

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN EL CUIDADO INTEGRAL
DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA EN EL
HOSPITAL CENTRAL FAP – 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD MENTAL**

**AUTORA:
ROSITA CABRERA HERRERA**

**CALLAO – PERÚ
2018**



369



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

XXXVI CICLO TALLER DE TESIS PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 101-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:30 horas del viernes 09 de noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador del XXXVI Ciclo Taller de Tesis para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:


Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	PRESIDENTA
Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	SECRETARIA
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN	VOCAL


Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis, titulada "PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL CENTRAL FAP - 2018", presentado por: Don(ña) CABRERA HERRERA ROSITA.

Con el quórum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU de fecha 24 de octubre de 2017; luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa *Bueno*, y calificación cuantitativa *Catorce (14)* de la Tesis para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en SALUD MENTAL**, de conformidad con el Art. 27° del Reglamento de Grados y Títulos, dándose por terminado el acto de sustentación, siendo las 11:00 horas del mismo día.

Callao, 09 de noviembre de 2018


.....
Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO
Presidenta de Jurado Evaluador


.....
Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA
Secretaria de Jurado Evaluador


.....
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN
Vocal de Jurado Evaluador

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA SECRETARIA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN VOCAL

ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 101

Fecha de Aprobación de tesis: 09/11/2018

Resolución de Decanato N° 1456-2018-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2018, donde se designa jurado evaluador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mi madre, por motivarme día a día a lograr mis metas.

A mis dos grandes amores, por llenar mi vida de felicidad constante.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme serenidad y fortaleza todo momento.

A mí amada madre, quien siempre me ha brindado apoyo y motivación en
mi formación académica.

A mis estimados guías y asesores de tesis, por impartirme sus grandes
conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad
Nacional del Callao.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del Problema	13
1.2.1 Problema General	13
1.2.2 Problemas Específicos	13
1.3. Objetivos.....	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
1.4. Limitantes de la investigación	14
1.4.1 Limitante teórico	14
1.4.2 Limitante temporal.....	15
1.4.3. Limitante espacial.....	15
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes.....	16
2.1.1 Antecedentes Internacionales	16
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	17
2.2. Marco Teórico.....	17
2.2.1 El cuidado integral del paciente psiquiátrico.....	17
2.2.2 Teorías del cuidado en pacientes psiquiátricos.....	18
2.2.3 Teorías explicativas de la esquizofrenia.....	25
2.2.4 La esquizofrenia según LA DSM- 5.....	25
2.2.5. Participación de la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia	29
2.3 Definición de términos básicos	33
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	35
3.1. Hipótesis.....	35

3.2.	Definición conceptual de las variables	35
3.2.1	Participación familiar	35
3.3.	Operacionalización de variables	36
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		37
4.1.	Tipo y diseño de la de Investigación	37
4.1.1	Tipo de la Investigación	37
4.1.2	Diseño de la Investigación	37
4.2.	Población y muestra	38
4.2.1	Población	38
4.2.2	Muestra	38
4.3.	Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	38
4.4.	Análisis y procesamiento de datos	39
CAPITULO V: RESULTADOS		40
5.1.	RESULTADOS DESCRIPTIVOS	40
5.2.	Otro tipo de resultados	51
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		52
CONCLUSIONES		57
RECOMENDACIONES		58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		59
ANEXOS		61
	Anexo N° 1 Matriz de Consistencia	62
	Anexo N° 2 Instrumento	64
	Anexo N° 3 Consentimiento Informado	67

TABLA DE CONTENIDO

Cuadro N° 1 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas.	40
Cuadro N° 2 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas. HCFAP 2018.....	41
Cuadro N° 3 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018.....	42
Cuadro N° 4 Participación del familiar en cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018.....	43
Cuadro N° 5 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento. HCFAP 2018.....	44
Cuadro N° 6 Participación del familiar en cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento. HCFAP 2018.....	45
Cuadro N° 7 Participación familiar: según grupos de edad. HCFAP 2018	46
Cuadro N° 8 Participación del familiar: según el género. HCFAP 2018...	47
Cuadro N° 9 Participación del familiar: según relación de parentesco. HCFAP 2018.....	48
Cuadro N° 10 Participación del familiar: según grado de instrucción. HCFAP 2018.....	49
Cuadro N° 11 Participación del familiar: según tiempo de enfermedad en años. HCFAP 2018.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas. HCFAP 2018.....	40
Gráfico N° 2 Participación del familiar en cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas. HCFAP 2018.....	41
Gráfico N° 3 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018.....	42
Gráfico N° 4 Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018.....	43
Gráfico N° 5 Participación del familiar en cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento. HCFAP 2018.....	44
Gráfico N° 6 Participación del familiar en cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento. HCFAP 2018.....	45
Gráfico N° 7 Participación del familiar: según grupos de edad. HCFAP 2018.....	46
Gráfico N° 8 Participación del familiar: según el género. HCFAP 2018 ..	47
Gráfico N° 9 Participación del familiar: según relación de parentesco. HCFAP 2018.....	48
Gráfico N° 10 Participación del familiar: según grado de instrucción. HCFAP 2018.....	49
Gráfico N° 11 Participación del familiar: según tiempo de enfermedad en años. HCFAP 2018.....	50

RESUMEN

PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL CENTRAL FAP. 2018

Autora: Rosita Cabrera Herrera

RESUMEN: La esquizofrenia al ser una enfermedad tan compleja requiere del apoyo de la familia. Objetivo: Determinar la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el Hospital Central FAP 2018. Material y método: estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo realizado en 30 personas a los que se les aplicó un instrumento validado para determinar la participación de los familiares en las necesidades básicas, necesidades emocionales y el cumplimiento del tratamiento del paciente. Para el análisis de datos se hizo uso del paquete estadístico SPSS versión 22. Resultados: La participación de la familia (30) en el cuidado integral respecto a las necesidades físicas es desfavorable en un 96.7% y favorable en un 3.3. %. Respecto a las necesidades emocionales se observa que el 100% representa desfavorablemente esa necesidad. Respecto al cumplimiento del tratamiento se observa que 93.3% es desfavorable y el 6.7% es favorable. Por lo que se observa las causas de las crisis y recaídas de los pacientes con esquizofrenia. Conclusión: La familia no participa de forma óptima en el cuidado de su paciente con trastorno de esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de esquizofrenia, familia, cuidado.

