2.50
Bolígrafos	10	0.30	3.00
Empastado	1	20.00	20.00
Líquido corrector	5	0.50	2.50
Pliegos de papel periódico	8	0.30	2.40
Pendrive	2	10.00	20.00
Calculadora	2	5.00	10.00
<b>c) Otros</b>			
Transporte	30	0.50	15.00
Internet	250	0.50	125.00
Refrigerios	20	2.00	40.00
<b>TOTAL</b>			<b>376.40</b>

Elaborado por: Nelly Mariuxi Guerrero García, Euro Xavier Mendoza Medina Egresados de la Carrera de enfermería

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	FUENTE
Reingreso de pacientes con esquizofrenia	Persona que ingresa a consulta médica por el mismo motivo más de una vez	Edad  Sexo	15-25 26-35 >36  Masculino Femenino	Encuesta a familiares de pacientes.
Incumplimiento de tratamiento farmacológico	Todo paciente que no cumple con el tratamiento médico correctamente	Administración del medicamento	Paciente Familiar Otros	Encuesta a familiares de pacientes.
Pacientes con esquizofrenia	Trastorno mental que dura toda la vida no tiene cura pero si tratamiento.	Valoración neurológica	Historia Clínica	Pacientes.

#### 3.6.1 Conceptualización de las variables

**Esquizofrenia:** es una enfermedad compleja que se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica, así como porque incapacita al paciente de una manera considerable en su funcionamiento ocupacional, social, económico, de pareja con su componente sexual y familiar, es decir en su funcionamiento psicosocial total.

**Psico-educación:** Es la información con respecto a un tema determinado en una enfermedad o patología en este caso la psiquiátrica ayudando al usuario a un mejor entendimiento del progreso paulatino de la enfermedad así también conocimientos sobre la farmacología y el afrontamiento del paciente ante la sociedad.

**Reingreso:** Le llamamos reingreso hospitalario a la recaída o ingresos sucesivos que se generan frecuentemente en un mismo lugar o casa asistencial en donde el paciente ya ha permanecido en estadía por un largo tiempo.

**Incumplimiento Farmacológico:** Es la omisión del tratamiento estructurado por el médico.

### **3.6.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 1) Usuarios quienes fueron valorados por el médico especialista que confirme el diagnóstico de esquizofrenia.
- 2) Pacientes con esta patología que consten como clientes que reingresen al Instituto de Neurociencias de Guayaquil con diagnóstico de esquizofrenia y además complicaciones relacionadas con la misma.

### **3.6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- 1) Pacientes que presentes otras patologías ajenas a la esquizofrenia.
- 2) Pacientes menores de 15 años de edad.
- 3) Usuarios que asistan por primera vez a la institución.

## **CAPÍTULO IV**

#### 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

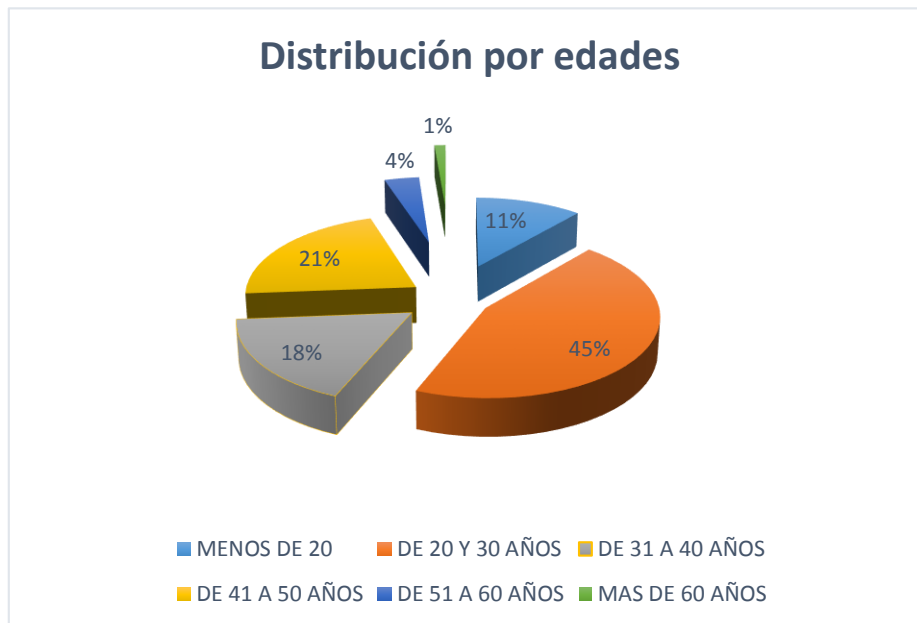
**TABLA N°1.-** Distribución según edades de pacientes con esquizofrenia con reingresos hospitalarios en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

