



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
Y POSGRADO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

TESIS I

**FACTORES PREDOMINANTES QUE INCIDEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN PACIENTE
CON ESQUIZOFRENIA POR PARTE DEL CUIDADOR. ZONA-8
SALUD, DISTRITO 09D01. 2018-2019**

Autor(a): LUIS ENRIQUE GUERRERO HIDALGO

**GUAYAQUIL, MAYO 2020
ECUADOR**



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO


CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar, que he analizado el proyecto de grado presentado por el Psic. Luis Enrique Guerrero Hidalgo, para optar por el título de Magister en Salud Pública y que acepto tutorar al maestrante, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 2 días del mes de julio del 2019

Holguer Estuardo Romero Urrea

FIRMA DEL TUTOR:


Firma del tutor(a)

CI.: 0601552532



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO**

DECLARACION DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo del Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 4 días del mes de febrero del 2020

PAZ LUIS ENRIQUE GUERRERO HIDALGO
MAESTRANTE

FIRMA DEL MAESTRANTE:



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSGRADO

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública otorga el presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA:	56
DEFENSA ORAL:	39.67
TOTAL:	95.67
EQUIVALENTE:	EXCELENTE

Gabriel Suarez Lima, MSc
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Holguer Romero Urrea, PhD.
TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Msc. Eneaso Torres Zerán
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico en primer lugar y sobre todo a Dios, por ser el quien puso en mí las ideas y la capacidad para realizar todo lo que me he propuesto además de darme fuerza y entusiasmo para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi esposa Betty Oviedo Acaro a mi hijo Emiliano Jeremías Guerrero, por su amor, ayuda y comprensión en estos dos años de estudio.

A mi madre Catalina Hidalgo mi padre Paterno Guerrero por el trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en un mejor ser humano.

A mis hermanos Dennys, Eduardo, Diana y Selena a mi tía Sena por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que directa o indirectamente me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Luis Enrique Guerrero Hidalgo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis padres, esposa, hijo y demás familiares por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Agradezco a mi director de tesis PhD. Holguer Estuardo Romero Urrea quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación. A mis amigos y colegas por sus consejos, enseñanzas, apoyo y sobre todo amistad brindada en los momentos difíciles de mi vida.

Agradezco a los directivos de la Maestría en Salud Pública por haber generado esta oferta académica de cuarto nivel, a la mayoría de docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional salubrista.

A mis compañeros de aula por la paciencia, las alegrías, risas y gratos momentos que pasamos juntos fue un gusto conocerlos nos veremos en el campo laboral...

DERECHOS DEL AUTOR

REPÚBLICA DEL ECUADOR



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



MILAGRO, 04 DE FEBRERO DEL 2020.

LORENA PAOLA RAMÍREZ MORÁN, BS, MPH.
COORDINADORA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

De mis consideraciones:

Comunico para trámite respectivo, que, el tema del trabajo de titulación: Factores predominantes que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en pacientes con esquizofrenia por parte del cuidador, ZONA-8 salud, distrito 09D01, 2018-2019 del/ la Sr(a) Luis Enrique Guerrero Hidalgo egresado(a) de la Maestría en Salud Pública del Departamento de Investigación y Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro, luego de haber realizado las tutorías correspondientes, revisado y evaluado en el programa de anti-plagio TURNITIN como resultado un porcentaje de 2.0%, me permito en ratificar que el trabajo de titulación está listo para ser sustentado. Se solicita se programe la fecha para la defensa del trabajo de titulación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.

PHD. HOLGUER ESTUARDO ROMERO URREA
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Recibido
UNP
04/02/2020
1745

v.unemi.edu.ec

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VISIÓN

MISIÓN

INDICE GENERAL

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR	ii
DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	iii
CERTIFICADO DE LA DEFENSA	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
DERECHOS DEL AUTOR.....	vii
INDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1.2 Delimitación del problema.	6
1.1.3 Formulación del problema.	6
1.1.4 Sistematización del problema.....	7
1.1.5 Determinación del tema.....	7
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos.	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.	8
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL	10
2.1. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1.2 Antecedentes referenciales	13
2.1.3 Fundamentación	16
Tratamiento ambulatorio	16

Rol del cuidador	16
La importancia de la intervención familiar.	17
2.2. MARCO CONCEPTUAL	19
2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
2.3.1. Hipótesis General	21
2.3.2. Hipótesis Particulares	21
2.3.3. Declaración de Variables	21
2.3.4. Operacionalización de variables.....	21
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	22
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	22
Modalidad de estudio	22
Tipo de Investigación	22
Diseño del estudio.....	22
3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA.....	23
3.2.1 Características de la población	23
3.2.2 Delimitación de la población.....	23
3.2.3 Tipo de muestra.....	24
3.2.4 Tamaño de la muestra.....	24
3.2.5 Proceso de selección Criterios de inclusión y exclusión Criterio de inclusión	24
Criterio de Exclusión	24
3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	24
3.3.1. Instrumentos	25
3.3.2. Validez	26
3.3.3. Aspectos Éticos	26
CAPÍTULO IV.....	27
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	27
4.1 Análisis de la situación actual INSTRUMENTOS	27
Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL. Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)	33
4.2. Verificación de hipótesis	34

RECOMENDACIONES	37
CAPITULO V PROPUESTA	38
5.1. TEMA.....	38
5.2 JUSTIFICACIÓN	38
5.3 FUNDAMENTACIÓN	39
5.4. OBJETIVOS.....	40
5.4.2 Objetivos Específicos	40
5.5. UBICACIÓN.....	40
5.6 Estudio de Factibilidad	41
5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	41
5.7.2 Recursos, análisis financiero Recursos Humanos.	42
Recursos Materiales.	42
5.7.2.2. Análisis financiero	42
5.7.4. Cronograma	43
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS.....	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de las encuestas sobre conocimiento del cuidador sobre la Esquizofrenia	27
Tabla 2. Conocimiento del cuidador sobre la esquizofrenia	28
Tabla 3. Conocimiento del cuidador sobre el diagnóstico del paciente	28
Tabla 4. Conocimiento de los síntomas de esquizofrenia	29
Tabla 5. Conocimiento de los medicamentos indicados para la esquizofrenia	30
Tabla 6. Conocimiento sobre el tiempo del tratamiento para la esquizofrenia	31
Tabla 7. Frecuencia de acompañamiento, retiro de tratamiento y asistencia a la terapia	32
Tabla 8. Resultados de la evaluación del funcionamiento familiar	33

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Conocimiento del cuidador sobre la Esquizofrenia	28
Gráfica 2. Conocimiento del cuidador sobre el diagnóstico del paciente	29
Gráfica 3. Conocimientos del cuidador sobre los síntomas de Esquizofrenia	29
Gráfica 4. Conocimiento de los cuidadores sobre los medicamentos prescritos	30
Gráfica 5. Conocimiento de los cuidadores sobre el tiempo del tratamiento	31
Gráfica 6. Cuestionario de observación.....	32

RESUMEN

La adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas con esquizofrenia resulta fundamental en el pronóstico del paciente, para ello se hace necesario el apoyo del cuidador primario quien también debe establecer adherencia al tratamiento para garantizar su efectividad. La presente investigación está dirigida a Describir los factores que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia por parte del cuidador primario. Se trata de un estudio de naturaleza cuantitativa una investigación de carácter descriptivo exploratorio de corte transversal. En tal sentido, la población estuvo conformada por los cuidadores primarios de los pacientes con esquizofrenia que asisten a la Zona-8 Salud, Distrito 09D01. 2018-2019 por tratamiento ambulatorio. Para la recolección de los datos se utilizó la observación directa, una encuesta sobre el nivel de conocimiento de los cuidadores sobre el trastorno y tratamiento elaborado por el autor de esta investigación y una prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL). Los resultados indican que más del 75% de los sujetos encuestados no tiene el conocimiento adecuado sobre el trastorno de la esquizofrenia ni de las especificaciones del tratamiento. Mientras que la mayoría significativa de los cuidadores, acompaña al paciente, asiste a terapia y retira el tratamiento En conclusión el familiar debe tener amplio conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento, es importante que identifique para que esta indicado los fármacos y la terapia y sobre todo consecuencias que puede sufrir su familiar si no se le evitan crisis y recaídas. También es importante que el paciente con esquizofrenia cuente con un ambiente de armonía y comunicación, este debe ser brindado por el núcleo familiar, para ello debe hacer uso de terapias y grupos de apoyo brindado por los centros de salud para evitar agotamiento, ansiedad y otro tipo de malestar psicológico como consecuencia del cuidado de un paciente con trastorno mental

PALABRAS CLAVES: Cuidador primario, Adherencia al tratamiento, Esquizofrenia

ABSTRACT

This research is aimed at establishing the factors that affect adherence to outpatient treatment in patients with schizophrenia by the primary caregiver. This is a quantitative study based on descriptive research with an explanatory field design of a transversal subtype. In this regard, the population was made up of the primary caregivers of patients with schizophrenia who attend Zone-8 Health, District 09D01. 2018-2019 for outpatient treatment. For direct data collection, direct observation was used, a survey on the level of knowledge of caregivers about the disorder and treatment prepared by the author of this research and a proof of family functioning perception (FF-SIL). The results indicate that more than 75% of the subjects surveyed do not have adequate knowledge about schizophrenia disorder or treatment specifications. While the significant majority of caregivers accompany the patient, attend therapy and withdraw the treatment. In conclusion, the first-time caregivers who make up the observed and surveyed sample show willingness to support and accompany the patient to outpatient treatment, however there is a lack of evidence of knowledge about the disease and treatment, which indicates a deficit in family intervention offered by the medical and psychological care service. The application of a therapeutic plan focused on improving the knowledge of primary caregivers about schizophrenia and the importance is recommended of the accompaniment in the patient with serious mental disorders.

KEY WORDS: Primary caregiver, Adherence to treatment, Schizophrenia

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el tratamiento para las personas con esquizofrenia puede ser realizado de forma ambulatoria sin ameritar la hospitalización, estos cambios se derivan por la ineficacia de la hospitalización en los pacientes con trastornos mentales graves y por efectos adversos para el paciente por su larga duración sin demostrar resultados significativos. Este tipo de cambios, amerita que se involucren al proceso terapéutico y de tratamiento a la familia, en especial el cuidador primario, quien ejerce diversas funciones de apoyo, acompañamiento y vigilancia en el cumplimiento y mantenimiento del tratamiento.

Diversos estudios, han demostrado la efectividad de las intervenciones en los familiares y cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, tanto para el paciente como para el núcleo familiar, entre los resultados más significativos se tiene disminución de las recaídas y crisis, mejor clima familiar y aumento del funcionamiento social. Por otro lado, los teóricos proponen incluir dentro de las intervenciones familiares psicoeducación sobre el trastorno, tratamiento y entrenamiento para la atención en momentos de crisis (Ingloft, Touriño, Baena, & Fernández, 2018).

No obstante, a pesar de la efectividad demostrada sobre la intervención de la familia, este sistema no ha sido ampliamente aplicado, sobre todo en países de américa latina y el caribe, a diferencia de los países europeos donde si ha sido incluido y aplicado ampliamente como parte del tratamiento ambulatorio de los pacientes con trastornos mentales graves como la esquizofrenia, obteniendo resultados significativos sobre todo en la adherencia al tratamiento (Calero, 2018).

Debe señalarse, que hay un factor que afecta la evolución y tratamiento del paciente y es la resistencia de la familia a participar en el tratamiento, apoyo y acompañamiento del paciente, por diversos factores asociados a la desesperanza, los estigmas sociales acerca de los trastornos mentales, acompañado de la sobrecarga del cuidador, por ello muchos cuidadores son reacios y no brindan la atención oportuna al paciente y por el contrario su rechazo a la terapia, afecta la

adherencia del paciente al tratamiento. Tomando en consideración estos factores, al momento de realizar la intervención se debe considerar la realidad sociocultural e individual de cada familia para evitar la resistencia, siendo el aspecto más importante a tener en cuenta la educación sobre el trastorno para crear conciencia de los riesgos de la recaída, las contraindicaciones de la institucionalización y la importancia del tratamiento para prevenir dichas consecuencias.