ABSTRACT

SUMMARY PARTICIPATION OF FAMILY MEMBERS IN THE COMPREHENSIVE CARE OF THE PATIENT WITH DISORDER OF SCHIZOPHRENIA IN THE FAP CENTRAL HOSPITAL. 2018

Author: Rosita Cabrera Herrera

ABSTRACT: Schizophrenia, being such a complex disease, requires the support of the family. Objective: To determine the participation of family members in the comprehensive care of the schizophrenic patient at the Central Hospital FAP 2018. Material and method: Quantitative study carried out in 30 people to whom a validated instrument was applied to determine the participation of the family in the basic need, emotional needs and compliance with the patient's treatment. The statistical package SPSS version 22 was used for the data analysis. Results: The participation of the family (30) in comprehensive care based on physical needs is unfavorable in 96.7% and favorable in 3.3%. Regarding the emotional needs, it is observed that 93.3% is unfavorable and 6.7% is favorable what is observed in the causes of the crises and relapses of patients with schizophrenia. Conclusion: The Family does not participate optimally in the care of their patient with schizophrenia disorder.

KEY WORDS: schizophrenia disorder, family, care.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la salud mental comprenden alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Estos trastornos están causados principalmente por complejas interacciones físicas, psicológicas, socioculturales y hereditarias.

Uno de los principales trastornos de salud mental reportados en el Perú que requiere más atención, es la esquizofrenia, el deterioro de la función mental de estos enfermos interfiere marcadamente su capacidad de afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. La persona con esquizofrenia muchas veces no vive en este mundo ya que existe una disociación entre la realidad y su mundo. El paciente con esquizofrenia no es consciente de su enfermedad, pasando a ser dependiente de alguna ayuda, siendo la familia el ente más cercano y confiable. (1)

La familia que tiene el rol de cuidar la integridad de sus miembros, y si dentro de ella se encuentra una persona que padece esquizofrenia, debe afrontar diversas dificultades asociada a esta enfermedad; entre ellos la complejidad del sistema de salud, de la educación, lo social y económico. Sin embargo, estudios previos señalan que estas familias a lo largo de su vida experimentan un importante deterioro de su bienestar físico, emocional y social. (2)

El profesional enfermero en salud mental, desempeña un rol educador, de asesor y agente de relaciones sociales, favoreciendo así pautas para la creación de un ambiente social que contribuya a la recuperación del enfermo y evitar la estigmatización social asociada a la esquizofrenia. El objetivo del presente trabajo es

determinar la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el Hospital Central FAP 2018; con el propósito de brindar información fidedigna al personal de salud, específicamente al profesional de enfermería para que su intervención en respuesta a las necesidades del paciente y familia sea más efectiva, para implementar programas psicoeducativos, con la finalidad de mejorar y fortalecer el soporte físico y emocional que la familia ayudará a su paciente psiquiátrico a obtener una mejor calidad de vida, dentro del seno familiar y de la sociedad. Así mismo, para que implementen estrategias para el seguimiento continuo orientado al paciente y familia.

El presente trabajo de investigación está comprendido por seis capítulos que se desarrollan de la siguiente manera: Capítulo I: descripción de la realidad problemática, formulación del problema, formulación de objetivos, limitantes de la investigación. Capítulo II, que consta del marco teórico, antecedentes de la investigación. Capítulo III, que consta de hipótesis y operacionalización de variables. Capítulo IV la parte metodológica, tipo y diseño de la investigación, población, muestra, instrumento de recolección de información y el análisis y procesamiento de datos. Capítulo V: Los resultados de la investigación. Capítulo VI: Discusión de resultados y finalmente conclusiones y recomendación

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La salud mental es considerada “parte de la salud integral y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural del paciente. Es la instancia esencial que permite a cada persona desplegar sus posibilidades, aun en los momentos más difíciles”.

Según Mingote Adán. (3)

Históricamente la enfermedad mental ha sido abordada por muchas teorías, así en sus inicios de ser considerada como una posesión demoniaca, brujería o alienación del enfermo mental, en el renacimiento pasó a ser definida como una deficiente utilización de la razón, actualmente es considerada como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en la que se ve afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el lenguaje, etc., lo cual dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social. (4)

Según datos estadísticos de la OMS, reportan a la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y el trastorno compulsivo, como las primeras 10 causas de enfermedades mentales que producen mayor discapacidad crónica” (5) La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Los pacientes esquizofrénicos pueden perder el contacto con la realidad (psicosis), sufrir alucinaciones, delirios (creencias falsas), tener pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral. (6)

En España en el año 2010, “aproximadamente el 9 % de la población padeció algún tipo de enfermedad mental y se estima que el 15 % lo padecerá a lo largo de su vida. Siendo más comunes aquellos relacionados con el estado de ánimo, se encuentran la depresión, o problemas de la ansiedad, como pánico, fobias o estrés postraumático y trastornos mentales graves mayoritariamente esquizofrenia y el trastorno bipolar”. (7)

En el Perú investigaciones recientes (2010) manifiestan que más de 280 mil personas sufren de esquizofrenia, enfermedad caracterizada por alteraciones en diferentes funciones mentales, este mal tiene mayor riesgo a iniciarse entre los 15 y 25 años de edad en varones, y entre los 25 y 35 años en las mujeres. Esta alteración también puede comenzar en la infancia y la vejez, y se ha calculado que la probabilidad de padecerla de por vida es de 1% de la población. (8)

Es así que el hecho de vivir con un familiar que padece esquizofrenia genera en primer lugar un impacto emocional que trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectuosos, fobias, y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen un gran impacto económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, otro aspecto importante es el costo físico, que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación, entre otros.

Los estudios previos también mencionan el impacto social, por la tensión que origina la estigmatización, aislamiento y falta de interacción social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico, temor a la conducta impredecible, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador. En México, se

calcula que alrededor del 1% de la población mayor de 15 años padece esquizofrenia, una enfermedad psiquiátrica severa y compleja que afecta el comportamiento, el pensamiento y las emociones de la persona. (1)

Sin embargo, a pesar de ser una enfermedad crónica, si se atiende y hace un correcto diagnóstico a tiempo, y con tratamiento integral que comprende medidas no farmacológicas y medicamentos, el paciente puede mejorar su calidad de vida. El manejo de la enfermedad debe ser integral, por una parte, el tratamiento farmacológico permite estabilizar al paciente, mientras la rehabilitación le ayuda a recuperar su vida social, familiar y laboral. La familia es un eje fundamental debiendo tratar al paciente con esquizofrenia como a los demás miembros del hogar, no criticándolos ni sobreprotegiéndolos.