<b>AÑO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MENOS DE 20	9	11.25%
DE 20 Y 30 AÑOS	36	45%
DE 31 A 40 AÑOS	14	17.5%
DE 41 A 50 AÑOS	17	21.25
DE 51 A 60 AÑOS	3	3.75
MAS DE 60 AÑOS	1	1.25
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza medina

**GRÁFICO N°1.-** Distribución porcentual según las edades de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### Análisis e Interpretación

El cuadro nos muestra los siguientes resultados los pacientes con mayor reingreso hospitalario son los clientes de entre el rango de 20 a 30 años ubicándose en un 45%, seguidos de pacientes con edades de 41 a 50 años que corresponden al 21%, hallándose en tercer lugar las edades de 31 a 40 que registran un 18%, como cuarto lugar encontramos a la población entre las edades de 51 a 60 años con el 4%, y como más bajo índice los adultos mayores con apenas el 1%. La esquizofrenia mayormente aparece en la etapa de adultos jóvenes y adultos siendo así que la mayor tasa de incidencia y de reingresos hospitalarios se ve manifestada en los porcentajes expuestos

**TABLA N°2.-** Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que ingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil en los últimos cinco años.

AÑO	MASCULINO	FEMENINO	% HOMBRES	% MUJERES

2010	228	224	50.33%	49.44%
2011	241	206	53.91%	46.08%
2012	241	240	50.10%	49.89%
2013	264	245	51.86%	48.13%
2014	250	210	54.37%	45.65%
<b>TOTAL</b>	1.224	1.125	51.97%	47.89%

**Fuente:** Base obtenida del departamento de estadística del instituto de Neurociencias de Guayaquil ingresos con esquizofrenia

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza medina

**GRÁFICO Nº2.-** Distribución porcentual según el sexo de pacientes con esquizofrenia en el área de emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil en los últimos cinco años.



### Análisis e Interpretación

Como Podemos demostrar en este grafico la población en pacientes con esquizofrenia ingresados es más incidente en el pacientes de sexo masculino con un 52% dentro de los últimos 5 años y en mujeres con el 48%.

**TABLA Nº3.-** Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante los últimos cinco años.

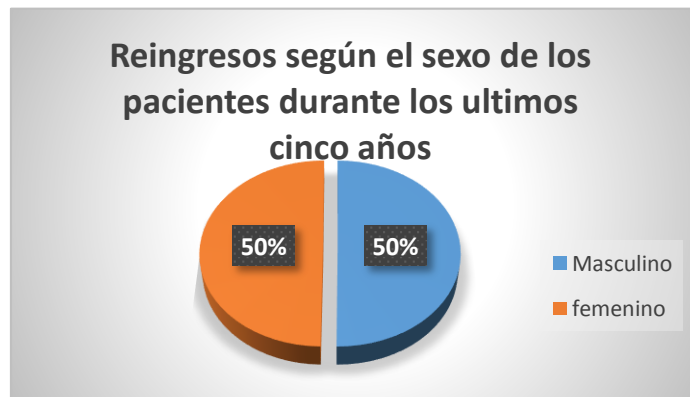
AÑO	MASCULINO	FEMENINO	% HOMBRES	% MUJERES
2010	27	25	51.92%	48.07%



2011	30	21	58.82%	41.17%
2012	41	45	47.67%	52.32%
2013	52	42	55.31	44.68
2014	41	37	52.56%	47.43
<b>TOTAL</b>	171	170	50.14%	49.58%

**Fuente:** Base obtenida del departamento de estadística del instituto de Neurociencias de Guayaquil reingresos con esquizofrenia  
**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza medina

**GRAFICO N°3.-**Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil durante los últimos cinco años



### Análisis e Interpretación

Como Podemos demostrar en este grafico la población en pacientes en reingresos con esquizofrenia ingresados es prácticamente similar en proporciones tanto en hombres como en mujeres.

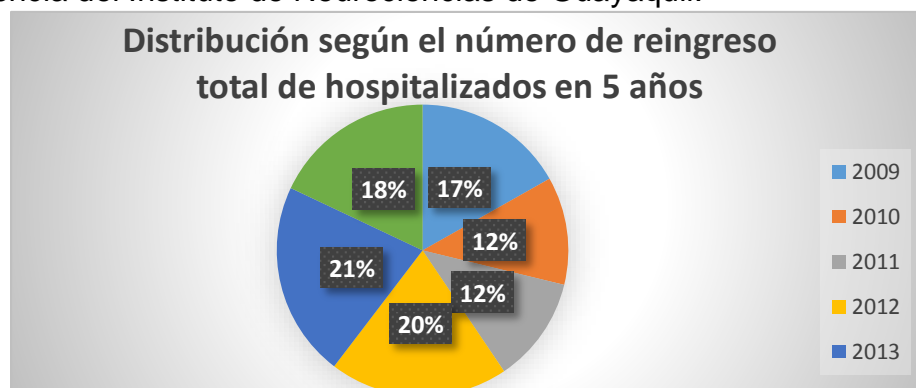
AÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
2009	73	17%
2010	52	12%