Resulta importante mencionar, la importancia de contar con un plan terapéutico para el cuidador primario del paciente con esquizofrenia, cuyo eje fundamental sea la psicoeducación sobre el trastorno, tratamiento y los riesgos de las recaídas. Para ello se hace necesario determinar los factores predominantes que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia por parte del cuidador, lo que posibilita recolectar la información necesaria sobre varias dimensiones de la variable y los sujetos de estudio. Esta información será obtenida de la ZONA-8 Salud, Distrito 09D01. 2018-2019 se tiene con el acceso y permiso de las de los familiares de los pacientes con Esquizofrenia que realizan los acompañamientos al tratamiento ambulatorio, para realizar la investigación y el consentimiento de los sujetos para participar en el estudio.

Una vez realizada la investigación los resultados contribuirán además de conocer los factores que inciden en la adherencia al tratamiento tanto en pacientes como en cuidadores primarios que asisten por tratamiento ambulatorio a la ZONA-8 Salud, Distrito 09D01. 2018-2019, permitirán reformular las intervenciones dirigidas a los familiares, cambiar el enfoque dando importancia al proceso de enseñanza – aprendizaje del trastorno y sus características generales, con el objetivo de entrenar a los cuidadores para brindar un apoyo y cuidado óptimo al paciente, basado en la prevención de las recaídas y de la sobrecarga del cuidador.

Con base a lo expuesto, la investigación se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I: Es la estructuración del objeto de estudio, se expone problematización que llevó a la elaboración de la investigación. Es el capítulo donde se realiza la

descripción del tema, se formula, sistematiza y delimita el problema, conjuntamente se plantean las interrogantes que surgen del problema y para darle respuesta a estas se redactan los objetivos a lograr. Por último, se describe por qué y para que del estudio con la justificación.

Capítulo II: Este representa el marco teórico del estudio, en él se encuentran los antecedentes de la investigación que sirven de sustento, las bases teóricas que son las que le dan el soporte a la variable del estudio. Igualmente, se expone el marco conceptual que es la definición de términos donde se encuentran vocablos utilizados. Para finalizar está el sistema de hipótesis y variables.

Capítulo III: Este es el marco metodológico, aquí se encuentran los aspectos metodológicos que orientan el desarrollo de la investigación; se describen el tipo y diseño del estudio, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de los datos, la validez y confiabilidad de los instrumentos aplicados, procesamiento y análisis de los datos.

Seguidamente se expone en el Capítulo IV en el cual se establecen los Análisis e Interpretación de los Resultados de acuerdo con lo obtenido de la aplicación del instrumento, finalmente en el Capítulo V se contemplan las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematicación

Uno de los principios es el hecho de reconocer la atención primaria de salud como la asistencia sanitaria esencial, al alcance de todos los individuos, como es la familia la comunidad mediante su plena participación. Todo esto representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, trabajando desde las realidades sentida de la comunidad llegando la atención al lugar donde residen, de forma integral. *Declaración de Alma Ata. 1978*. El objetivo, en pocas palabras, es «dar prioridad a las personas»: tener en cuenta de manera equilibrada la salud y el bienestar, así como los valores y las capacidades, de la población y de los trabajadores sanitarios. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Debe señalarse, que el rol de los cuidadores de pacientes psiquiátricos con trastornos mentales, se ve afectado por la gravedad de la patología, esto a su vez interviene en el sostenimiento y/o mantenimiento del tratamiento ambulatorio. Según estudios realizados, sobre la adherencia al tratamiento, en la actualidad para la psiquiatría y la psicología, la falta de conciencia acerca de la enfermedad, aunado al bajo cumplimiento o rechazo al tratamiento representa un gran desafío, significando un alto riesgo de recaída en la enfermedad (Gallego, 2015).

Cabe destacar que un alto porcentaje de pacientes psicóticos abandona su tratamiento, aproximadamente el 74% lo hizo antes de los 18 meses mientras que un 40% ni siquiera lo inicio. Según el Ministerio de Sanidad de Barcelona un porcentaje muy bajo de pacientes psiquiátricos, entre el 4 al 12%, siguen su tratamiento con rigurosidad. Esta situación representa una problemática de salud pública, la mayoría de los pacientes abandona el tratamiento o lo incumple inmediatamente después del alta hospitalaria, por ello 8 de cada 10 pacientes recaen en la enfermedad entre los 6 meses a los 2 años de abandonar el tratamiento (Gallego, 2015).

Realizadas las consideraciones anteriores, son diversos los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, siendo los más relevantes factores relacionados con el paciente, la enfermedad, la medicación o con el entorno, esta última hace referencia específicamente a la intervención de la familia, que puede ser causante o protector de las recaídas. La experiencia de ser cuidador de un paciente con trastorno mental, por lo general genera un impacto emocional, psicológico y social en el o los familiares que asumen este rol (Zapata, Rangel, & García, 2015).

En este sentido, el cuidador puede manifestar sobrecarga teniendo como resultado afectaciones de tipo emocional, e incluso termina por alterar la forma en cómo se comportan cada uno. Casi sin darse cuenta, se vuelven más cerrados para hablar, al mismo tiempo que muestran conductas desafiantes, también se pueden manifestar desesperanza y/o aislamiento social; este malestar psicológico que presenta el cuidador interfiere en la atención al familiar con esquizofrenia, esto dificulta la adherencia al tratamiento.

Ahora bien, el cuidado de una persona con esquizofrenia representa una serie de desafíos para el entorno familiar. Sin embargo, el apoyo del cuidador es fundamental para lograr la recuperación del paciente, tomando en cuenta que esta es una enfermedad que no tiene cura y la estabilidad depende de la terapia y tratamiento farmacológico, el cuidador juega un papel primordial en su intervención formando parte del equipo de intervención que amerita un paciente con este tipo de diagnóstico.

En la actualidad, se ha implementado el tratamiento ambulatorio como una alternativa a la hospitalización de los pacientes con esquizofrenia, evitando la permanencia en los hospitales psiquiátricos, que según la Organización Mundial de la Salud (2015), un 64% de los pacientes con esquizofrenia pueden permanecer hasta por más de 10 años internalizados, datos que son alarmantes, por el largo periodo en un alto porcentaje de esta población, lo que resulta contraproducente y poco efectivo para su recuperación.

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2014), en el Ecuador se han establecidos reformas en relación a las políticas de salud mental, con el objetivo de establecer alternativas de intervención que no ameriten la hospitalización del paciente,

para ello se ha establecido el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. Desde el 2014 se busca implementar el método de intervención ambulatoria en los pacientes con trastornos mentales evitando la hospitalización, por lo tanto, este trabajo de tesis es viable porque se cuenta con los sujetos de estudio, los pacientes con esquizofrenia que asisten al tratamiento ambulatorio en el Distrito 09D01 Ximena-Salud, también se tiene el acceso a los espacios físicos, además de los recursos materiales y económicos para dicho trabajo.

En el país, actualmente se establece un proceso de atención integral a personas con trastornos mentales graves, de forma ambulatoria brindándose tratamiento farmacológico y psicológico, donde el cuidador de este paciente mantiene un rol significativo para el sostenimiento de tratamiento, se ha podido observar en el zona-8 salud en el distrito 09D01, poca adherencia al tratamiento por parte del cuidador, lo puede llevar al paciente a un abandono del mismo.

1.1.2 Delimitación del problema.

Líneas de Investigación:

Línea de investigación de la Universidad: Salud Pública, Medicina Preventiva y Enfermedades Que Afectan A La Población.

Sub línea de la Maestría: Atención primaria de salud.

Objeto de estudio: Factores predominantes que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia.

Unidad de observación: los cuidadores de ambulatorio en pacientes con esquizofrenia.

Tiempo: junio del 2018 a agosto del 2019

Espacio: Centro de Salud N° 3 Distrito 09D01 se realizó en el área situada en el sur de Guayaquil.

1.1.3 Formulación del problema.

¿Cuáles son factores que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en pacientes con esquizofrenia por parte del cuidador?

1.1.4 Sistematización del problema.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del cuidador sobre la enfermedad de los pacientes con Esquizofrenia?
- ¿Cuál es el nivel de apoyo de los cuidadores a los pacientes con esquizofrenia en la adherencia al tratamiento ambulatorio?
- ¿Cuál es la percepción de funcionalidad familiar de los pacientes con esquizofrenia?

1.1.5 Determinación del tema.

Factores que inciden en los cuidadores en la adherencia al tratamiento ambulatorio en pacientes con esquizofrenia.

1.2 OBJETIVOS.

1.2.1 Objetivo General.

Describir los factores que inciden en la adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia por parte del cuidador.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Identificar el conocimiento del cuidador sobre la enfermedad de los pacientes con esquizofrenia.
- Determinar el nivel de apoyo del cuidador para la adherencia al tratamiento ambulatorio de los pacientes con Esquizofrenia.
- Analizar la percepción del funcionamiento familiar en paciente con esquizofrenia.
- Establecer un plan terapéutico para el cuidado al paciente en centro de salud #3 del distrito 09d01 de la zona 8 salud año 2020, promoviendo el conocimiento del trastorno mental grave esquizofrenia y la importancia en el acompañamiento del cuidador primario

1.3 JUSTIFICACIÓN.

1.3.1 Justificación de la investigación.

El diagnóstico de un trastorno mental grave como la esquizofrenia afecta no solo al paciente, para la familia también representa un impacto a nivel emocional, social y psicológico, que con el transcurrir del tiempo llega a tener repercusiones hasta físicas para quien asume el rol del cuidador, este tipo de manifestaciones suelen repercutir en la evolución de la enfermedad y la efectividad del tratamiento. Es el cuidador primario quien debe ayudar al paciente a mantener una alta adherencia al tratamiento, evitando acciones y comportamientos que puedan interrumpir el proceso terapéutico, aumentando el riesgo de recaídas que ameriten la hospitalización.

Bajo este antecedente, el motivo del presente trabajo de investigación, es poder evidenciar, la resistencia que tiene la familia de los pacientes con esquizofrenia al tratamiento ambulatorio y como esto afecta en mantener un proceso terapéutico sostenido, por ende, una adherencia al tratamiento, con el fin de evidenciar cuales son las relaciones que convergen entre el paciente y cuidador dentro de sus interacciones diarias y como esto puede incidir de una u otra manera para tratamiento farmacológico y Psicológico, que conlleva al éxito o fracaso del procedimiento que se debe llevar en tratamiento ambulatorio del Ministerio de salud Pública del Ecuador.

Es importante reconocer lo trascendental, que es este trabajo para la comunidad y porque no decirlo para el país donde se busca, establecer desde la realidad sentida, las diferentes aristas que inciden en la adherencia tratamiento ambulatorio por parte de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, donde se busca desinstitucionalización del tratamiento de internamiento y por ende llevar un proceso inclusivo para insertar a la sociedad de manera participativa, activa y productiva al paciente con este diagnóstico psiquiátrico como es la Esquizofrenia, que por muchos años en nuestro país han sido in-visibilizados de manera que muchos lugares eran escondidos y sinónimo de vergüenza por parte de la familia, comunidad y sociedad en general podría indicar la importancia del rol del cuidador.

El cuidador cumple un rol importante en el tratamiento ambulatorio de pacientes con esquizofrenia, puesto que es una enfermedad que muchas veces causa discapacidad en el paciente y el cuidador en ocasiones debe ejercer un rol de custodio, acompañándolos en el tratamiento, momentos de crisis, donde muchas veces los pacientes no tienen conciencia de la realidad. El cuidador constantemente es el responsable del acompañamiento para el tratamiento psicológico y farmacológico. El poder evidenciar los factores que inciden en la resistencia que presentan los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que asisten al tratamiento ambulatorio, contribuirá de forma positiva puesto que evitará las recaídas y por ende que la enfermedad se agudice, evitado así un mayor gasto y tiempo para la estabilización del paciente serán beneficiados todos los actores como son el paciente, cuidador y la comunidad en general hasta el estado.