La esquizofrenia al ser una enfermedad tan compleja, la mejoría del paciente, está basada en la alianza entre su familia, el profesional de salud y éste. Los tratamientos farmacológicos constituyen el eje central del cual se articula el manejo actual de la esquizofrenia, pero en un trastorno crónico como este en el que se involucra no solo al paciente, sino a los familiares y al entorno en general, el tratamiento farmacológico necesita otras herramientas de trabajo en salud como información, el apoyo y estrategias de afrontamiento para atender a los problemas psicosociales de los mismos.

Los familiares que no apoyan adecuadamente al paciente con trastorno esquizofrénico pueden llevar a situaciones de gran tensión en él, como sintiéndose una carga para ellos, rechazado y no comprendido, lo que conlleva a un abandono de su tratamiento, y finalmente a una complicación en su salud.

El Minsa, enfatiza la importancia de apoyar a las personas que viven con una enfermedad mental y a sus familiares, desarrollando programas de

educación dirigidos a los mismos sobre sus derechos, responsabilidades, los problemas que los afectan, los alcances de la atención que debe recibir, los avances científicos al respecto, las leyes que los protegen y los servicios y recursos psicosociales disponibles en la comunidad que los puedan beneficiar, con el fin de crear un ambiente social y familiar favorable para la recuperación del paciente y prevenir las posibles crisis.

(2)

El rol de enfermería sobre la familia es de suma importancia ya que, dentro del área de salud mental, se encuentra en la facultad de desempeñar amplias funciones como son las intervenciones en crisis, la creación de un ambiente social y terapia familiar con el objetivo de favorecer la recuperación de la persona con esquizofrenia, siendo su capacidad educadora importante sobre todo en una etapa inicial y apoyo en las situaciones que atraviesan las personas con trastorno mental y la familia. (2)

Durante mi experiencia profesional en el servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP, he observado cómo influye los cuidados de la familia el hecho de tener un familiar con la enfermedad, el bajo soporte emocional y tratamiento inadecuado manejado en casa, ya que muchos de ellos al ingresar al servicio como resultado vienen presentando recaídas o crisis psicóticas por el abandono del tratamiento, el gran descuido en su higiene personal manejado en sus hogares, la indiferencia de la familia cuando debe brindar el apoyo y soporte necesario permanente ya q los familiares solo venían a visitar a los pacientes 1 o 2 veces a la semana o a veces no iban a visitarlos, algunos familiares con desconocimiento de las medicinas que tomaban, dentro de muchos cuidados que la familia debería de saber para tener un cuidado óptimo de su paciente con trastorno de esquizofrenia. Algunos familiares vienen a visitarlos, pero la mayoría prefieren que se queden, a pesar que el médico les informa que es necesario que el paciente salga de alta, ellos no toman

importancia y dejan a los pacientes internados. El desconocimiento y el miedo de la familia hacen que no les permite ver claro esta enfermedad llegando a causar recaídas.

Es por ello que la familia debe involucrarse con el paciente fortaleciendo lazos familiares, es importante que conozca la enfermedad ya que ayudará a su tratamiento y que también como complemento los familiares deben acudir a terapia familiar.

Esta realidad permitió plantear las siguientes interrogantes: ¿Por qué a la familia le es tan difícil aceptar el diagnóstico de esquizofrenia dentro de entorno familiar? ¿Cuáles son los factores que limitan a la participación de la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia en el hogar? ¿Por qué a la familia le es tan difícil el cuidado de un paciente con esquizofrenia? ¿La familia posee la información necesaria para el cuidado del paciente con trastorno esquizofrénico? ¿Por qué la familia prefiere mantener a sus familiares internados? ¿Cuál es el nivel de información de los familiares en el manejo de la conducta agresiva en el hogar? Estas interrogantes llevan a realizar el estudio de investigación sobre la participación de los familiares en el cuidado del paciente con esquizofrenia en el Hospital Central FAP en el año 2018.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la forma de participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia en el Hospital Central FAP 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cómo es la participación de los familiares en cuanto a las

necesidades físicas del paciente con trastorno esquizofrénico?

- ¿Cómo es la participación de los familiares en cuanto a las necesidades emocionales del paciente trastorno esquizofrénico?
- ¿Cómo es la participación de los familiares en el cumplimiento del tratamiento del paciente trastorno esquizofrénico?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia en el Hospital Central FAP 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la participación de los familiares respecto necesidades físicas del paciente con trastorno de esquizofrenia.
- Identificar la participación de los familiares respecto las necesidades emocionales del paciente con trastorno de esquizofrenia.
- Identificar la participación de los familiares en el cumplimiento del tratamiento del paciente con trastorno de esquizofrenia.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

Limitada fuente de información para continuar con el desarrollo del proyecto de investigación con rigor científico, dificulta la concreción en el período establecido; sin embargo, se tuvo a otras fuentes de mejor comprensión didáctica para superar esta limitación.

1.4.2 Limitante temporal

Una de las limitaciones relevantes en la ejecución de este trabajo de investigación es el factor tiempo ya que se observará a cada miembro en forma individual, debido a que los familiares visitan en cualquier momento a sus pacientes dificultando la ejecución de la investigación.

1.4.3. Limitante espacial

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Lima en el distrito de Miraflores, lejos de la vivienda del autor.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Jaime Tomalá Rivera, en el año 2014, realizó estudio titulado “Intervención de Enfermería en el cumplimiento Terapéutico del paciente Esquizofrénico, área de emergencia, instituto de neurociencias. Guayaquil 2013-2014. Ecuador”. La investigación tiene como propósito determinar la Intervención de Enfermería en el cumplimiento terapéutico a través de estrategias que mejoren al paciente con trastorno esquizofrénico para disminuir su reingreso. El diseño de investigación es de enfoque cuali cuantitativo, los resultados arrojaron razones suficientes para buscar solución a la problemática investigada por medio del diseño y aplicación de estrategias de intervención de Enfermería para el cumplimiento terapéutico como propuesta, lo cual disminuiría la re hospitalización de pacientes esquizofrénicos como aprobación de la hipótesis señalada. (9)

Soraya Masa Moreno, en el año 2015, realizó estudio titulado “Esquizofrenia y teoría de la mente. España. 2015”. En la presente tesis doctoral hacemos un recorrido teórico por los conceptos de Esquizofrenia y Teoría de la Mente (ToM) y por los trabajos más representativos existentes que estudian la afectación de ToM en las personas que sufren esta patología. Los datos obtenidos muestran diferencias entre los sujetos con esquizofrenia y la población normal en el rendimiento en estas tareas. De la misma manera aparecen algunas diferencias entre los sujetos con esquizofrenia según las variables nombradas anteriormente. (10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Milagros Jennifer Nolasco Villa, En el año 2014, realizó estudio titulado “Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar. HVLH. 2014”. Perú. Tiene Como objetivo general determinar la actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar con el método descriptivo, encontrándose que los familiares en un 60% presentan una actitud favorable hacia el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico en el hogar y 40% (12) una actitud desfavorable. (2)