<b>TABLA N°4.-</b> el número de hospitalizados en esquizofrenia que Emergenia del Neurociencias de	2011	51	12%	Distribución según reingreso total de cinco años con acuden el área de Instituto de Guayaquil de
	2012	86	20%	
	2013	94	21%	
	2014	78	18%	
	<b>TOTAL</b>	434	100	

Octubre a Febrero 2015.

**Fuente:** Base obtenida del departamento de estadística del instituto de Neurociencias de Guayaquil reingresos con esquizofrenia  
**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°4.-** Distribución según el número de reingreso total de hospitalizados en cinco años con esquizofrenia que acuden el área de Emergenia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil.



### Análisis e Interpretación

Mediante la tabla de resultados podemos conocer que en el 2009 hubo un 17% de pacientes que reingresaron por esquizofrenia, durante el 2010 – 2011 el número de clientes con la patología ya mencionada descendió a un 12%,

mientras que en el 2012 – 2013 ascendió entre el 20 y 21% y en el 2014 la cifra resulto bajar al 18%.

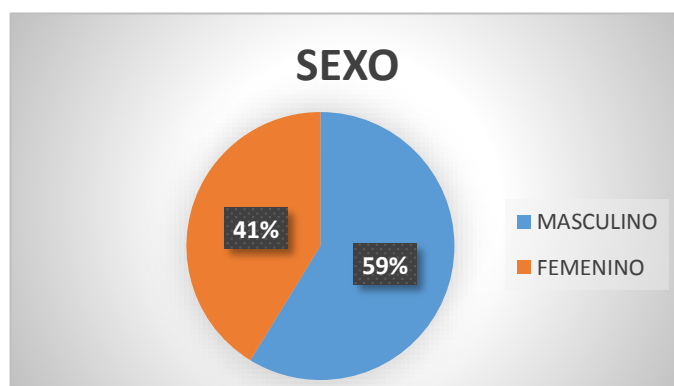
**TABLA N°5.-** Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MACULINO	47	58.75%
FEMENINO	33	41.25%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza medina

**GRAFICO N°5.-** Distribución porcentual según el sexo de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Se observó que del total de la población con esta patología corresponde al sexo masculino en 59% demostrando que la tasa de incidencia es mayor en

varones y en mujeres es del 41% demostrándonos así que el número poblacional de las mujeres es menor con reingreso de pacientes con esquizofrenia

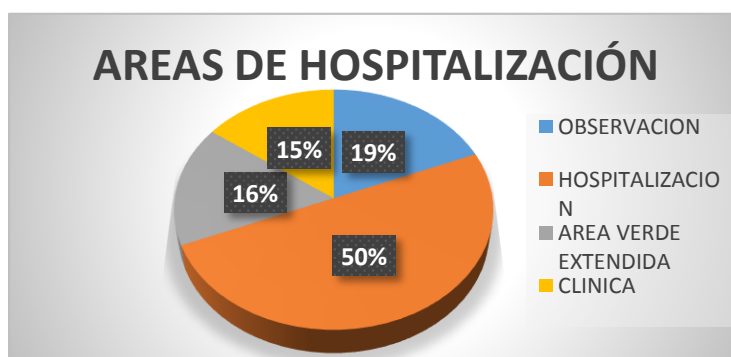
**TABLA N°6.-** Distribución según las áreas de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
OBSERVACIÓN	15	18.75%
HOSPITALIZACIÓN	40	50%
ÁREA VERDE EXTENDIDA	13	16.25%
CLÍNICA (Asistencia privada)	12	15%
<b>TOTAL :</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°6.-**Distribución según las áreas de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Se demostró que el mayor número de pacientes con esta patología se encuentra en el área de hospitalización general con un 50% seguido del área de observación con un 19% cabe recalcar que aquí es donde se encuentran

los clientes para su estabilización terapéutica y según su evolución pasan al área de hospitalización. El 16% es del área verde extendida y apenas el 15% corresponde a clínica.