Este estudio es relevante puesto que quedara como precedente para la salud pública y por ende contribuir de forma positiva al gasto público puesto que evitara las recaídas.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes históricos:

Al establecer el tema históricamente no podría dejar de mencionar como en la edad media a las personas con un trastorno mental se las trataba como poseídas por espíritus diabólicos. Especialmente por parte de la iglesia católica, que consideraba los síntomas como algo relacionado con la brujería. Por lo tanto, el tratamiento pasaba por la tortura o la hoguera para liberar el alma del demonio. Pero no hace falta remontarnos tan lejos. En la Europa del siglo XIX proliferaron los manicomios, una especie de cárceles en las cuales la tortura fue disfrazada en forma de curación. Por ejemplo, en el hospital de Charenton de París hay registros de “tratamientos” en los cuales a las personas se las mantenía atadas, se les sumergía la cabeza en una bañera, se les aplicaban chorros de agua fría o se las golpeaba. Según ellos, para apartar las ideas fijas e ilusiones que pudieran albergar.

En la década de los 50, en los Estados Unidos, surge la terapia de familia a raíz de que muchas observaciones clínicas indicaran que los familiares de los pacientes podían influir poderosamente, tanto a favor como en contra, en el curso de la esquizofrenia, (Wynne, 1981). Según García, Moreno, Freund y Lahera (2012) el interés por la familia del paciente esquizofrénico surgió a raíz de que los estudios de seguimiento tras el alta de las instituciones psiquiátricas revelaran que los pacientes experimentaban un mayor número de recaídas al regresar a aquellos hogares donde predominaban las interacciones hostiles y las relaciones personales insatisfactorias

Debe señalarse, que el término de emoción expresada se origina con la intención de definir el tipo de comunicación utilizado por determinada familia, en este sentido los niveles elevados de emoción expresada serian indicativos de criticismo

incrementado, expresiones hostiles, excesiva implicación emocional en referencia al individuo diagnosticado con esquizofrenia.

Un dato relevante, es que en las familias con niveles bajos de emoción expresada se evidenciaba una correlación significativa con la baja incidencia de recaída y ausencia de los síntomas posterior a alta hospitalaria. De acuerdo a , en los grupos familiares que se evidenciaban niveles bajos de emoción expresada, no se hacía necesario el tratamiento farmacológico indicado para prevenir las recaídas, cabe destacar que estos datos mantienen su vigencia hasta la actualidad, estudios posteriores realizados pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves han coincidido con estos resultados.

Ante estos resultados se concluye que la alta emoción expresada en un factor ambiental que influye significativamente en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos, según datos de estudios realizados en las familias de pacientes con este tipo de trastorno mental, demuestran mayor incidencia en recaídas posterior al alta hospitalaria, evidenciándose valores clínicos similares al tratamiento farmacológico con un 30% de recaídas en pacientes tratados con neurolépticos y 65% correspondiente al placebo (Parker & Hadzi, 1990).

En el año 1949 le fue otorgado al Dr. Egas Moniz, un premio Nobel de Medicina, este reconocimiento fue obtenido por demostrar en su investigación la importancia de la lobotomía como tratamiento terapéutico y su efectividad en trastornos psicóticos ¿Qué es la lobotomía? Pues un “tratamiento” que consiste en cercenarle una parte del cerebro, específicamente de la corteza prefrontal al paciente. ¿En base a qué investigaciones se justificó su aplicación? Aunque resulte increíble, la lobotomía se basó en “una única observación en un único caso que ni siquiera era humano, sino un chimpancé”. Sin embargo se utilizó una muestra de 50.000 sujetos para realizarles una lobotomía, a este grupo de estudio no se le realizó seguimiento ni evaluación que determinaran los efectos de la intervención, por ello y el riesgo que implicaba para las personas a partir del año 1967 se convierte en una práctica ilegal.

De la misma manera, la CIA realizó un proyecto que llevó por nombre MK-ULTRA, este fue llevado a cabo por el primer presidente de la Asociación Mundial de

Psiquiatría, que también pertenecía al Comité Profesional del Tribunal que juzgó a los nazis por sus crímenes. ¿En qué consistía este proyecto? MK-Ultra pretendía, entre otras cosas, encontrar métodos para controlar la mente. Con esta idea se desarrolló la Conducción Psíquica, una teoría según la cual era posible la corrección de la locura, borrando la memoria existente y reconstruyendo la psique por completo. Algunos de los experimentos realizados con este fin, aplicados a personas sin su consentimiento, fueron la radiación, los psicodélicos, la inyección simultánea de barbitúricos y anfetaminas y las descargas eléctricas al cerebro. La Conducción Psíquica nunca funcionó, pero como secuela dejó un número incierto de personas con daño cerebral severo.

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas han sufrido una larga historia de marginación, han sido víctimas de una actitud general de incompreensión que se ha manifestado de diferentes formas: con la tortura cuando se les consideraba “seres endemoniados”, el olvido, no prestándoles la protección necesaria y formando parte de los grupos sociales más desfavorecidos, la reclusión con la finalidad de control y segregación para mantener el orden social y proteger a la sociedad de estas personas “peligrosas”; y el abandono, social e institucional haciendo de la familia prácticamente el único mecanismo de ayuda y protección del enfermo.

A través de la historia se han implementados diversas formas de atención y control dirigida a los pacientes con trastornos mentales graves, sin embargo estas medidas no siempre han resultado las más idóneas, por esta razón surgen fundaciones, asilos y centros hospitalarios creados en primer lugar por familias y comunidades en pro de brindar una atención más adecuada a este tipo de población vulnerable, posteriormente corporaciones civiles han contribuido también en el desarrollo de estos centros. Sin embargo, las diferentes investigaciones en pacientes con trastornos mentales y sus familias han demostrado que otros métodos de cuidado han resultados más efectivos como el tratamiento ambulatorio que de igual manera amerita el apoyo social y de la familia.

Pero, con la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano y con el Contrato Social y la libre circulación de personas y bienes, se suprimen las órdenes reales que permitían el ingreso con una autorización gubernativa de cualquier persona

molesta, el enajenado ya no puede ser encerrado. A partir de este momento, los médicos comienzan a tener una gran importancia en el tratamiento del enfermo mental, pues los ingresos deben estar basados en razones terapéuticas y de curación.

2.1.2 Antecedentes referenciales

En algunos estudios como es el realizado por González, Bastidas, Carrasco, Domínguez, y Iruin, (2018), sobre la Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia en el 2018, donde realiza el análisis de las 39 diadas de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo indica la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa administrado de manera grupal en la reducción de la sobrecarga, la depresión, la ansiedad y la mejora del estado de salud mental. Estos resultados se mantienen en el tiempo a los 16 meses del inicio del estudio.

Cabe destacar, que la investigación ha permitido medir los resultados de la implementación de un nuevo programa de intervención en un servicio extrahospitalario de salud mental y acercar la práctica clínica a los estudios de resultado, tarea compleja en la dinámica asistencial habitual. Los profesionales cuentan con una nueva herramienta validada que ofrece importantes beneficios en su medio clínico. Se evidencia la necesidad de implementar intervenciones estructuradas y con una duración limitada en el tiempo que permitan la optimización de recursos para la obtención de un beneficio terapéutico.

Por otra parte Inglott, Touriño, Baena y Fernández (2018), realizan un estudio sobre: Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. El objetivo de esta investigación consiste en el desarrollo y aplicación de un programa de intervención familiar dirigido a la familia, teniendo resultados significativos con el tratamiento terapéutico, por lo tanto ha sido aplicado en diversas poblaciones para lo que han sido preparados otros profesionales para llevar a cabo este tipo de intervención que ha tenido modificaciones y adaptaciones.

El aporte de estos estudios ha sido un valioso aporte para la salud mental, la aplicación de este programa además de dar evidencia en sus resultados, permitió establecer los parámetros para su aplicación eficaz, entre ellos se tiene la importancia de la participación de instancias directivas, conformar a un grupo motivado que debe recibir formación continua además de ser supervisado y recibir apoyo posterior a la formación, por otro lado aunque el programa tiene sus pautas de aplicación este debe ser adaptado al contexto e influencia cultural de la población en donde se llevara a cabo, por ultimo este programa debe estar a cargo de una persona sobre la que recae la responsabilidad de su desarrollo y evolución.

En un estudio similar realizado por García , Moreno, Namdev y Lahera (2012) sobre los factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: con el fin que los pacientes con esquizofrenia y sus familiares puedan obtener el mayor beneficio derivado de las intervenciones familiares es necesario conocer y tener en cuenta la emoción expresada familiar. Los profesionales acostumbrados a atender a personas diagnosticadas de trastorno mental grave son conscientes de la gran dificultad que supone hacer frente a una enfermedad que, en ocasiones, priva al individuo de su autonomía, juicio y volición. Conocen las barreras que a veces existen a la hora de empatizar y comprender sus experiencias vitales y las limitaciones para llegar a acuerdos que favorezcan un mejor curso de la enfermedad. Saben también de los sentimientos de impotencia y frustración que ello puede desencadenar, incluso en profesionales tremendamente preparados y competentes.

La labor de la familia del paciente diagnosticado de trastorno mental grave es muchísimo más difícil. A todo lo anterior se suma el desconocimiento de la enfermedad, lo complejo de sus síntomas, las repercusiones en la vida diaria del paciente y en la convivencia familiar. Además del dolor, la vergüenza, el estigma, el miedo, el rechazo, los sentimientos de culpa que pueden aparecer. Por lo general, esto ocurre a menudo de forma brusca, obligándoles a adoptar una respuesta inmediata que contenga esa multitud de interrogantes, la desesperación y el amor al ser querido. Cabe destacar que no son profesionales, no han recibido entrenamiento y la mayoría no cuenta con experiencia previa (García, Moreno, Namdev , & Lahera, 2012).

Además, muchos de ellos tienen que afrontar los mismos factores adversos que han contribuido a desencadenar la enfermedad de su familiar: una red social poco estructurada, alteraciones psicopatológicas sutiles o francas, una cognición social deficiente o rudimentaria, vulnerabilidad al estrés, mayores dificultades para solucionar los problemas de forma eficaz, estilos de comunicación poco adecuados, hábitos de vida no saludables, llevar a cabo un modelo de atención comunitaria en el trastorno mental grave supone, necesariamente, adoptar el compromiso de dotar a la familia del paciente de las herramientas suficientes para afrontar la enfermedad de forma digna, permitiendo al paciente y su familia continuar desarrollando sus proyectos vitales satisfactoriamente y de manera integrada en la comunidad (García , Moreno, Namdev , & Lahera, 2012).

Cabe destacar, que el tratamiento ambulatorio en los trastornos mentales en la comunidad se ha hecho evidente que un cierto número de pacientes opone resistencia a dicho tratamiento y lo abandona fácilmente. Esta es la causa de frecuentes recaídas en forma de episodios psicóticos agudos, que obligan a nuevos internamientos, generalmente involuntarios, conformando el fenómeno conocido como puerta giratoria (Calero, 2018).

Actualmente existen diversas opiniones en cuanto a la aplicación del tratamiento involuntario que implica la hospitalización, gracias a los diferentes estudios realizados en cuanto al tratamiento ambulatorio, se ha demostrado la efectividad de este tipo de intervención que resulta menos invasiva que la institucionalización. Sin embargo, este tipo de intervención se encuentra con una variable que interviene en su efectividad y es la adherencia al tratamiento, que puede ser causa de recaídas y crisis del paciente por incumplimiento parcial o total de la farmacoterapia y atención psicológica.

Por su parte la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), solicitó al parlamento español realizar una reforma de ley con la finalidad de regular los tratamientos involuntarios de pacientes con trastornos mentales graves, esta agrupación propone una modificación del artículo 763 correspondiente a la ley de enjuiciamiento civil que autoriza al tribunal a imponer tratamiento a pacientes psiquiátricos, claro está que sean avalados por el equipo médico, pero sin tomar en cuenta la voluntad del paciente o su consentimiento, este debe apegarse a lo que dictamine la autoridad apoyada en el equipo forense y el

ministerio fiscal, que conjuntamente con el medico establecen el tipo de tratamiento, tiempo de duración e institución que se responsabilizara del paciente el tiempo que dure el tratamiento, todo ello debe ser notificado al juez.