Liliana Milagros Hidalgo Padilla, en el año 2015, realizó estudio titulado “Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con Esquizofrenia. Perú. 2015”. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de Sobrecarga del Cuidador y las Estrategias de Afrontamiento en familiares de pacientes con esquizofrenia en Rehabilitación. Con dicho fin, se aplicaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento a 33 familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación. (11)

2.2. Marco Teórico

2.2.1 El cuidado integral del paciente psiquiátrico

El cuidado de enfermería en el área de psiquiatría también tiene su base en las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Florencia Nightingale en 1859 quien propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y nos sirve de guía para

realizar las acciones que tomamos en nuestro quehacer diario frente al cuidado de los pacientes. Los Metaparadigmas son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales. (12)

2.2.2 Teorías del cuidado en pacientes psiquiátricos

Las teorías es un conjunto de conceptos interrelacionados que intentan explicar lo que es enfermería, se ocupan en explicar las relaciones que existe entre persona, salud, enfermedad y entorno.

El enfermero/a profesional en la medida que entiende las teorías podrá participar en forma más eficaz en su proceso de atención en beneficio de su paciente. Las teorías sirven como guía y base de investigación que aumenta su conocimiento de la enfermería.

2.2.2.1. Modelo de Virginia Henderson

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas. (13)

- En la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada
- Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.
- El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes,
- Investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.
- “La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.
- La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad. El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad.

- Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.
- La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.
- La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida.
- Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona.
- Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas.
- Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.
 1. Respirar normalmente.
 2. Comer y beber adecuadamente.
 3. Eliminar por todas las vías corporales
 4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
 5. Dormir y descansar.
 6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

2.2.2.2. El modelo de Dorotea Orem, en su “Teoría del déficit de Autocuidado”

Dorotea E. Orem tiene influencia de la escuela de las necesidades. En su teoría del Déficit de Autocuidado, define el autocuidado como una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar. La idea de autocuidado como acción deliberada es muy útil. Esta idea tiene tres fases:

1ra. Fase: En que la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción. (14)

2da. Fase: En que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.

3ra. Fase: En que la persona realiza la acción.

La Teoría del Déficit de Autocuidado es el núcleo del modelo de Orem. Establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas

o desviadas de su salud, que los incapacita para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar. (13)

Los tres sistemas de Enfermería descritos por Orem, dependen de las capacidades del paciente para auto cuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, el personal de Enfermería se convierte en agente de autocuidado.

Se pueden identificar tres tipos, dependiendo de quien pueda o deba realizar las acciones de autocuidado:

- Totalmente compensatorio,
- Parcialmente compensatorio,
- De apoyo educativo.

Requisitos de autocuidado universales: Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Dorotea afirma, que enfermería es un servicio humano, dentro del servicio sanitario. Es un servicio por sí mismo, no es un servicio adjunto a la medicina. El objeto propio de la enfermería es la incapacidad que tienen las personas para su autocuidado ante la enfermedad.

Las necesidades de autocuidado dependiente en un paciente con esquizofrenia estarán dadas por un conjunto de medidas del Cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias. (18)

La esquizofrenia, es un trastorno psicótico grave, en la que se verá afectada los procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), lenguaje (lenguaje desorganizado), sentimientos (afecto "plano", afecto inapropiado), comportamiento, atención, concentración, motivación y juicio ya que requieren de la atención inmediata de salud a través de un cuidado de enfermería de calidad, con características de humanizada, oportuna, continua y segura. (14)

2.2.2.3 Hildegard Peplau. “Modelo de Relaciones Interpersonales”

Según Peplau, la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

Peplau, basa su modelo en la enfermería Psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. La enfermería psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera y paciente: Orientación, identificación, explotación y resolución. En la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera, en colaboración con el paciente y con todos los miembros del equipo profesional, se ocupa de recoger información, de reforzar y esclarecer lo que otras personas han comunicado al paciente y de identificar los problemas.

En la fase de identificación el paciente comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema.

La explotación de la relación se refiere a tratar de aprovechar esta al máximo para obtener del cambio los mayores beneficios posibles. (18)

2.2.3 Teorías explicativas de la esquizofrenia

Existen diversas teorías explicativas de la esquizofrenia: Teoría del Neurodesarrollo: Actualmente la teoría explicativa de la esquizofrenia más sólidamente argumentada es la del neurodesarrollo. Se han formulado hipótesis que apuntan que algunos sujetos sufren, en etapas tanto prenatal como perinatal, unos acontecimientos que afectarían el desarrollo del sistema nervioso central. (JANO EXTRA DE OCTUBRE DE 2008. N.º 1.714. www.jano.es 37)

- Teorías Biológicas: hiperactividad de los circuitos dopaminérgicos, afectación de determinadas áreas cerebrales (sistema límbico, ganglios basales y corteza frontal); también intoxicaciones por virus, falta de vitaminas, factores inmunológicos, etc.
- Teorías genéticas: el factor genético es más evidente en las formas más graves de la esquizofrenia.
- Teorías psicosociales: según la clase social hay una mayor o menor incidencia del trastorno, también pueden influir los cambios culturales.
- Teorías psicoanalíticas: Freud, sugirió factores predisponentes y acumulación de estrés, que favorecerían la aparición de la esquizofrenia. (Cocaína, alucinógenos y otras drogas de diseño...) como las depresoras del SNC (alcohol, hachís, heroína...) (19)

2.2.4 La esquizofrenia según LA DSM- 5

La esquizofrenia, es un trastorno psicótico grave.

2.2.4.1. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

- 1- Delirios.
- 2- Alucinaciones.
- 3- Discurso desorganizado (p. ej; disgregación o incoherencia frecuente).
- 4- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- 5- Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

2.2.4.2. Disfunción social/laboral: una o más áreas de actividad (estudios, trabajo, relaciones interpersonales, cuidado de sí mismo) están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o fracaso en alcanzar el nivel esperable del rendimiento interpersonal, académico o laboral si el inicio es en la infancia o adolescencia).

2.2.4.3. Duración: Signos continuos durante por lo menos 6 meses que debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede agregar periodos de síntomas prodrómicos o residuales.

2.2.4.4. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

2.2.4.5. Tratamiento: El tratamiento de la esquizofrenia consta de tratamiento farmacológico, tratamiento psicológico, y terapia electroconvulsivo en algunos casos. El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, principalmente gracias al desarrollo de los fármacos antipsicóticos. Las estrategias y formas de tratamiento de la esquizofrenia varían en función de la fase y la severidad de la enfermedad.