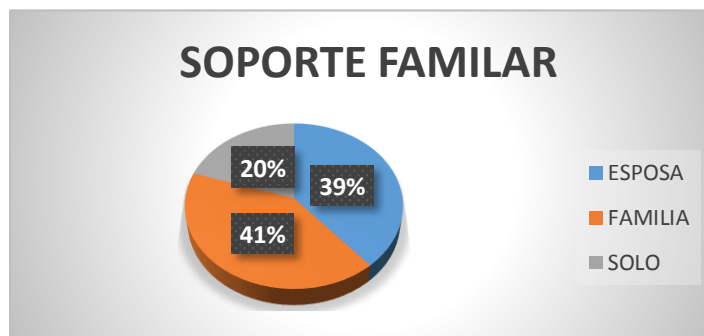
**TABLA N°7-** Distribución según el soporte familiar de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

SOPORTE FAMILAIR	CANTIDAD	PORCENTAJE
ESPOSA	31	38.75%
FAMILIA	33	41.25%
SOLO	16	20%
<b>TOTAL :</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°7.-** Porcentajes del soporte familiar de los pacientes con esquizofrenia que reingresan en el área de Emergencia del INC Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Se observó que del total de los familiares encuestados el 41% de los pacientes viven en su núcleo familiar, el total de 39% de pacientes viven con sus esposas y el 20% de los pacientes viven solos y fueron traídos por personas ajenas a su familia. Esto nos permite apreciar que la cuarta parte de la población con esquizofrenia vive en compañía de su familia, y que el soporte dentro del reingreso es fundamental para el apego terapéutico, por otro caso la misma familia con las actitudes que ya conocemos de esta patología hace

que el vínculo familiar comience a confundir la enfermedad en si con el comportamiento del paciente por momentos coherente con una crisis.

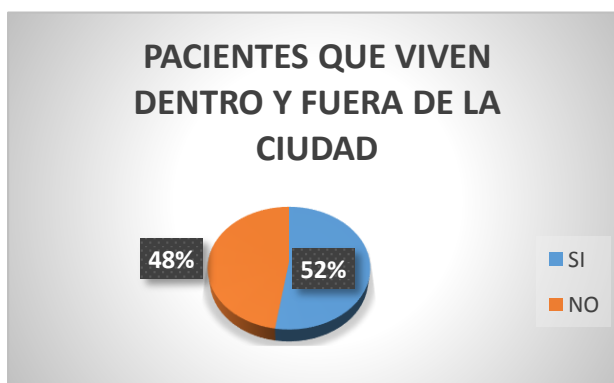
**TABLA N°8.-** Distribución según el número de pacientes que viven dentro y fuera de la ciudad que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

PACIENTES QUE VIVEN DENTRO Y FUERA DE LA CIUDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	42	52.5%
NO	38	47.5%
<b>TOTAL :</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015.

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°8.-**Distribución de los porcentajes según el número de pacientes que viven dentro y fuera de la ciudad que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Se observa que el 52% de los pacientes con esquizofrenia viven fuera de la ciudad y que el 48% de ellos viven dentro de ella. Esto nos demuestra que la población que vive fuera de la ciudad debe acudir al Instituto de Neurociencias de Guayaquil desde otras ciudades para adquirir la consulta médica y no obstante obtener la medicación recordando que la mayor parte de nuestros pacientes son de bajos recursos económicos y carecen de este medio para poder llevar a su paciente a las consultas.

**TABLA N°9.-** Distribución según el nivel del conocimiento de los familiares con pacientes que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

CONOCE SOBRE LA ESQUIZOFRENIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	28	35%
NO	52	65%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°9.-**Distribución de los porcentajes según el nivel de conocimientos de los familiares con pacientes que reingresan en el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



#### **Análisis e Interpretación**

Como podemos observar el grado de desconocimiento de los familiares acerca de la enfermedad es del 65% y que apenas el 35 % de los familiares tiene el conocimiento. Esto nos demuestra que uno de los causales por el cual el paciente reingrese al instituto de neurociencias de Guayaquil parte desde el desconocimiento de la enfermedad, el progreso de la misma y la prevención ante una conducta no normalizada de su paciente.

**TABLA N°10.-** Distribución según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

REINGRESOS HOSPITALARIOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
MENOS DE 3	25	31.25%
ENTRE 3 Y 5	42	52.5%
MAS DE 5	13	16.25%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina.

**GRÁFICO N°10.-**Distribución de los porcentajes según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Mediante la encuesta realizada podemos ver que la tasa de ingreso hospitalaria es mayor entre 3 y 5 ingresos por paciente con esquizofrenia correspondiente al 53%, el 31% corresponde a pacientes con menos de 3 ingresos hospitalarios y el 16% a pacientes con más de 5 ingresos. Podemos concluir que según estos datos se acelera la cronicidad de la patología.