2.1.3 Fundamentación

La constitución del Ecuador establece la importancia de la atención psicológica para mantener la salud física y mental de los ciudadanos. Por otro lado, en la Ley Orgánica de la Salud se incluyen artículos relacionados a la salud mental, mientras que en Plan Nacional para el Buen Vivir se enfoca en la promoción de la salud tanto física como mental. En este sentido, el sistema de salud ecuatoriano incluye en sus basamentos legales artículos que amparen y garanticen la salud mental, enfocados en la intervención y promoción de la salud en general, además incorpora la salud mental comunitaria como parte de una programación innovadora, superior al modelo curativo y clínico biológico que ameritan aun cambios y actualizaciones adaptados a los nuevos sistemas de salud mental que han demostrado mejor resultados tan para el paciente, como la familia y la sociedad (Modelo de Atención Integral de Salud-FCI, 2012).

Tratamiento ambulatorio

En Ecuador desde el año 2014, se busca establecer una guía de intervención llamada MhGAP, para trabajar los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancia al nivel de salud primaria con el objetivo de que estos pacientes puedan llevar un tratamiento ambulatorio integral. Es cuando las familias cobran una importancia preponderante en la rehabilitación del enfermo de esquizofrenia (MSP, Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PNSM), 2014).

Rol del cuidador

Resulta imprescindible en cualquier tratamiento integral de la esquizofrenia incluir un programa de psicoeducación familiar para que conozcan las formas más eficaces

de abordar los diferentes comportamientos disfuncionales que puede acarrear un enfermo de esquizofrenia. El diagnóstico de esquizofrenia supone una gran carga emocional en la familia. Se produce un conglomerado de sentimientos que van evolucionando por distintas fases no necesariamente cronológicas: temor, tristeza, vergüenza, culpabilidad, inseguridad, desconcierto, hostilidad, emociones (Aznar & Angeles, 2002).

La importancia de la intervención familiar.

Las intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social. Por su parte Ganju, Lehman y Steinwachs (2004) recomiendan la intervención familiar durante un periodo de al menos 9 meses, incluyendo una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis. Las intervenciones familiares van también demostrando ser eficaces cuando son utilizadas por clínicos en los servicios comunitarios.

La terapia familiar ha sido una de las más recomendadas en la esquizofrenia, puesto que es innegable el vínculo de dependencia que los pacientes crean con sus familiares, muchas veces exacerbados por consecuencia de la enfermedad; por otro lado, las propias familias requieren apoyo ante las tensiones que genera el desarrollo de la enfermedad. Por ello, no es infrecuente encontrarnos sobre todo en programas de terapias combinadas para la esquizofrenia que junto a intervenciones individuales se incluyan terapias familiares o al menos «reuniones familiares» (muy frecuentes en los programas terapéuticos de países escandinavos, «family meetings») con el fin de proteger los esfuerzos de independencia del paciente, para evaluar los problemas familiares, su fortaleza y capacidad de apoyo y examinar cómo se entiende la psicosis entre los miembros de la familia (García, 2008).

En tal sentido, el nivel de funcionalidad de la familia es fundamental sobre el tipo de influencia que va a tener sobre todos los miembros de la familia. Entre las situaciones conflictivas se pueden mencionar la separación, problemas de comunicación, incumplimiento de rol, violencia familiar que afectan el nivel de

funcionalidad de una familia y es lo que se le denomina disfuncionalidad familiar (Condoris & Enriquez, 2016)

Por otro Lado Romero, Espinoza, Paredes y Pasquel (2018) señalan que en la familia hay una variedad de factores de tipo emocional, conductual y contextual que intervienen en la dinámica familiar que van a intervenir de manera positiva o negativa en cada uno de los miembros de la familiar, es decir el comportamiento individual va a estar determinado por el comportamiento de la familia y a su vez la dinámica familiar se ve influenciada por agentes externos como el contexto social y los factores socioculturales en donde se ubica el núcleo familiar.

Según Carranza (2017) las familias que presentan disfuncionalidad se caracterizan por la ausencia de la unión familiar, siendo este un factor relevante que causa inestabilidad a nivel económico, social y emocional, causando posteriormente problemas de comunicación que pueden originar episodios de violencia, falta de atención o descuido entre los miembros de la familia.

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento

Investigaciones como la realizada Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán (2009) sobre la adherencia y persistencia en el tratamiento demuestran que los pacientes identifican como los aspectos de mayor influencia en cuanto al abandono o rechazo al tratamiento: la larga duración de este, los efectos secundarios y el estigma social que existe acerca de las personas con trastornos mentales, resulta alarmante para muchos miembros de la sociedad que una persona tenga recetado antipsicóticos como tratamiento, siendo en muchos casos etiquetados y rechazados, esto según indican los mismos pacientes

Por otro lado se pueden señalar como factores que dificultan la adherencia al tratamiento, las características sociodemográfica como el nivel socioeconómico que es una variable que se ha evidenciado en múltiples investigaciones como una de las causas de la dificultad en la adherencia y aumento en el abandono del tratamiento, las personas de bajos recursos económicos no centran su atención ni le dan la importancia al cumplimiento terapéutico ni farmacológico, consideran más importante satisfacer otro tipo de necesidades, que por lo general son básicas como la alimentación y la vivienda (Caqueo, Urzua, Miranda e Irarrazaval, 2016).

La relación entre el terapeuta y el paciente es otro de los factores que pueden influir de manera negativa o positiva en la adherencia al tratamiento, el profesional sanitario puede crear conciencia tanto en el paciente como en sus familiares acerca de la importancia del cumplimiento de las indicaciones farmacológicas así como de los riesgos que se corren de no hacerlo, por otro lado los terapeutas pueden a través de la psicoeducación enseñar al paciente todo lo relacionado con el tratamiento y la enfermedad. De la misma manera los sistemas de salud pueden favorecer la adherencia brindando el apoyo correspondiente a nivel económico y social, se trata de ser responsables en cuanto a sus funciones como garantes de la salud y calidad de vida de sus ciudadanos, especialmente aquellos en situaciones de vulnerabilidad (Jiménez, 2014).

Dentro de los factores relacionados a las características del tratamiento, se tienen los efectos secundarios como uno de los aspectos señalados por los pacientes como la causa principal por la que abandonan o no cumplen el tratamiento farmacológico, de igual manera los psiquiatras consideran que los efectos adversos de este tipo de fármacos dificultan la adherencia o no se siguen las prescripciones de manera adecuada, Cabe destacar, que muchos de los efectos secundarios afectan la vida social de los pacientes así como su funcionamiento físico, muchos son los casos donde el paciente llega a sufrir impotencia sexual (Dilla, Valladares, Lizán y Sacristán, 2009)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Cuidador: El término “cuidador familiar” se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria* a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas.

Normalmente, se trata de un familiar cercano (la inmensa mayoría mujeres) que, además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, debe continuar realizando las labores propias del mantenimiento del hogar.

Adherencia: se define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, es decir toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa

prescrito. Pero además se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado (OMS, 2015).

Familia: Es el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye el núcleo más primario del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento, y les da un sentido a sus vidas (Pillcorema, 2013).

La esquizofrenia: Trastorno mental grave que causa distorsiones cognitivas caracterizadas por alucinaciones de tipo visual o auditivo, también se pueden manifestar alteraciones del pensamiento, la percepción y emoción de tipo inapropiadas o limitadas, evidenciándose apatía, incongruencia entre las expresiones emocionales y el lenguaje corporal, el lenguaje también se ve afectado es incoherente y con falta de lógica. Por otra parte, entre los cambios conductuales en los pacientes con este trastorno se tienen: conducta desorganizada, agitación, excitación, hiperactividad y aplanamiento afectivo (OMS, 2013).

Ambulatorio: Tienen como objetivo evaluar, diagnosticar y proporcionar tratamiento ambulatorio conforme a las necesidades y evaluación en salud mental realizada por el profesional. Cuando en este nivel se detecte o se presenten situaciones de mayor complejidad se realizará la referencia al ambulatorio intensivo. Brinda tratamiento ambulatorio intensivo a personas que presentan trastornos mentales graves y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas en un período de tratamiento diario o casi diario durante el día. Este espacio terapéutico proporciona tratamiento, individual, familiar, grupal, multifamiliar, ocupacional y terapias complementarias (Calero, 2018).

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. Hipótesis General

La resistencia en la adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia, crea un abandono al tratamiento.

2.3.2. Hipótesis Particulares

La falta del acompañamiento del cuidador al tratamiento ambulatorio psiquiátrico lleva al paciente a la acentuación y abandono del tratamiento.

2.3.3. Declaración de Variables

Variable Dependiente: Adherencia al tratamiento

Variable independiente: Funcionalidad Familiar

2.3.4. Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Funcionalidad familiar	Cohesión	- Participación de la familia	Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)
	Armonía	- Respeto hacia los intereses y necesidades de todos los miembros de la familia	
	Comunicación	- Interacción, confianza	
	Permeabilidad	- Aceptación de ayuda y apoyo externo	
	Afectividad	- Demostraciones de cariño	
	Roles	- Funciones y responsabilidades de cada miembro	
	Adaptabilidad	- Flexibilidad	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Modalidad de estudio

La presente investigación se realizó bajo la modalidad cuantitativa permitió examinar los factores determinantes que incide en la resistencia por parte del cuidador al tratamiento ambulatorio en pacientes con esquizofrenia, de forma numérica comprendiendo el inicio del problema estableciendo preguntas de investigación, objetivos, variables e hipótesis antes de la recolección de los datos aplicando las herramientas e instrumentos establecidos y una vez obtenido los datos se realiza un procesamiento estadístico apoyado en el soporte teórico del marco referencial para la discusión de los resultados (Sampieri, Fernandez , & Baptista, 2006).

Tipo de Investigación

El tipo de investigación es descriptiva, debido que se basa en una investigación que permitió conocer situaciones, costumbres, funcionalidad familiar y conocimiento del cuidador sobre la enfermedad y el apoyo que brinda el cuidador al paciente con esquizofrenia durante el tratamiento terapéutico, mediante un análisis observacional (Sampieri, Fernandez , & Baptista, 2006).

Diseño del estudio

Fue realizada con un diseño transversal, porque es un tipo de estudio observacional descriptivo en el cual se midió una muestra de 30 cuidadores de pacientes Esquizofrénicos que se encuentran en un tratamiento ambulatorio por más de un año lo que ha permitido observar el fenómeno y ver la incidencia a la resistencia al tratamiento ambulatorio (Sampieri, Fernandez , & Baptista, 2006).

También tiene un diseño exploratorio, porque permitió acercarse al problema para identificar cuáles son los factores que inciden en la resistencia al tratamiento ambulatorio por parte del cuidado de pacientes con esquizofrenia. Este estudio nos permite obtener un panorama e información inicial para llevar a cabo la investigación, luego de poder conocer a profundidad el objeto de estudio (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2006).

Al mismo tiempo el diseño que rige el desarrollo de este estudio es de campo, pues los datos serán obtenidos directamente de la realidad, es decir de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a tratamiento ambulatorio a la Zona-8 Salud, Distrito 09D01. 2018-2019, utilizando entre las técnicas de recolección de datos la observación directa, también se utilizó la encuesta para el registro de los datos necesarios en un estudio descriptivo.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

La población de este estudio está constituida, por los familiares y cuidadores primarios de los pacientes con enfermedades psiquiátricas que se encuentran en tratamiento ambulatorio en la zonal-8 salud.

3.2.1 Características de la población

Se cuenta con una población total de 100 pacientes con enfermedades psiquiátricas que se encuentran en tratamiento ambulatorio en el Distrito 09D01. Por lo que se escogieron por medio de criterios de inclusión una muestra de 30 pacientes todos ellos con esquizofrenia paranoide, que se encuentran recibiendo mensualmente medicamentos, tienen carnet de Discapacidad y asisten al tratamiento ambulatorio de una población variable en edad, etnia, género y escolaridad.

3.2.2 Delimitación de la población

El Ministerio de Salud Pública, de la zona-8, cuenta con un programa de tratamiento ambulatorio que se brinda a los pacientes con trastornos mentales graves. En este servicio se atienden aproximadamente 100 pacientes y se les brinda también

apoyo y orientación a familiares y cuidadores primarios de los pacientes que asisten a la zona 8.