- El tratamiento farmacológico del paciente con trastorno esquizofrénico se basa en el empleo de los antipsicóticos o neurolepticos, que en virtud de sus características se clasifican en típicos y atípicos Antipsicóticos típicos: Estos fármacos se

introdujeron en su mayoría durante las décadas de los años cincuenta y setenta. Se incluyen aquí los compuestos siguientes: Amisulprida, Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Levomepromazina, Loxapina, Perfenazina, Periciazina, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, Tiaprida, Tioproperazina, Trifluoperazina y Zuclopentixol.(15) Benzodiazepinas: Se administran dosis elevadas para intentar disminuir la agitación y la ansiedad. Betabloqueadores: Una de sus acciones es el aumento de los niveles plasmáticos de los antipsicóticos. Litio: Se ha utilizado para intentar reducir las conductas impulsivas y agresivas, la hiperactividad o la excitación, así como para estabilizar el estado de ánimo. Anticonvulsiantes: Utilizado para las crisis comiciales. Antidepresivos: Los antidepresivos también se han utilizado, principalmente en aquellos pacientes que han desarrollado una depresión grave. A pesar de que todos los tratamientos farmacológicos existentes tienen limitaciones en cuanto a su eficacia y están relacionados con efectos adversos indeseables, es un hecho demostrado que los antipsicóticos pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y prevenir las recidivas. Duración del tratamiento farmacológico: Los pacientes que cursan con primer episodio, o bien con recurrencia pero que alcanzan la remisión de sus síntomas, el tiempo de toma de medicamentos debe ser de 12 a 24 meses. Los pacientes que han presentado varios episodios o no alcanzan la remisión, el uso del medicamento es para una mayor cantidad de tiempo, o de por vida.

- Tratamiento psicológico: Hay diferentes modalidades en el tratamiento psicológico de la esquizofrenia: Intervenciones psicoeducativas familiares, entrenamiento en habilidades sociales, y las terapias cognitivo-conductuales para los síntomas psicóticos. Intervenciones familiares psicoeducativas: Proporcionan una

aproximación positiva con las familias, respetando sus necesidades y recursos de afrontamiento, y enseñándoles estrategias para abordar los problemas, como la sobrecarga que les supone cuidar del enfermo. También se les proporciona estabilidad, y una mejora de la comunicación con el familiar. Entrenamiento en habilidades sociales: La esquizofrenia, es una enfermedad que tiene como uno de los principales rasgos el déficit de funcionamiento social. Por ello, el entrenamiento en habilidades social se utiliza frecuentemente en estos pacientes. Se sabe que las habilidades sociales pueden ser enseñadas a personas con deterioro en este aspecto.

- Tratamientos cognitivo-conductuales para los delirios y las alucinaciones. Dentro de este tratamiento, hay diversas modalidades terapéuticas, que disponen de diversos estudios experimentales que soportan su eficacia y validez. Por un lado, hay autores que prefieren enfocar esta terapia a las técnicas de distracción, para ignorar las voces. Existen otros autores que no creen en su efectividad, ya que sólo se produce un efecto transitorio, al no dirigirse al problema central. Por otro lado, hay autores que defienden la postura contraria: Hacer que el paciente dirija su atención a las alucinaciones, para que las pueda describir con detalles en la terapia. (15)
- Tratamiento con terapia electro convulsiva. (TEC) El uso de la TEC, para el tratamiento de la esquizofrenia está restringido a pocos casos. Se utiliza para potenciar los efectos de los medicamentos antipsicóticos. Se ha demostrado que la inducción de convulsiones mediante TEC incrementa los efectos terapéuticos de la clozapina en pacientes psicóticos previamente resistentes al fármaco. La TEC genera una acción convulsiva, que hace que se expandan los

espacios de la barrera hemato-cefálica, y permite el paso de las moléculas del fármaco más fácilmente.

2.2.5. Participación de la familia en el cuidado del paciente con esquizofrenia

2.2.5.1. Necesidades físicas

La familia influye mucho en la salud y enfermedad, por lo que cumple una función de suma importancia en el tratamiento y recuperación del paciente con trastorno esquizofrénico. El papel de los familiares con el enfermo es atenderlo en toda su capacidad para ayudar, confrontar y promover su desarrollo y para que esta participación sea efectiva es necesario que sea adecuada y orientada permanentemente. Como educadora la enfermera debe estar preparada para valorar lo que los familiares necesitan y desean conocer y deben ser capaces de dar información suficiente para incrementar el afrontamiento y disminuir su ansiedad sin abrumarlos.

Las funciones que tiene la familia en relación a sus miembros es muy importante, ya que uno de los temores que con mayor frecuencia sufren los pacientes esquizofrénicos, provienen del sentimiento de pertenecer a un grupo y creer que nadie desea su compañía; pero la situación de la familia con un miembro diagnosticado de esquizofrenia, incluye en cada uno de los integrantes modificando su rol o funciones, ya que la familia se mueve como un sistema social en un conjunto, entonces sus reacciones dependerán de las mayorías de los casos del pronóstico de dicha enfermedad.

Entre los cuidados que debemos de tener se encuentra:

Alimentación:

La presencia de alteraciones alimentarias en la psicosis esquizofrénica es muy frecuente, tanto en los episodios agudos como en las evoluciones crónicas. En primer lugar, y por las características de gravedad que presentan, es necesario mencionar el rechazo absoluto de alimentación, que a veces se observa con mayor frecuencia en pacientes esquizofrénico catatónicos. La falta de contacto con el medio que caracteriza este trastorno conduce a que no quieran ingerir alimentos.

Con más frecuencia se observa la negativa por parte del paciente a ingerir algunos o todos los alimentos que se le ofrecen, a causa de la presencia de ideación delirante de envenenamiento, perjuicio, etc., Aunque estas alteraciones alimentarias sean más frecuentes en la fase aguda de la esquizofrenia o de las fases prodrómicas, la persistencia de la idea delirante puede prolongar estos trastornos alimentarios durante largos periodos.