**TABLA N°11.-** Distribución según el nivel de conocimiento farmacológico de los familiares con pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

CONOCE USTED SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	32	40%
NO	48	60%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°11.-**Distribución de los porcentajes según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Mediante la encuesta realizada podemos ver que el desconocimiento del tratamiento farmacológico de los familiares asciende a un 60% en comparación a los familiares que si tienen conocimiento que es del 40%. Podemos darnos cuenta fácilmente que sin un conocimiento sobre los efectos que puedan tener los fármacos, y la falta del seguimiento terapéutico que tenga el paciente el reingreso hospitalario será un hecho es, el familiar debe conocer los efectos, las causas lo que implica cada uno de los fármacos ya que es un derecho legal y constitucional.

**TABLA N°12.-** Distribución porcentual de los fármacos que son administrados por los familiares según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

<b>FÁRMACOS ADMINISTRADOS POR LOS FAMILIARES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	33	41.25%
NO	47	58.75%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°12.-**Distribución de los porcentajes de fármacos administrados por los familiares según el número de reingresos hospitalarios en pacientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Podemos ver que la mayor cantidad de los familiares no les administran los fármacos a los pacientes ascendiendo así a un 59% en comparación a los familiares que si administran los fármacos con el 41%. Tenemos que tener en cuenta que la administración del medicamento al paciente es responsabilidad del familiar para poder controlar la toma del medicamento cerciorándose de tal hecho para que la medicación actúe sobre el paciente y no se pierda la continuidad del tratamiento y evitamos las recaídas.

**TABLA N°13.-** Distribución porcentual de los fármacos que son administrados por los pacientes según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.

<b>FÁRMACOS ADMINISTRADOS POR LOS PACIENTES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	44	55%
NO	36	45%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°13.-**Distribución de los porcentajes de fármacos administrados por los pacientes según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Podemos determinar que la mayor cantidad de los pacientes tienen la responsabilidad de manejar sus fármacos tanto así que así a un 55% de la población hospitalaria ingresada se debe a que los pacientes se medican solos en comparación a los familiares que si administran los fármacos con el 45%.

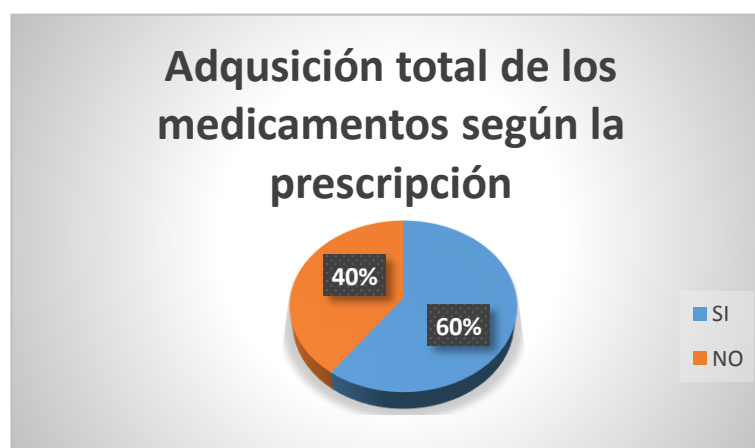
**TABLA N°14.-** Distribución según la adquisición de medicamentos que se indica en la prescripción según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015

ADQUISICIÓN TOTAL DE LOS MEDICAMENTOS QUE INDICA LA PRESCRIPCIÓN MEDICA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Si	38	47.5%
NO	42	52.5%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°14.-**Distribución la adquisición de medicamentos que se indica en la prescripción según el número de reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015



#### **Análisis e Interpretación**

Podemos establecer que la adquisición de los medicamentos no es completa al momento del egreso del paciente dándonos como resultado que el 52.5% de los familiares adquieren la medicación por partes y que el 47.5% la adquiere en su totalidad

**TABLA N°15.-** Distribución del nivel socio-económico para la financiación en la medicación de los pacientes en los reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015

<b>CUENTA CON LOS RECURSOS ECONÓMICOS PARA LA FINANCIAR LA MEDICACIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	25	31.25%
NO	55	68.75%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°15.-**Distribución del nivel socio-económico para la financiación en la medicación de los pacientes en los reingresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015.



### **Análisis e Interpretación**

Logramos demostrar que los familiares no cuentan con los recursos económicos para financiar la compra de los medicamentos siendo que el 69% de la población es socio-económicamente de clase media y baja y el 31% manifiesta que si los tiene podemos concluir en este grafico que los reingresos hospitalarios se deben al no adquirir los medicamentos necesarios por falta de recursos económicos

**TABLA N°16.-** Distribución del porcentaje del apego terapéutico de los pacientes en los egresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015

<b>APEGO TERAPÉUTICO EN LOS EGRESOS HOSPITALARIOS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	27	33.75%
NO	53	66.25%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°16.-** Distribución del porcentaje del apego terapéutico de los pacientes en los egresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015