3.2.3 Tipo de muestra

Se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico, es decir la selección de la muestra para este estudio no depende de la probabilidad o el azar sino de características específicas de los sujetos en estudio, que ayuden al investigador a cumplir los objetivos planteados. Al respecto Tamayo y Tamayo (2012) señalan que este tipo de muestreo permite al investigador limitar la muestra solo a casos específicos

3.2.4 Tamaño de la muestra

30 pacientes seleccionados por medios de criterios de inclusión y exclusión.

3.2.5 Proceso de selección

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión

- Familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia
- Ser cuidador primario de pacientes diagnosticados con esquizofrenia
- Ser paciente del ambulatorio

Criterio de Exclusión

- Sujetos que no accedan a participar en la investigación y no firmen el consentimiento informado

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

Método que se utilizaron, analítico sintético e hipotético deductivo.

Los métodos de investigación sirven como herramienta para la búsqueda y mejoramiento del conocimiento que se tiene sobre la realidad. Sin embargo existen diferentes métodos que se ajustan a las necesidades, características y particularidades del objeto de estudio. En este sentido para el desarrollo de este estudio se emplearon el método analítico – sintético que consiste en la utilización de dos procesos intelectuales el análisis que permitió estudiar el comportamiento de los cuidadores y pacientes y el otro proceso fue la síntesis a través de este se pudo combinar las partes analizadas hallando las relaciones entre los elementos analizados referentes al comportamiento del cuidador y el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente

Otro de los métodos utilizados en este estudio, fue el hipotético deductivo, este método permitió la elaboración de hipótesis como punto de partida para el desarrollo de este estudio, posteriormente estas predicciones fueron sometidas a verificación empírica utilizando instrumentos de recolección de datos como la encuesta y observación, lo que permitió comprobar la consistencia lógica de las hipótesis planteadas.

3.3.1. Instrumentos

Para recolectar la información se utilizará la encuesta bajo la modalidad de cuestionario. En atención a esto se señalan la técnica como las distintas formas de recolectar la información estableciendo el cuestionario como la modalidad que se realiza de forma escrita mediante un instrumento estructurado con una serie de preguntas y con dos o más alternativas de respuestas puede ser administrado por el investigador o auto administrado (Hernandez & Fernandez , 2014).

Los instrumentos que fueron utilizados por medio de su aplicación buscan dar respuesta a los objetivos específicos. Para efecto de este estudio, se creó un cuestionario que permita identificar el conocimiento que tiene los cuidadores de los familiares de los pacientes con esquizofrenia sobre la enfermedad. Dicho cuestionario, fue validado por 5 especialistas en psicología clínica y experiencias en trabajar con trastornos mentales graves. También fue validado por 3 PhD especialistas en investigación. Consta de 5 pregunta en formato de respuesta dicotómico.

Para efectos de este estudio, también se utilizó para la recolección de datos el método observacional que permitió extraer y registrar información referente a las funciones del cuidador primario y de su compromiso y el del paciente con el cumplimiento del tratamiento para lo que se construyó una guía de observación dirigida

3.3.2. Validez

La validez de instrumento fue realizada por juicio de expertos, específicamente por jueces calificados en la materia con experiencia en trastornos mentales, los expertos calificaron la pertinencia de los ítems con cada componente y con la escala general. En lo que respecta a la metodología empleada para el proceso de validación se tomaron en cuenta los planteamientos propuestos por Escobar y Cuervo (2008) sobre la claridad, coherencia, relevancia y suficiencia que debía tener el instrumento para considerarse válido.

Por otro lado, el proceso de validación se realizó de acuerdo a los objetivos del instrumento y las características del contexto para la recolección de los datos. Por otro lado, se les informó a los jueces sobre los antecedentes del desarrollo del instrumento, las características de la muestra y el lugar donde sería aplicado el instrumento.

3.3.3. Aspectos Éticos

La información recolectada para efectos de este estudio será empleada solo para fines de investigación científica respetando y cuidando la confidencialidad de los sujetos en estudio. Se dio a conocer a los sujetos en estudio los fines de los instrumentos aplicados además la participación fue voluntaria y formaron parte de la muestra a aquellos que accedieron a ser parte del grupo en estudio a través del consentimiento informado.

Para ello el consentimiento informado les fue dado a los cuidadores primarios y a los pacientes considerando que fueran personas competentes y capaces de entender el propósito de la investigación. Se proporcionó la información necesaria prestando especial atención en su entendimiento para que el participante comprendiera de qué se trataba la investigación en la que participarían.

Basado en el principio de beneficencia la investigadora dirigió sus objetivos en función del beneficio de la población y no solo enfocado en fines académicos y científicos para el beneficio propio, es decir cumplió el deber moral de realizar acciones en pro de los otros. Además, se protegerán los derechos de los sujetos en estudio, se cuidará la privacidad de la información obtenida sin poner en riesgo a la población.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de la situación actual

INSTRUMENTOS

Luego de aplicadas las encuestas, se obtuvieron una serie de datos, que fueron tabulados en cuadros y representados en gráficos, donde se evidencia los aspectos evaluados y sus respectivos resultados.

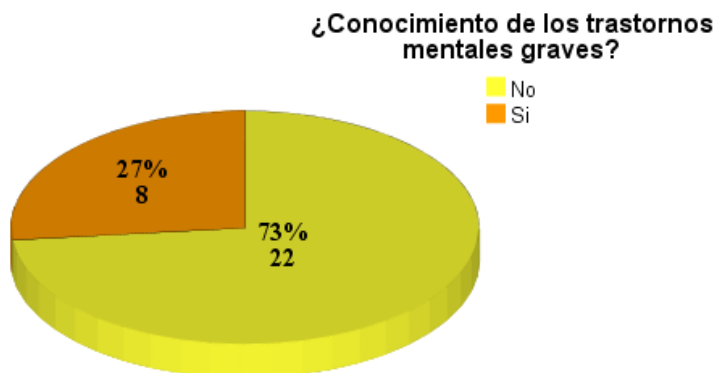
Tabla 1. Resultados de las encuestas sobre conocimiento del cuidador sobre la Esquizofrenia

	No		Si		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
¿Conocimiento de los trastornos mentales graves?	22	73%	8	27%	30	100%
¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente?	5	17%	25	83%	30	100%
¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar?	18	60%	12	40%	30	100%
¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescritos a su paciente con trastorno mental grave?	22	73%	8	27%	30	100%
¿Sabe usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves?	26	87%	4	13%	30	100%

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Conocimiento del cuidador sobre la esquizofrenia

¿Conocimiento de los trastornos mentales graves?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Si	8	27	27	27
	No	22	73	73	100
	Total	30	100	100	

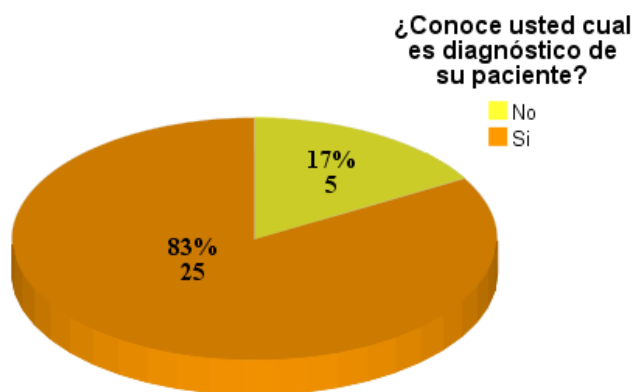


Gráfica 1. Conocimiento del cuidador sobre la Esquizofrenia
Realizado por: Psic. Luis Guerrero

Según los resultados obtenidos en la encuesta sobre el conocimiento de los cuidadores sobre la Esquizofrenia se evidencia que un alto porcentaje de los encuestados, no tiene conocimientos sobre el trastorno mental grave (esquizofrenia), evidenciándose que la mayoría significativa de la muestra encuestada correspondiente al 73% no tiene los conocimientos necesarios sobre la patología que manifiesta su familiar. Lo que afecta al tratamiento puesto el cuidador debería saber sobre la enfermedad, signos y síntomas de la Esquizofrenia para saber cómo actuar frente a la crisis del paciente.

Tabla 3. Conocimiento del cuidador sobre el diagnóstico del paciente

¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	25	83	83	83
	No	5	17	17	100
	Total	30	100	100	



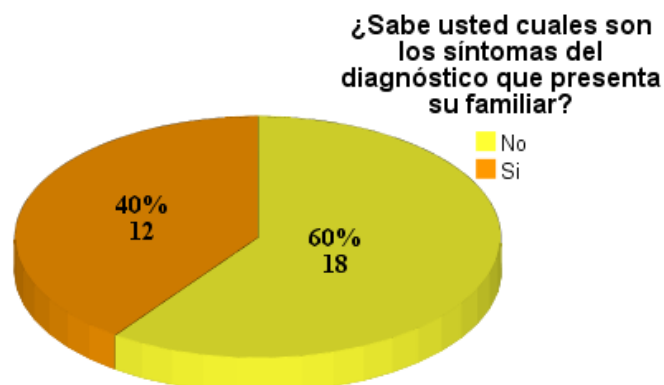
Gráfica 2. Conocimiento del cuidador sobre el diagnóstico del paciente
Realizado por: Psic. Luis Guerrero

Ante los datos obtenidos, en referencia a conocimiento del diagnóstico, se evidencia que el 83% de los cuidadores si conocen el diagnóstico del paciente, cabe destacar que la psicoeducación para el cuidador en referencia al trastorno es de gran importancia, pues le da elementos para participar de forma efectiva en el tratamiento terapéutico, el cuidador no puede convertirse en un simple acompañante del paciente, su participación debe ser activa.

Tabla 4. Conocimiento de los síntomas de esquizofrenia

¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	12	40	40	40
	No	18	60	60	100
	Total	30	100	100	



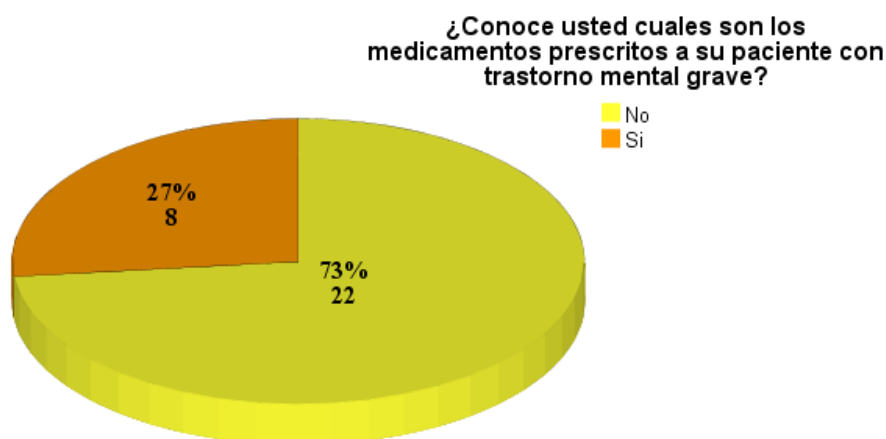
Gráfica 3. Conocimientos del cuidador sobre los síntomas de Esquizofrenia
Realizado por: Psic. Luis Guerrero

Según los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento de los cuidadores sobre los síntomas de esquizofrenia, el 60% manifestó no tener conocimiento sobre los síntomas que puede presentar el paciente con el diagnóstico de esquizofrenia. Estos datos resultan preocupantes, tomando en cuenta que es el cuidador quien atenderá al paciente en momentos de crisis, por lo tanto es necesario que cuente con las herramientas necesarias para brindar apoyo y atender al paciente, además el conocimiento de los síntomas le da al cuidador una perspectiva de la importancia del tratamiento para prevenir las manifestaciones clínicas.