La esquizofrenia cronificada y con un curso procesual puede condicionar la presencia de alteraciones aberrantes, como la coprofagia o la ingesta de productos no alimentarios como madera, tierra, cabellos. Finalmente, no hay que olvidar que la mayoría de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia aumentan el apetito e incrementan el peso lo que si el paciente no tiene una dieta equilibrada puede llevar a enfermedades alimenticias. (26)

Higiene y vestimenta

Las personas con esquizofrenia tienden a descuidar su arreglo personal, tanto su higiene como vestimenta, éstos son unos de los síntomas negativos de dicha enfermedad. El convivir con una persona desarreglada puede ser una experiencia desagradable para la familia. Sin embargo, es

muy importante remarcar que en muchas ocasiones si bien es cierto esta falta de aseo y discordancia estacional en la vestimenta pueden ser efecto de la enfermedad, por otro lado, puede ser por manipulación del mismo paciente y decir “estoy enfermo”.

La familia debe reconocer en qué situación está el paciente, por lo que necesitará asistir a terapias junto con el paciente. No debe minimizar la importancia del aseo ni del vestuario del paciente, ya que una óptima higiene y vestimenta adecuada contribuirán a propiciar la responsabilidad, el autocuidado, la autoestima, y la autonomía de la persona, así como ayudara a prevenir problemas dérmicos e infecciones.

En estas situaciones resulta muy eficaz marcar límites y normas familiares, para establecer un patrón de rutinas mínimas, como son la ducha, cepillado de dientes, cambio de ropa, (sí, la interior también, y conviene revisarlo porque es la que no se suelen cambiar), afeitado, peinado, etc. De forma inicial es posible negociar la frecuencia de dichas actividades, preferiblemente realizando un calendario y especificando de forma diaria qué actividades de autocuidado deberá realizar. (15)

Realización de ejercicios y actividades recreativas

Debido a la medicación que estos pacientes son sometidos, estos tienden a subir de peso, para evitar la obesidad se suele recomendar la realización de ejercicios. Así como también algunos investigadores observaron que la realización de programas de ejercicios tanto física como recreativa (ludo, crucigrama) mejoran las condiciones del estado mental como la ansiedad y la depresión.

2.2.5.2. Necesidades emocionales; Apoyo emocional

Las personas con esquizofrenia corren el gran riesgo de que su enfermedad los aisle de las relaciones humanas normales. En la mayoría

de los casos, lo que destruye las relaciones entre los individuos con esquizofrenia y sus familias es el no poder aceptar la enfermedad y el enojo de todos por la situación. El psiquiatra E. Fuller Torrey, cuya hermana tiene la enfermedad, dice que “la aceptación pone a la esquizofrenia en perspectiva como una de las grandes tragedias de la vida, pero impide que se convierta en una herida abierta que desgasta el alma misma de la vida”.

Un objetivo importante es de fortalecer los lazos familiares, lograr que la familia asuma su rol manteniendo relación afectuosa que han tenido desde la infancia. Sin embargo, esto puede resultar más fácil decirlo que hacerlo, ya que el bebé de ayer es hoy una persona con comportamientos diferentes y los padres han sufrido una pérdida dolorosa y decepcionante. No obstante, el desafío para los familiares es encontrar nuevas maneras de amar a sus pacientes, como lo habrían hecho si ellos hubiesen desarrollado cáncer o diabetes.

El amor de los familiares no debe basarse solamente en quiénes solían ser o en la esperanza de que algún día estarán bien. Ellos necesitan sentir que sus familiares los aman hoy y que reconocen que hoy están enfermos. . . Si es capaz de amarlos y aceptarlos como enfermos, es más probable que ellos acepten su enfermedad y sus limitaciones.

2.2.5.3. Cumplimiento del tratamiento

Administración de medicamentos, dosis completa y en su horario establecido: Los fármacos empleados para la esquizofrenia presentan una gran variedad de propiedades farmacológicas, pero todos comparten la capacidad de ejercer un efecto antagonista de los receptores de dopamina postsinápticos del cerebro. Son especialmente eficaces para reducir los síntomas positivos. No hay pautas claras de tratamiento que deberá ajustarse a la evolución del paciente. En cualquier caso, algunos ensayos clínicos han demostrado que una mayor adherencia al

tratamiento terapéutico, es decir la toma correcta y completa de las dosis indicadas reduce significativamente la incidencia de recaídas. La dificultad de la adherencia al tratamiento radica en la falta de conciencia de enfermedad de muchos pacientes, lo que conduce a un abandono temprano o a un incumplimiento parcial del tratamiento.

2.3 Definición de términos básicos

Participación: Los individuos para su bienestar, deben obtener la satisfacción de sus requerimientos físicos, psicológicos con autonomía y responsabilidad. Dicha satisfacción puede trastornarse por la enfermedad.

Familia: La familia es la unidad primaria de la sociedad donde se desarrollan las funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. La dinámica de la familia consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que estas funcionen bien o mal como unidad.

Trastorno esquizofrénico: Es una enfermedad compleja caracterizada por la presencia de síntomas de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos; las cuales están presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes, en diferente grado a lo largo del curso de la enfermedad, y que puede llevar al deterioro.

Medicamentos: Un medicamento es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos.

Terapia: En medicina, tratamiento o terapia es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo simple univariado no hay hipótesis.

3.2. Definición conceptual de las variables

3.2.1 Participación familiar

Apoyo familiar en las necesidades de su paciente enfermo.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA	Es el conjunto de actividades orientadas a convencer y animar al paciente a que participe activamente en su tratamiento y rehabilitación a fin de que mejore su capacidad de afrontamiento.	La predisposición de los familiares para el cuidado de sus pacientes con esquizofrenia en los cuidados de necesidades básicas del tratamiento, del afecto y la frecuencia en las atenciones	Necesidades físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación junto a la familia. • Realización de actividades físicas. • Realización de actividades recreativas. • Realización de quehaceres en el hogar. • Realización de la higiene corporal. 	Escala de Likert 0. Nunca 1. A veces 2. Siempre
			Apoyo Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en el aspecto psicológico. • Escucha activa al paciente. Intervención en las crisis del paciente con trastorno esquizofrénico. Durante la crisis • Mantener al paciente esquizofrénico en un lugar seguro y constante vigilancia durante el periodo de crisis. • No criticarlo o gritarle al paciente durante las crisis. • Mantener la calma durante la crisis. 	
			Cumplimiento del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Administración del tratamiento farmacológico. • Participación en el control médico del paciente. • Vigilar el consumo completo de los medicamentos. • Participación en las terapias psicosociales, paciente y familia. 	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de la de Investigación

4.1.1 Tipo de la Investigación

Estudio cuantitativo ya que su variable es susceptible a la cuantificación y se obtienen datos apoyados en la escala numérica permitiendo un tratamiento estadístico. Es Cuantitativa, por que recoge y analiza datos cuantitativos sobre variables., se estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño metodológico de la investigación fue cuantitativo porque se centra en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación de los fenómenos, descriptivo porque nos permite describir los datos relevantes de la investigación, de corte transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo y prospectivo porque estudia sobre las condiciones técnicas, científicas, económicas y sociales de la realidad futura. Según Hugo Sánchez.