### **Análisis e Interpretación**

Logramos demostrar el apego terapéutico en los egresos hospitalarios no se cumplen es tanto así que solo el 34% de la población cumple el tratamiento después del regreso de su familiar y el 66% de la población no esto hace que exista la mayor cantidad del reingresos hospitalarios

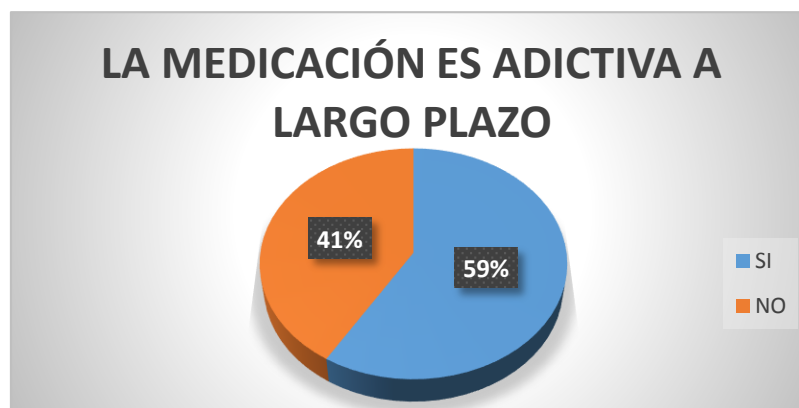
**TABLA N°17.-** Distribución del porcentaje de la creencia que los medicamentos son adictivos en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015

<b>LA MEDICACIÓN ES ADICTIVA A LARGO PLAZO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	47	58.75%
NO	33	41.25%
<b>TOTAL :</b>	80	100%

**Fuente:** encuesta a los familiares sobre el tema factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

**Elaborado por:** Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

**GRÁFICO N°17.-** Distribución del porcentaje del apego terapéutico de los pacientes en los egresos hospitalarios en clientes con esquizofrenia que acuden el área de Emergencia del Instituto de Neurociencias de Guayaquil de Octubre a Febrero 2015



## **Análisis e Interpretación**

Logramos demostrar que la creencia que la medicación es adictiva es alta dentro de que el 59% de la población dice que sí y el 41% lo niega debemos tener en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad degenerativa y que la medicación es primordial y debe ser tomada de por vida por esta creencias es que los pacientes por miedo dejan de tomar su mediación por el temor a que la medicación pueda ser adictiva a corto mediano o largo plazo.



## CONCLUSIONES

- ✓ En nuestro estudio se puede apreciar que la población con esquizofrenia vive en compañía de su familia, pero las actitudes sobre esta patología, hace que el vínculo familiar y afectivo, comience a confundir la enfermedad en si con el comportamiento del paciente, que por momentos coherentes relacionen que sea una crisis y es aquí en donde existe un factor de riesgo para que el paciente sea reingresado.
- ✓ Logramos demostrar que los familiares no cuentan con los recursos económicos para financiar la compra de los medicamentos, siendo que la población afectada por esta patología es de nivel socio-económicamente de clase media y baja por lo tanto al no poder adquirir los medicamentos necesarios se pierde su continuidad.
- ✓ Demostramos que una de las causales, por el cual el paciente reingrese al instituto de Neurociencias de Guayaquil es por el desconocimiento de la enfermedad, el progreso de la misma y la falta de prevención ante una conducta psicótica o crisis aguda de la patología.
- ✓ Constatamos que los familiares no tienen los conocimientos suficientes sobre los efectos que causan los fármacos, y la falta de apego terapéutico que tenga el paciente en el egreso hospitalario, será un hecho que si el familiar desconoce los efectos de los fármacos es un factor de riesgo para el reingreso del paciente
- ✓ Podemos establecer que la adquisición de los medicamentos no es completa al momento del egreso lo que implica que el tratamiento farmacológico no es cumplido en todas sus etapas.

## RECOMENDACIONES

- ✓ La familia debe ser partícipe activo en todas las fases de la enfermedad, la comprensión sobre el comportamiento no debe ser juzgada sin los criterios correspondientes a los status prodrómicos de la enfermedad; es decir se necesita el asesoramiento del profesional de salud mental, para que pueda emitir los criterios en base a su experiencia y conocimientos para así evitar reingresos innecesarios.
- ✓ Los familiares con bajos recursos económicos pueden prestar sus servicios en el Instituto de neurociencias así como los pacientes realizando actividades de negocios en los centros de atención de recreación como son el bar, la elaboración de manualidades, la prestación de servicios e el área de limpieza, la cocina logrando adquirir los recursos económicos para adquisición de la medicación total para el tratamiento del paciente o también el soporte de los servicios sociales y así evitamos recaídas.
- ✓ El familiar, el paciente debe de asistir a las terapias de psico educación que facilita el instituto de Neurociencias de Guayaquil para el aprendizaje, conocimiento de paciente, familiares amigos realizadas por el equipo de salud y los profesionales de enfermería que abarcan diferentes temas en salud mental en el curso de la enfermedad y progreso de la misma.
- ✓ El médico debe dar a conocer el tratamiento farmacológico que sigue el paciente durante su estancia hospitalaria y la guía en el egreso terapéutico en casa, más la asistencia de los licenciados en enfermería en el seguimiento de la evolución de los pacientes en su vida extra hospitalaria.