Tabla 5. Conocimiento de los medicamentos indicados para la esquizofrenia

¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescritos a su paciente con trastorno mental grave?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	27	27	27
	No	22	73	73	100
	Total	30	100	100	



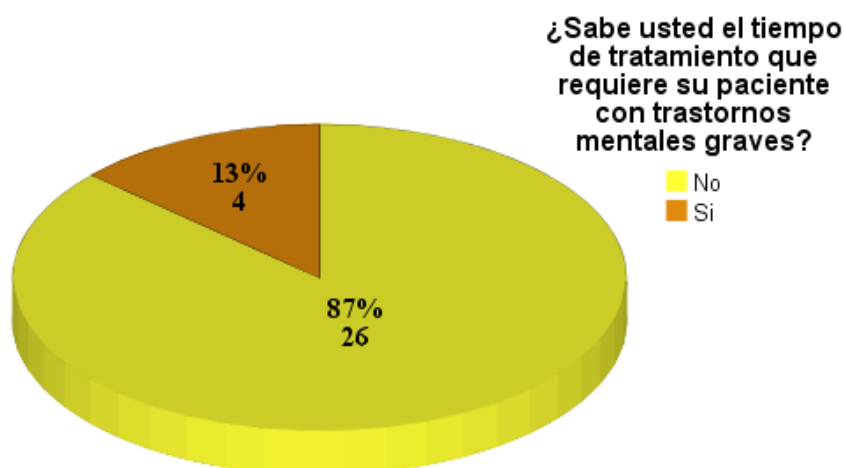
Gráfica 4. Conocimiento de los cuidadores sobre los medicamentos prescritos
Realizado por: Psic. Luis Guerrero

En lo que respecta al conocimiento de los cuidadores sobre los medicamentos prescritos para la esquizofrenia, de los cuidadores encuestado el 73% desconoce esta información, como se puede evidenciar la mayoría significativa desconoce la información del tratamiento y por ende la importancia de la adherencia, mantenimiento y cumplimiento de este, para lograr la recuperación del paciente evitar recaídas y que deba ser internado.

Tabla 6. Conocimiento sobre el tiempo del tratamiento para la esquizofrenia

¿Sabe usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	13	13	13
	No	26	87	87	100
	Total	30	100	100	

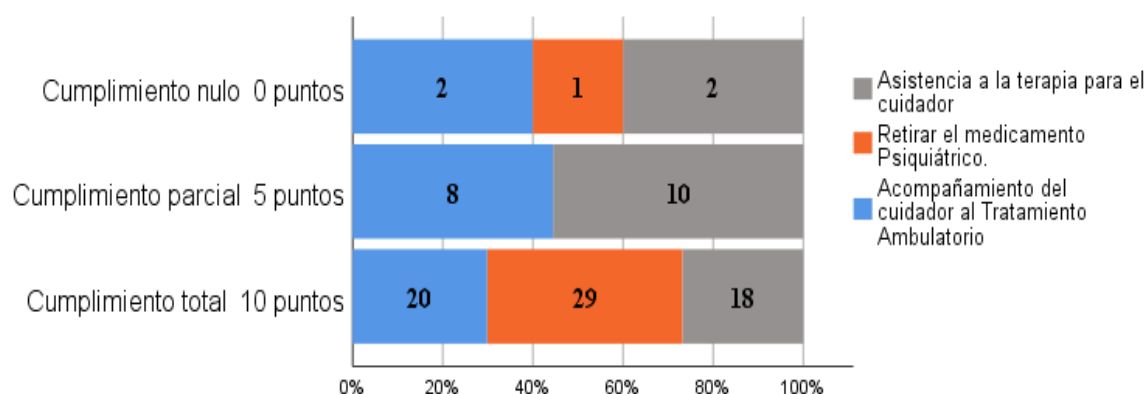


Gráfica 5. Conocimiento de los cuidadores sobre el tiempo del tratamiento
Realizado por: Psic. Luis Guerrero

En referencia al tiempo del tratamiento, de los cuidadores encuestados el 87% manifestó no conocer sobre el tiempo del tratamiento que requiere su paciente. Resultan interesantes estos resultados sobre el tiempo del tratamiento, tomando en cuenta que la Esquizofrenia no tiene cura y amerita un tratamiento de por vida y de este depende la estabilidad del paciente

Tabla 7. Frecuencia de acompañamiento, retiro de tratamiento y asistencia a la terapia

	Cumplimiento nulo 0 puntos Recuento	Cumplimiento parcial 5 puntos Recuento	Cumplimiento total 10 puntos Recuento	Total Recuento
Acompañamiento del cuidador al Tratamiento Ambulatorio (2 veces por semana)	2	8	20	30
Retirar el medicamento Psiquiátrico. (Una vez por mes)	1	0	29	30
Asistencia a la terapia para el cuidador (4 veces por mes)	2	10	18	30



Gráfica 6. Cuestionario de observación
Realizado por: Psic. Luis Guerrero

Según los resultados obtenidos en la observación se evidencia que el 30% de los cuidadores no realizan el acompañamiento necesario al paciente al proceso terapéutico por lo que ellos dejan de asistir a la terapia y 40% de los cuidadores no asisten a la psicoterapia familiar que está destinado para ellos. En este sentido, se puede evidenciar la falta de adherencia al tratamiento, esto puede traer como consecuencia el rechazo o abandono del paciente al proceso terapéutico y tratamiento farmacológico, lo que significaría una recaída a corto plazo, tal como lo plantea Gallego (2015) quien evidencia que al dejar el tratamiento en un período entre 6 a 18 meses el paciente tiene recaídas.

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL. Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación, se presenta un cuadro en donde se establecen situaciones que pueden ocurrir o no en un grupo familiar. La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

Tabla 8. Resultados de la evaluación del funcionamiento familiar

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)	Casi nunca Recuento	Pocas veces Recuento	A veces Recuento	Muchas veces Recuento	Casi siempre Recuento	Total Recuento
1. Tomar decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	0	12	9	0	9	30
2. En mi casa predomina la armonía	2	10	9	6	3	30
3. En mi familia cada Uno cumple sus responsabilidades	3	11	6	7	3	30
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	2	8	8	9	3	30
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	6	11	6	6	30
6. Podemos aceptar los defectos de los demás sobrellevarlos	4	5	6	8	7	30
7. Tomamos en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	5	6	6	8	5	30
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	5	7	7	7	4	30
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado	5	7	8	4	6	30
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	3	5	10	9	3	30
11. Podemos conversar diversos temas sin temor	2	7	8	8	5	30
12. Antes una situación familiar difícil somos capaces de Buscar ayuda en otras personas	5	6	6	4	9	30
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados para el núcleo familiar.	4	5	8	8	5	30
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	2	8	6	7	7	30
Multiplicado	43	206	324	364	375	
Dividido	1	7	11	12	13	42

Realizado por: Psic. Luis Guerrero

Según los datos obtenidos, las situaciones de conflicto, falta de armonía, poca comunicación, falta de flexibilidad afectan al paciente en su proceso de recuperación y tratamiento, un contexto que no le brinda armonía, ni le aporte las posibilidades para desarrollar las capacidades necesarias para ser un individuo social de manera independiente, a causa de las limitaciones que se le presentan en un ambiente que no resulta ser el más

óptimo, este tipo de situaciones resultan preocupantes porque pueden interferir con la efectividad del tratamiento y en el peor de los casos interrumpir su continuidad. Ate los resultados obtenidos, se puede decir que la familia cumple funciones fundamentales en la adherencia al tratamiento del paciente con esquizofrenia.

4.2. Verificación de hipótesis

Hipótesis General

Se pudo comprobar empíricamente a través de la observación y la encuesta que la resistencia en la adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia por parte del cuidador, crea un abandono al tratamiento.

Hipótesis Particulares

Utilizando los métodos de análisis, síntesis y deducción se pudo comprobar que la falta del acompañamiento del cuidador al tratamiento ambulatorio psiquiátrico si lleva al paciente a la acentuación y abandono del tratamiento.

CONCLUSIONES

El factor de mayor incidencia en la adherencia al tratamiento, es el desconocimiento por parte del cuidador primario sobre el trastorno de la esquizofrenia, este es un punto clave en la adherencia al tratamiento, el familiar debe conocer la importancia del tratamiento, estar al tanto de lo que se quiere evitar y de las consecuencias que puede sufrir su familiar si no se le evitan crisis y recaídas. Por otro lado, como puede un cuidador primario reaccionar ante una crisis si no tiene el conocimiento de lo que se debe hacer ante estas situaciones, quizás se pueda considerar el desconocimiento de los cuidadores sobre la esquizofrenia como irresponsabilidad del centro de salud al no advertir, concientizar y entrenar a los cuidadores acerca de los trastornos mentales, específicamente la esquizofrenia.

En cuanto al apoyo de los cuidadores es importante destacar que la muestra en estudio cuenta con el apoyo de sus familiares lo que permite que exista una mayor adherencia al tratamiento, sin embargo llama la atención que los familiares no hacen uso de los servicios de apoyo brindados para un mejor manejo de la enfermedad que presenta su familiar para brindar una atención más oportuna, esto también aumenta el riesgo que este tipo de población padezca de estrés, agotamiento y ansiedad asociados al cuidado de una persona con un trastorno mental que puede interferir en el éxito del tratamiento.

Es decir, si el cuidador se ve afectado en su salud mental que también pueda repercutir en su salud física no se encontraría en condiciones de brindar un apoyo óptimo, siendo este de vital importancia en pacientes con trastornos mentales como en el caso de la esquizofrenia, quedando el paciente desasistido pudiendo esto interferir en la continuidad del tratamiento. En este sentido, también es importante destacar que el paciente con un diagnóstico de esquizofrenia debería de contar no solo con un cuidador, la familia juega un rol fundamental que no solo vaya dirigido al cuidado y atención del paciente, el cuidador también requiere de apoyo, que la responsabilidad no caiga sobre una persona ayuda a sobrellevar la carga, siendo esto positivo en el pronóstico del paciente porque tiene más probabilidad de cumplimiento del tratamiento para así evitar recaídas o crisis.

Los problemas en la funcionalidad familiar pueden no solo interferir en la adherencia del tratamiento, también pueden agravar la condición del paciente, causando mayor inestabilidad en los aspectos económicos, sociales y emocionales, que pueden ocasionar episodios propios de la enfermedad aun y cuando el paciente este recibiendo tratamiento farmacológico, si no se le brinda un ambiente de armonía atención y comunicación, la familia debe estar consiente que deben cambiar su estilo de vida en beneficio del paciente, claro está esta no es una tarea fácil y obviamente tener un familiar con este tipo de diagnóstico va a afectar la dinámica y funcionalidad familiar, es allí donde se hace indispensable que el núcleo familiar reciba apoyo, orientación y terapia psicológica, para que la familia no se convierta en un problema y pueda cumplir sus función de apoyo social.

RECOMENDACIONES

Proponer a los directivos de la institución incluir un programa de psicoeducación sobre los trastornos mentales graves dirigido a los cuidadores primarios.

Establecer sistemas de atención que incluyan tanto al paciente como a la familia y a los cuidadores primarios.

Generar estrategias que incentiven la participación frecuente en las terapias dirigidas a los cuidadores primarios.

Establecer un sistema de entrenamiento para los cuidadores enfocado en cómo afrontar las crisis de los pacientes con esquizofrenia.

Elaborar un sistema de información sobre la importancia del tratamiento, características y consecuencias de su abandono o rechazo.

CAPITULO V

PROPUESTA

5.1. TEMA

ESTABLECER UN PLAN TERAPÉUTICO PARA EL CUIDADO AL PACIENTE EN CENTRO DE SALUD #3 DEL DISTRITO 09D01 DE LA ZONA 8 SALUD AÑO 2020.PROMOVIENDO EL CONOCIMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE ESQUIZOFRENIA Y LA IMPORTANCIA EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO

5.2 JUSTIFICACIÓN

El cuidador cumple un rol significativo en proceso de tratamiento y recuperación de los pacientes con Esquizofrenia, por ende, su participación es significativa para la efectividad y cumplimiento tratamiento tanto farmacológico como psicológico, cabe destacar que la esquizofrenia crea discapacidad, inhibiendo las habilidades y capacidades del sujeto para elegir, decidir y ser conscientes de la realidad, esto demuestra la necesidad de un cuidador y la supervisión inminente para el sostenimiento del mismo.