4.2. Población y muestra

4.2.1 Población

La población está conformada por 30 personas, todos familiares de los pacientes ya diagnosticados con trastorno de esquizofrenia en el servicio de psiquiatría del Hospital FAP.

4.2.2 Muestra

Por ser una población pequeña la muestra está conformada por el total de la población 30 personas.

4.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Familiares que deseen participar de la investigación.
- Todos los familiares al cuidado de su paciente.
- Todos los familiares que manifiesten que son los responsables del cuidado de sus pacientes.

4.2.1.2. Criterios de Exclusión

- Familiares que visiten irregularmente
- Familiares que no deseen participar en la investigación
- Familiares que hayan abandonado a su paciente

4.3. Técnicas e Instrumentos para recolección de la información

La técnica que se utilizará será la entrevista y el instrumento una escala de Likert. (Ver Anexo 2) El instrumento fue tomado del estudio "Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente con trastorno

esquizofrénico en el hogar HVLH 2014, el cual ya fue aprobado y validado por un juicio de expertos, profesionales conocedores y con experiencia en el tema a investigar.

4.4. Análisis y procesamiento de datos

Para el análisis de datos se hizo uso del software SPSS 22 para Windows, con el cual se realizará el análisis de los datos y la representación gráfica

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1.RESULTADOS DESCRIPTIVOS

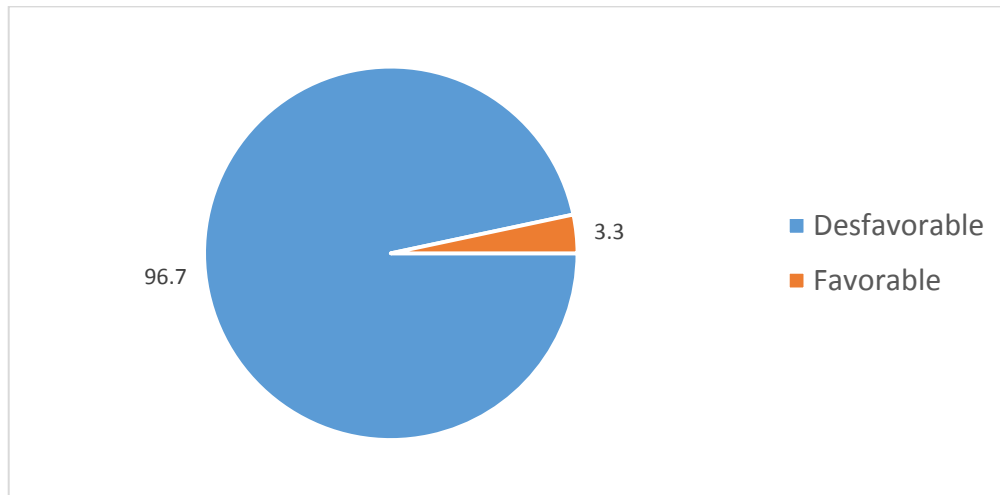
Cuadro N° 1
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas.

HCFAP 2018

Necesidades físicas	Absoluto	%
Desfavorable	29	96.7
Favorable	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 1
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas. HCFAP 2018



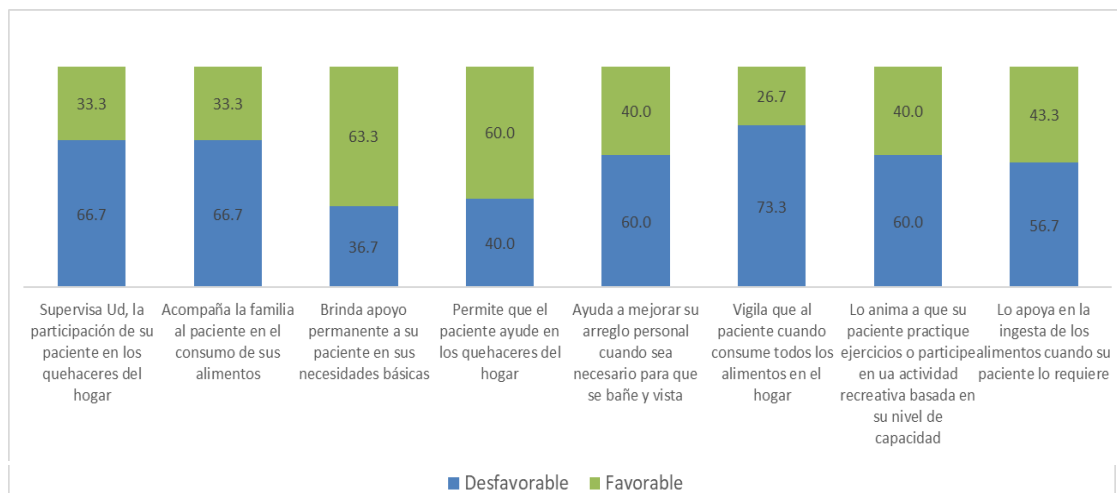
Se observa que la participación de la familia en el cuidado integral respecto a las necesidades físicas es desfavorable en un 96.7% y favorable en un 3.3. %

Cuadro N° 2
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas. HCFAP 2018

Necesidades Físicas	Desfavorable	Favorable
	%	%
Supervisa Ud., la participación de su paciente en los quehaceres del hogar	66.7	33.3
Acompaña la familia al paciente en el consumo de sus alimentos	66.7	33.3
Brinda apoyo permanente a su paciente en sus necesidades básicas	36.7	63.3
Permite que el paciente ayude en los quehaceres del hogar	40.0	60.0
Ayuda a mejorar su arreglo personal cuando sea necesario para que se bañe y vista	60.0	40.0
Vigila que al paciente cuando consume todos los alimentos en el hogar	73.3	26.7
Lo anima a que su paciente practique ejercicios o participe en una actividad recreativa basada en su nivel de capacidad	60.0	40.0
Lo apoya en la ingesta de los alimentos cuando su paciente lo requiere	56.7	43.3

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 2
Participación del familiar en cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades físicas. HCFAP 2018