- ✓ Se debe adquirir la totalidad de la mediación al egreso del paciente para no perder la continuidad del tratamiento evitando los reingresos por la falta del apego terapéutico.

# ANEXOS

## CRONOGRAMA DE TRABAJO

FACTORES QUE INCIDEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE A FEBRERO 2015. Elaborado por: Nelly Guerrero García y Euro Xavier Mendoza Medina

ACTIVIDADES	MESES																				
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Presentación del tema y Recopilación bibliográfica																					
Elaboración del perfil investigación																					
Elaboración del Marco teórico																					
Realización Diseño Metodológico																					
Aplicación del instrumento de investigación																					
Recolección y tabulación de datos																					
Análisis estadísticos de los resultados obtenidos																					
Recomendaciones y conclusiones																					
Entrega del trabajo final																					



Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Escuela de Enfermería

Factores que inciden el reingreso de pacientes con esquizofrenia que asisten al área de emergencia del instituto de neurociencias de Guayaquil de octubre 2014 a febrero 2015

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad

Sexo: Masculino  Femenino

Vive con:

Esposa  familia  solo

**Marque con una X la opción que considere conveniente por medio del siguiente formulario.**

1. ¿Vive fuera de la ciudad?  
SI  NO
2. ¿Conoce usted sobre la esquizofrenia?  
SI  NO
3. ¿Cuántos ingresos ha tenido su paciente?  
Menos de 3   
Entre 3 y 5   
Más de 5
4. ¿Conoce acerca del tratamiento farmacológico que recibe el paciente?  
SI  NO
5. ¿La medicación es administrada por el familiar?  
SI  NO
6. ¿La medicación es administrada por el paciente?  
SI  NO

7. ¿Adquiere usted la cantidad total de medicamentos que le indica el médico en la prescripción?  
SI  NO
8. ¿Cuenta con los recursos económicos para financiar mensualmente la medicación a su paciente?  
SI  NO
9. ¿Sigue el tratamiento farmacológico indicado por el médico?  
SI  NO
10. ¿Crees que la medicación es adictiva y produce efectos nocivos a largo plazo?  
SI  NO

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** tesis febrero 2015.docx (D13459674)  
**Submitted:** 2015-03-06 03:52:00  
**Submitted By:** zeus19888@hotmail.com

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



Document [tesis febrero 2015.docx](#) (D13459674)

Submitted 2015-03-05 21:52 (-05:00)

Submitted by zeus19888@hotmail.com

Receiver galo.toaza.ucsg@analysis.orkund.com

Message finito [Show full message](#)

0% of this approx. 29 pages long document consists of text present in 0 sources.

List of sources

Rank	Path/Filename
+	<a href="#">tesis febrero 2015.....docx</a>
+ >	<a href="#">TT TERMINADO DE EURO.docx</a>
Alternative sources	
+	<a href="#">FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Q</a>
+	<a href="#">TRABAJO DE TITULACION DE EURO.docx</a>
+	<a href="http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf">http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf</a>

99%

Active

Urkund's archive: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TT TERMINADO DE EURO.docx

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015  
AUTORES: Guerrero García Nelly Mendoza Medina

Euro Promoción 2014- 2015 ASESOR LCDO. GALO TOAZA Coordinador de Investigación Científica Guayas-Ecuador UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por: GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO como requerimiento parcial para la obtención del Título de LICENCIADAS (O) EN ENFERMERÍA. TUTOR (A) \_\_\_\_\_ LIC. GALO TOAZA REVISOR(ES) DIRECTOR DE LA CARRERA \_\_\_\_\_ LIC. ANGELA MENDOZA Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del año 2015 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO DECLARO QUE: El Trabajo de Titulación "

FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015".

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE DE PAUL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015  
AUTORES: Guerrero García Nelly Mendoza Medina

Euro Promoción 2014- 2015 ASESOR LCDO. GALO TOAZA Coordinador de Investigación Científica Guayas-Ecuador UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por: GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO como requerimiento parcial para la obtención del Título de LICENCIADAS (O) EN ENFERMERÍA. TUTOR (A) \_\_\_\_\_ LIC. GALO TOAZA REVISOR(ES) DIRECTOR DE LA CARRERA \_\_\_\_\_ LIC. ANGELA MENDOZA Guayaquil, a los 28 días del mes de febrero del año 2015 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, GUERRERO GARCIA NELLY, MENDOZA MEDINA EURO DECLARO QUE: El Trabajo de Titulación "

FACTORES QUE INCIDEN EL REINGRESO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE ASISTEN AL ÁREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE GUAYAQUIL DE OCTUBRE 2014 A FEBRERO 2015".