Por otra parte, la presente investigación se justifica, tomando en consideración la importancia con respecto a la aplicación de instrumentos psicológicos que permitieron detectar las fallas en el apoyo que brindan los cuidadores primarios a los pacientes con esquizofrenia y la identificación de los conflictos familiares. En ese mismo sentido, se justifica a nivel institucional, por su propósito de mejorar el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con esquizofrenia y a sus familiares y así acompañar de una manera más efectiva el proceso. Consecutivamente, la propuesta aporta valoraciones importantes respecto a la importancia del tratamiento farmacológico, terapéutico y la psicoeducación de pacientes y cuidadores sobre la enfermedad y tratamiento.

Bajo este antecedente, se reconoce la viabilidad de la propuesta de empoderar y capacitar al cuidado sobre el conocimiento y el apoyo que debe dar a los familiares con esquizofrenia, mejorando así el tratamiento, haciéndolo sostenible y evitando las recaídas, además que la enfermedad se vuelva crónica y letal, por ende habrá un ahorro en los recursos en Ministerio de Salud tanto como los recursos económicos y humanos.

5.3 FUNDAMENTACIÓN

El diagnóstico de Esquizofrenia ocasiona un gran impacto tanto para el paciente como para la familia, esta es una enfermedad que no tiene cura y afecta tanto las habilidades como el funcionamiento social del individuo lo que dificulta la realización de las actividades de la vida diaria, esto implica la pérdida de la autonomía, lo que amerita el apoyo de la familia para poder mantener la estabilidad, en el núcleo familiar uno u varios miembros cumple el rol de cuidador primario, cuyas responsabilidades y labores se enfocan en la atención en el cuidado de la salud y cumplimiento del tratamiento, apoyo al paciente a nivel socio-económico, soporte emocional, entre otras AVD. Cabe destacar, que la efectividad de las funciones del cuidador primario depende del conocimiento de este sobre: la enfermedad diagnosticada, el tratamiento y los riesgos que implica la patología si no es debidamente tratada. (González E., Bastidas, Carrasco, Domínguez, & Irui, 2017).

En los últimos años se han realizado diversos cambios en el tratamiento dirigido a personas con enfermedades mentales graves, en función de mejorar su calidad de vida y lograr la reinserción a la sociedad. Uno de los cambios más relevantes, ha sido cambiar la internación del paciente por el tratamiento ambulatorio como alternativa de tratamiento, este tipo de proceso amerita la participación activa de la familia, además de brindar el tratamiento farmacológico y la terapia psicológica, cuya responsabilidad de su cumplimiento y tratamiento recae en el cuidador (Calero, 2018).

Tomando en cuenta los riesgos y consecuencia de no tratar de forma adecuada la esquizofrenia tanto para los pacientes como para los familiares, se hace necesario establecer un sistema biopsicosocial dirigido a la atención de pacientes y a la enseñanza de las especificaciones de la enfermedad, la importancia del tratamiento y

los riesgos de abandonar el tratamiento dirigida a los cuidadores primarios, con base en la efectividad de la psicoeducación del trastorno, para lograr aumentar la adherencia al tratamiento en paciente y en cuidadores, evitando crisis, recaídas y la institucionalización, como consecuencia del incumplimiento del tratamiento.

5.4. OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General

Establecer un proceso terapéutico para el cuidador promoviendo el conocimiento de la enfermedad esquizofrénica y el acompañamiento creando adherencia al tratamiento en el paciente del centro de salud número 3 del distrito 09D01 de la zona 8 Salud año 2020,

5.4.2 Objetivos Específicos

1. Concientizar al cuidador sobre la enfermedad de los pacientes con esquizofrenia.
2. Promover el apoyo de cuidador en la adherencia al tratamiento ambulatorio de los pacientes con esquizofrenia
3. Trabajar con la familia sobre la funcionalidad creando adherencia al tratamiento ambulatorio en paciente con esquizofrenia.
4. Elaborar un cronograma de capacitación anual donde destaque la promoción y prevención en salud, contra las enfermedades catalogadas como problemas de salud pública.

5.5. UBICACIÓN

- **Lugar:** Centro de Salud número 3, distrito 09D01, zona-8 Salud
- **Fecha:** El proyecto se ejecutará desde el mes de enero del 2020 durante 6 meses dentro del ambulatorio básico.

Descripción. - El proyecto implica un proceso terapéutico con los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia, donde realizaran atenciones psicológicas

individuales y psicoterapia de grupo con el fin de crear conocimiento en los cuidadores sobre la enfermedad del paciente signos y síntomas, para que puedan realizar un acompañamiento al paciente.

5.6 Estudio de Factibilidad

El proyecto es factible puesto que se cuenta con el apoyo de las autoridades del distrito 09D01 de salud, quienes facilitaran y brindaran el espacio físico para que se realicen los talleres, también se cuenta con el personal (profesionales de salud) capacitado y calificado para que se lleve a cabo las actividades y lo más importante se tiene el consentimiento de los cuidadores en la participación del proyecto.

La propuesta consiste en un aporte significativo para mejorar el tratamiento ambulatorio básico de los pacientes con Esquizofrenia.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

5.7.1 Actividades

1. Reunión con las autoridades para socializar el proyecto.
2. Adquisición y compra de los insumos equipos que se requieren para el proyecto.
3. Realizar un listado de todos los pacientes con esquizofrenia.
4. Contactar vía telefónica a todos los familiares de los pacientes con esquizofrenia
5. Realizar y entregar consentimiento informado a los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia
6. Crear el cronograma de actividades para las psicoterapias de grupos.
7. Realizar la reunión para establecer y dar a conocer el proyecto, hacer firmar acta de compromisos.
8. Realizar los talleres familiares sobre la problemática, se realizaran dos ciclos de 12 talleres, con un tiempo de duración de 3 meses cada uno.
9. Finalizado el primer ciclo de talleres se realizara una evaluación a fin de obtener información sobre los resultados de las actividades realizadas y su influencia en los sujetos de estudio.

10. En el taller 12 realizar evaluación del impacto que ha tenido el proyecto además de comparar los cambios obtenidos entre el primer y el segundo ciclo de talleres.

5.7.2 Recursos, análisis financiero

Recursos Humanos.

- Psicólogos clínicos del distrito 09D01 n
- Médico psiquiatría del distrito 09D01

Recursos Materiales.

- Salón para los talleres
- Computadores
- Marcadores
- Lápices
- Materiales impresos
- Trípticos
- Hojas blancas
- Recursos audiovisuales proyector
- TICs
- Material didáctico elaborado para la capacitación

5.7.2.2. Análisis financiero

TALENTO HUMANO			
DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	HONORARIOS	VALOR TOTAL
Psicólogo clínico	2	1.212,00	14,544
Médico Psiquiatra	1	1.200,00	1.200,00
MATERIALES			
DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computadores laptop	1	1500,00	1.500,00
Marcadores	2	1.00	2.00

Lápices	20	0.50	10.00
Materiales impresos	20	1.00	20.00
Tripticos	50	1.00	50.00
Resma Hojas blancas	1	3.50	3.50
Recursos audiovisuales, proyector	1	1200,00	1.200,00
Material didáctico para la Capacitación	5	5	25.00
TOTAL			2810,5

5.7.3 Impacto

La propuesta del presente trabajo implica realizar un proceso terapéutico donde se realizarán 12 talleres con los familiares de los pacientes con Esquizofrenia, con el objetivo de crear conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento. Esto implica establecer un cronograma de actividades, realizadas bajo la modalidad de talleres, con la finalidad de fortalecer el sistema de salud mental establecido en el centro de salud número 3 del distrito 09D01 de la zona 8

5.7.4. Cronograma

Actividades	Responsables	Inicio	Final
Reunión con las autoridades para socializar el proyecto.	Responsable de salud Mental	06/01/2020	06/01/2020
Comprar los insumos equipos que se requieren para el proyecto.	Responsable de salud Mental	07/01/2020	02/03/2020
Realizar un listado de todos los pacientes con esquizofrenia.	Responsable de salud Mental	09/01/2020	10/01/2020
Contactar telefónica a todos los familiares de los pacientes con esquizofrenia	Responsable de salud Mental	13/01/2020	15/01/2020
Crear el cronograma de actividades para las psicoterapias de grupos.	Responsable de salud Mental	19/01/2020	20/01/2020
Realizar la reunión para establecer y dar a conocer el proyecto, hacer firmar acta de compromisos.	Responsable de salud Mental	27/01/2020	28/01/2020
Realizar los talleres familiares sobre la problemática que duran seis meses un total de 12 talleres.	Responsable de salud Mental	03/02/2020	03/08/2020

A la mitad del proyecto realizar autoevaluación de actividades.	Responsable de salud Mental	04/05/2020	04/05/2020
En el taller 12 realizar evaluación del impacto que ha tenido el proyecto.	Responsable de salud Mental	07/08/2020	07/08/2020

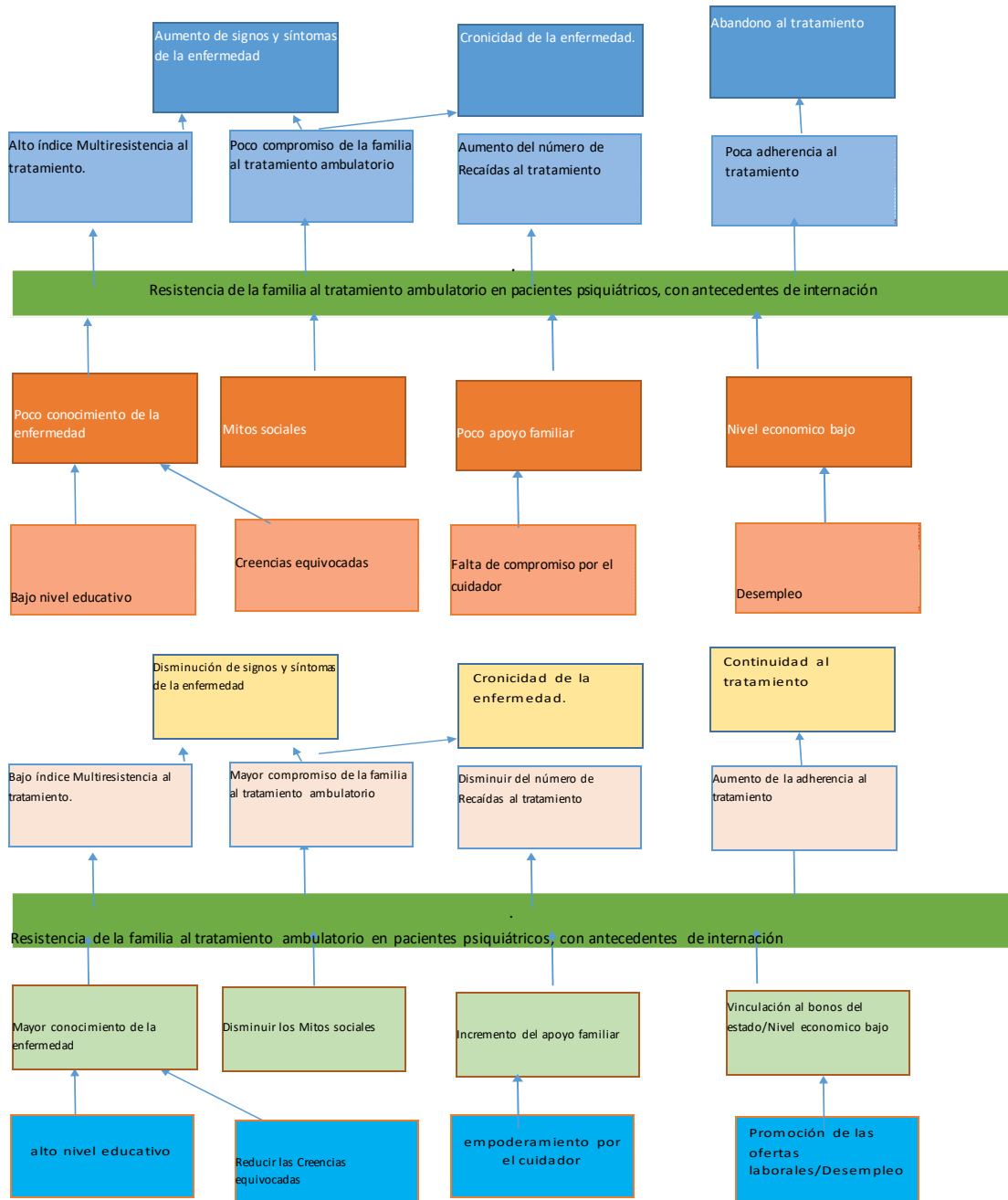
BIBLIOGRAFÍA

- Aznar, E., & Angeles, B. (2002). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para el cuidador*. Piramide.
- Brown, G., Birley, J., & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Psychiatry*, 121(562), 241-58.
- Calero, M. (2018). *El tratamiento ambulatorio como una alternativa al internamiento de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Caqueo A, Urzua A, Miranda C, Irrazaval M. (2016) Adherencia a la medicación antipsicótica en pacientes indígenas con esquizofrenia. *Revista Salud Mental*, 39(6); 303-310.
- Carranza, M. (2017). *Disfunción familiar y rendimiento académico en el área de matemática en estudiantes de sexto grado de primaria de la Institución Educativa N° 7057 Soberana Orden Militar de Malta, Villa María del Triunfo, 2016*. Obtenido de Peru: Universidad Cesar Vallejo.
- Condoris, E., & Enriquez, R. (2016). *Clima familiar y madurez social en los estudiantes de 5 años de la institución educativa inicial n° 157 Huancavelica*. Perú Universidad Nacional de Huancavelica
- Dilla T, Valladares A, Lizán L y Sacristán J. (2009) Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Revista Atención Primaria*, 41 (6); 342-348.
- Escobar J y Cuervo A. (2008) Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6(1); 27-36.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 28(101), 9-25.
- García P, Moreno A, Freund N, Lahera G. (2012) Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (16).
- Gallego, I. (2015). *Adherencia al tratamiento y complicaciones en pacientes con enfermedades psiquiátricas*. Obtenido de Universidad de la Rioja: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001096.pdf
- Ganju, V., Lehman, A., & Steinwachs, D. (2004). Issue: Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophr Bull*, 24(1), 1-10.
- García, P, Moreno A, Namdev F, & Lahera G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 32(116), 739-756.
- González, Bastidas, L., Carrasco, M., Domínguez, A., & Iruin, Á. (2018). *Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia (EDUCA-III-OSA)*.

- González, E., Bastidas, M., Carrasco, M., Domínguez, A., & Iruin, A. M. (2017). Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA- III-OSA). *Psychosocial Intervention*, 27(3), 113-121.
- Inglott, R., Touriño, R., Baena, E., & Fernández, J. (2018). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Hospital Juan Carlos España*, 10-22.
- Jiménez L. (2014) Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 23 (1); 68-74.
- MSP. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud-FCI*. Quito: Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
- MSP. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental (PNSM)*. Ecuador: MSP.
- OMS. (2013). *Guía de Intervención mhGAP*. Obtenido de <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- OMS. (2015). *Actas de la Conferencia Regional de Salud Mental*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Actas-Conferencia-Regional-de-SMChile-Oct-2015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Atención Primaria en Salud*. Recuperado el 23 de 01 de 2020, de Informe sobre la salud en el mundo 2008: https://www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf
- Parker, G., & Hadzi, P. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data. *Psychol Med*, 20(4), 961-965.
- Pillcorema, B. (2013). Tipos de familia estructural y la relación con sus límites. *Repositorio*, 18-20.
- Rascon M, Valencia M, Dominguez T, Alcantara H, Casanova L. (2014) Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud mental*, 31 (39); 239-246.
- Romero, D., Espinoza J, Paredes, M., & Pasquel, A. (2018). Dinámica familiar y desarrollo psicosocial en estudiantes de educación primaria. *Revista de Investigación Valdizana*, 12(4).
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Wynne, C. (1981). Concepts about schizophrenics and family relationships. *J Nerv Ment Dis*, 169(2), 82-89.
- Zapata, J., Rangel, V., & García, A. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 143-149.

ANEXOS

Arbol de Efectos



Análisis de jueces o expertos

VALIDACIÓN						
CUESTIONARIO		Si	No	Pertinencia	Validez	Confiabilidad
Objetivo específico 1	1.- ¿Conoce usted qué son los trastornos mentales graves?			100%	100%	100%
Identificar el conocimiento del cuidador sobre la enfermedad de los pacientes con trastornos mentales graves	2.- ¿Conoce usted cuál es diagnóstico de su paciente?			100%	100%	97%
	3.- ¿Sabe usted cuáles son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar?			98%	90%	99%
	4.- ¿Conoce usted cuáles son los medicamentos prescrito a su paciente con trastornos mentales graves?			100%	100%	99%
	5.- ¿Sabes usted el tiempo de tratamiento que requiere su familiar con trastornos mentales graves?			95%	97%	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3
 Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Pruebas de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)	CASI NUNCA		POCAS VECES		A veces		Muchas veces		Casi siempre		Total
1. Tomar decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	0	12	9	9	0	9	30				30
2. En mi casa predomina la armonía	2	10	9	6	3	30					30
3. En mi familia cada Uno cumple sus responsabilidades	3	11	6	7	3	30					30
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	2	8	8	9	3	30					30
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	6	11	6	6	30					30
6. Podemos aceptar los defectos de los demás sobre llevarlos	4	5	6	8	7	30					30
7. Tomamos en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes	5	6	6	8	5	30					30
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	5	7	7	7	4	30					30
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie está sobrecargado	5	7	8	4	6	30					30
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	3	5	10	9	3	30					30
11. Podemos conversar diversos temas sin tener	2	7	8	8	5	30					30
12. Antes una situación familiar difícil somos capaces de Buscar ayuda en otras personas	5	6	6	4	9	30					30
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados para el núcleo familiar.	4	5	8	8	5	30					30
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos	2	8	6	7	7	30					30
	Total		43	108	91	375					
	Multiplicado		43	206	324	364					
	Dividido		1	7	11	12					

Famulia difinici
 Famulia difinicioma

Luis Guerrero H.
 PSICÓLOGO CLÍNICO
 REGISTRO PROFESIONAL # 294

Tabla 2
Observación

Que se va observar	Tiempo	Cumplimiento total 10 puntos		Cumplimiento parcial 5 puntos		Cumplimiento nulo 0 puntos	
Acompañamiento del cuidador al Tratamiento Ambulatorio	2 veces por semana	20	66%	8	27%	2	7%
Retirar el medicamento psiquiátrico.	Una vez por mes	29	97%	0	0%	1	3%
Asistencia a la terapia para el cuidador	4 veces por mes	18	60%	10	33%	2	7%

Luis Guerrero H.
PSICÓLOGO CLÍNICO
REGISTRO PROFESIONAL # 285



Questionario

Questionario		No	Si
1.-¿Conoce usted de los trastornos mentales graves (Esquizofrenia)?	22 73%	8 27%	
2.-¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente?	5 83%	25 17%	
3.- ¿Sabe usted cuales son los sintomas del diagnóstico que presenta su familiar?	18 60%	12 40%	
4.-¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescritos a su paciente con trastorno mental grave?	22 73%	8 27%	
5.-¿Sabe usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves (Esquizofrenia)?.	26 87%	4 13%	


Luis Guerrero H.
 PSICÓLOGO CLÍNICO
 REGISTRO PROFESIONAL # 774

ANALISIS DE JUECES O EXPERTOS				
VALIDACION				
Objetivo especifico	CUESTIONARIO	PERTINENCIA	VALIDEZ	CONFIABILIDAD
		IA		DAD
1	1.-¿Conoce usted que son los trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	2.-¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	3.- ¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 90	✓ 90	✓ 95
	4.-¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescrito a su paciente con trastorno mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	5.-¿Sabes usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 95	✓ 100	✓ 100

NOMBRE: *Yoel Ortiz Díaz*
TITULO ACADEMICO: *Psicólogo Clínico*
TRABAJA: *Ministerio Salud Pública*
C.C.: *0959961665*
REG. PROF. COD: *0959961665*

Yoel Ortiz Díaz
PSICOLOGO CLINICO
0959961665
Ministerio del Poder
Dirección Distrital PS 09001-Ximena 1

EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 -----

98

ANÁLISIS DE JUECES O EXPERTOS				
VALIDACION				
CUESTIONARIO	PERTINENCIA	VALIDEZ	CONFIABILIDAD	
Objetivo específico 1	1.-¿Conoce usted que son los trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	2.-¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	3.- ¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 99	✓ 100
	4.-¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescrito a su paciente con trastorno mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	5.-¿Sabes usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 90	✓ 100	✓ 100

NOMBRE: Melinda Elizabeth Bruno Dávila

TÍTULO ACADÉMICO: Psicóloga Clínica
TRABAJA: MINEDUC - Coordinadora DEE
091002

C.C.: 092403190-6

REG. PROF. COD: 1006-12-1167734

Firma del Experto

Melinda Bruno Dávila

EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 -----

Melinda Bruno Dávila
PSICÓLOGA CLÍNICA
DAN. Dmf 408 42 4467734

ANALISIS DE JUECES O EXPERTOS				
VALIDACION				
OBJETIVO ESPECIFICO	CUESTIONARIO	PERTINENCIA	VALIDEZ	CONFIABILIDAD
Objetivo especifico 1	1.-¿Conoce usted que son los trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	2.-¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	3.- ¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar? sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 85	✓ 100
	4.-¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescrito a su paciente con trastorno mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 95
	5.-¿Sabes usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 95	✓ 95	✓ 100

NOMBRE: Ricardo José Viruet Méndez

TITULO ACADEMICO: Magister en Salud Pública

TRABAJA: Ministerio de Salud Pública

C.C.: 0917032898

REG. PROF. COD: 6779

Firma del Experto

EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 -----

96

ANALISIS DE JUECES O EXPERTOS				
VALIDACION				
Objetivo específico	CUESTIONARIO	PERTINENCIA	VALIDEZ	CONFIABILIDAD
1	1.-¿Conoce usted que son los trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	100	100	100
	2.-¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100	100	85
	3.- ¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100	85	100
	4.-¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescrito a su paciente con trastorno mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100	100	100
	5.-¿Sabes usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	100	90	100

NOMBRE: *Edwin Carrasquero*

TITULO ACADEMICO: *Ing. Metalurgico*

TRABAJA: *PhD. Mecanica*

C.C.: *UNEMI - FACI*

REG. PROF. COD: *053384476*

Tel. *0981828156*

Firma del Experto



EXCELENTE	100- 90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 -----

97.2

ANÁLISIS DE JUECES O EXPERTOS				
VALIDACION				
CUESTIONARIO	PERTINENCIA	VALIDEZ	CONFIABILIDAD	
Objetivo específico 1	1.-¿Conoce usted que son los trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	2.-¿Conoce usted cual es diagnóstico de su paciente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	3.- ¿Sabe usted cuales son los síntomas del diagnóstico que presenta su familiar? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 85	✓ 100
	4.-¿Conoce usted cuales son los medicamentos prescrito a su paciente con trastorno mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 100	✓ 100	✓ 100
	5.-¿Sabes usted el tiempo de tratamiento que requiere su paciente con trastornos mentales graves? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	✓ 95	✓ 100	✓ 100

NOMBRE: *Gabriel Alexei Mayner Tresol*

TÍTULO ACADÉMICO: *Ph.D. Neurociencias*

TRABAJA: *Universidad Católica Santiago*

C.C.: *0959973199*

REG. PROF. COD:

EXCELENTE	100-90
LEVES CAMBIOS	89 - 70
CAMBIAR PREGUNTA	69 -----

98

Firma del Experto

Ph.D. Gabriel Alexei Mayner Tresol
 Doctor en Neurociencias
 Senescyt 8622111479

Aderencia tratamiento ambulatorio

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to California State University, Monterey Bay Trabajo del estudiante	1%
2	apps.who.int Fuente de internet	<1%
3	www.healthycaribbean.org Fuente de Internet	<1%
4	Submitted to Gulf Medical University Trabajo del estudiante	<1%
5	www.grin.com Fuente de Internet	<1%
6	S. Maher, Z. Mikic, C. McDonald, G. T. Flaherty, B. Hallahan. "Experiences of international travel in patients with psychotic illness: a case series", Irish Journal of Psychological Medicine, 2020 Publicación	<1%
7	creativecommons.org Fuente de Internet	<1%