CE-875-2014

24 de Noviembre del 2014



**DOCTOR  
FABRICIO DELGADO CAMPODONICO  
DIRECTOR  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS**

En su despacho.-



De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conoedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, permite solicitar a Usted, la autorización para que los estudiantes **MENDOZA MEDINA EURO GUERRERO GARCIA NELLY**, realicen la encuesta sobre el trabajo de titulación con el tema "FACTORES QUE INCIDEN EN EL REIGRESO DE PACIENTES CON EZQUIZOFRENA EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DE OCTUBRE/2014 A FEBRERO/2015" en de la institución que Usted dirige.



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.



Atentamente



Lcda. Angela Mendoza Vincés  
DIRECTORA (E)  
CARRERA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

www.ucs.g.edu.ec  
Teléfono 09-01-4671

AM/Fátima

Teléfonos:  
09-01-6952 - 2200286  
09-01-1818 - 11817

Santiago de Guayaquil-Ecuador

JUNTA DE REVISIÓN DE GUAYAQUIL  
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

09 DIC 2014  
Mariona 13157  
RECIBIDO  
DIRECCIÓN GENERAL

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



EURO MENDOZA, egresado de la carrera de enfermería entregando la encuesta a los familiares



EURO MENDOZA, egresado de la carrera de enfermería explicando la encuesta a los familiares de los pacientes ingresados.



NELLY GUERRERO Y EURO MENDOZA revisando datos de pacientes según H.C en pacientes reingresados.



NELLY GUERRERO, egresada de la carrera de enfermería realizando encuesta a los familiares de los pacientes reingresados



NELLY GUERRERO, egresada de la carrera de enfermería verificando datos de los pacientes reingresados en el área de hospitalización

## Bibliografía

1. McGrath J, S. S. (30 de 03 de 2008). *scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=2407342&pid=S0025-7680201200030000700001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2407342&pid=S0025-7680201200030000700001&lng=es)
- al, J. e. (2005). En M. d. Psiquiatria.
- BELLOCH, A., SADÍN, B., & RAMOS, F. (1995). *MANUAL DE PSICOPATOLOGIA II*. ESPAÑA: S.A MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- BELLOCH, A., SADÍN, B., & RAMOS, F. (2009). *MANUAL DE PSICOPATOLOGIA II*. ESPAÑA: S.A MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- BELLOCH, A., SANDÍN, B., & RAMOS, F. (1995). *MANUAL DE PSICOPATOLOGIA I*. ESPAÑA: S.A. MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- Caro, J. S., & Sanchez, C. J. (2003). *El consentimiento informado en psiquiatria*. Madrid: Diaz de Santo.
- CAro, J. S., & Sanchez, C. J. (2003). *El consentimiento informado en psiquiatria*. Madrid: Editorial Diaz de Santo.
- DAVALOS, GREEN, & RIAL. (2010). SALUD MENTAL. *REHABILITACIONES EN LA PSIQUIATRIA CONSIDERACIONES TEORICA DE UNA PROPUESTA INTEGRAL*, 403-412.
- Duñó. (2009).
- EQUIHUA, H. S., FERRAN PADRÓS, B., & GONZALEZ RAMIREZ, V. (2011). REHABILITACIÓN COGNITIVA EN LA ESQUIZOFRENIA ATRAVEZ DEL I.P.T. *PSICOLOGIA*, 99-103.
- FRITH, C. (1992). *SCHIZOPHRENIA RESEARCH VOL 17*. EEUU.
- JACKSON, H. (1985). *POSITIVE AND NEGATIVE SYMPTOMS*. EEUU: BERRIOS .
- Jesus, S. C., & Sanchez, C. J. (2003). *El consentimiento informado en psiquiatria*. Madrid: Diaz de Santos.
- MANUERA, E. I., FERNANDEZ, E., MONTSE, S., & CHESA, D. (2003). DEPRESIÓN CON RIESGO DEMENCIA. *LA ASOCIACION DE NEUROPSIQUIATRIA*.
- Shultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *Enfermería Psiquiátrica Planes de Cuidado*. México: Manual Moderno.
- VALLINA, O., & LEMOS, S. G. (2001). *PSICOTHEMA*. Obtenido de WWW.PSICOTEMA.COM: WWW.PSICOTHEMA.COM/PSICOTHEMA.ASP?ID=459