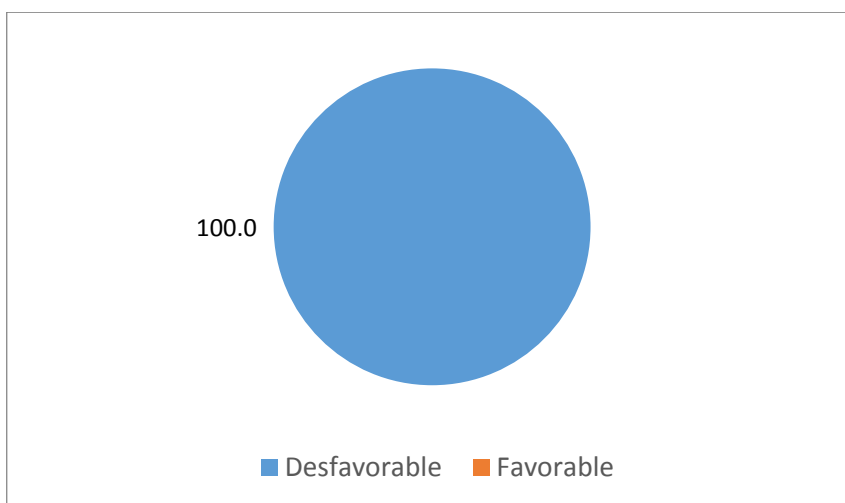
Según el cuadro sobre la participación de la familia en el cuidado integral respecto a supervisar a su paciente en los quehaceres del hogar es favorable en un 66.7% y desfavorable en un 33.3%. La familia acompaña al paciente en el consumo de sus alimentos en un 33.3%, la familia brinda apoyo en sus necesidades básicas favorable en un 63.3% y desfavorable en un 36.7%. La familia anima a que su paciente practique ejercicios en un 60% desfavorable y un 40% favorable.

Cuadro N° 3
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018

Necesidades emocionales	Absoluto	%
Desfavorable	30	100.0
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 3
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018



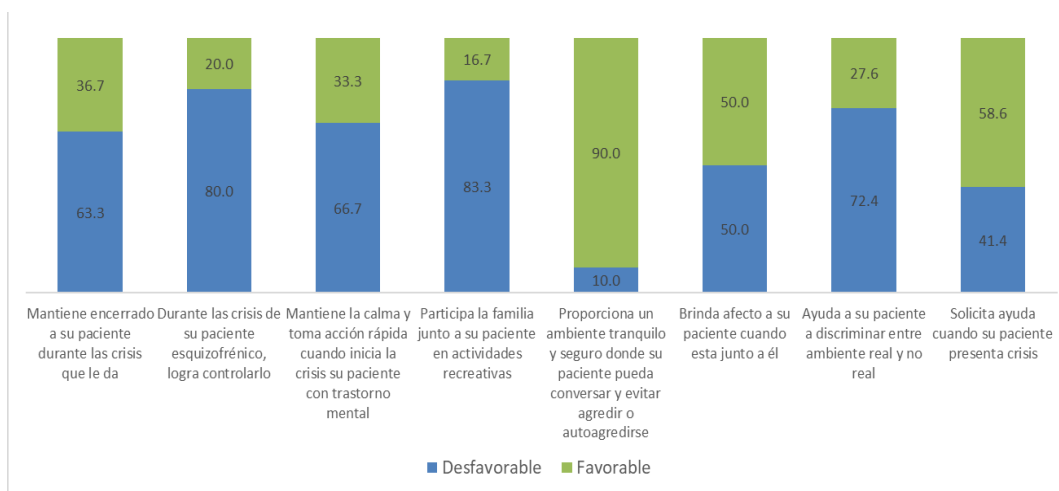
Según la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia respecto a las necesidades emocionales se observa que el 100% representa desfavorablemente esa necesidad

Cuadro N° 4
Participación del familiar en cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018

Necesidades emocionales	Desfavorable	Favorable
	%	%
Mantiene encerrado a su paciente durante las crisis que le da	63.3	36.7
Durante las crisis de su paciente con trastorno esquizofrénico, logra controlarlo	80.0	20.0
Mantiene la calma y toma acción rápida cuando inicia la crisis su paciente con trastorno mental	66.7	33.3
Participa la familia junto a su paciente en actividades recreativas	83.3	16.7
Proporciona un ambiente tranquilo y seguro donde su paciente pueda conversar y evitar agredir o auto agredirse	10.0	90.0
Brinda afecto a su paciente cuando esta junto a él	50.0	50.0
Ayuda a su paciente a discriminar entre ambiente real y no real	72.4	27.6
Solicita ayuda cuando su paciente presenta crisis	41.4	58.6

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 4
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: necesidades emocionales HCFAP 2018



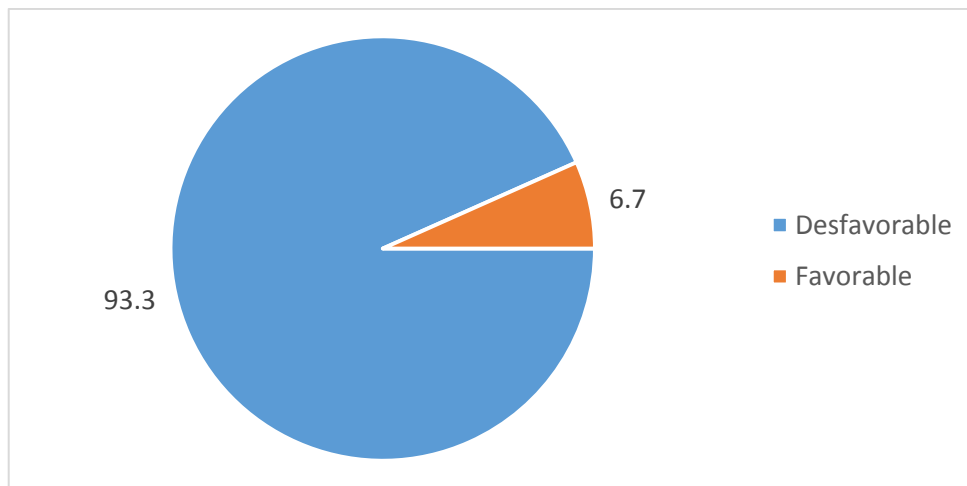
Según la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia respecto a las necesidades emocionales se observa que el 90% cumple la necesidad de manera favorable en proporcionar un ambiente tranquilo y seguro donde su paciente pueda conversar y evitar agredirse. En el desfavorable un 50% no brinda afecto a su paciente cuando esta junto a él. En lo desfavorable un 63.3% mantiene encerrado a su paciente durante las crisis propias de la enfermedad.

Cuadro Nº 5
Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento.
HCFAP 2018

Tratamiento	Absoluto	%
Desfavorable	28	93.3
Favorable	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico Nº 5
Participación del familiar en cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento.
HCFAP 2018



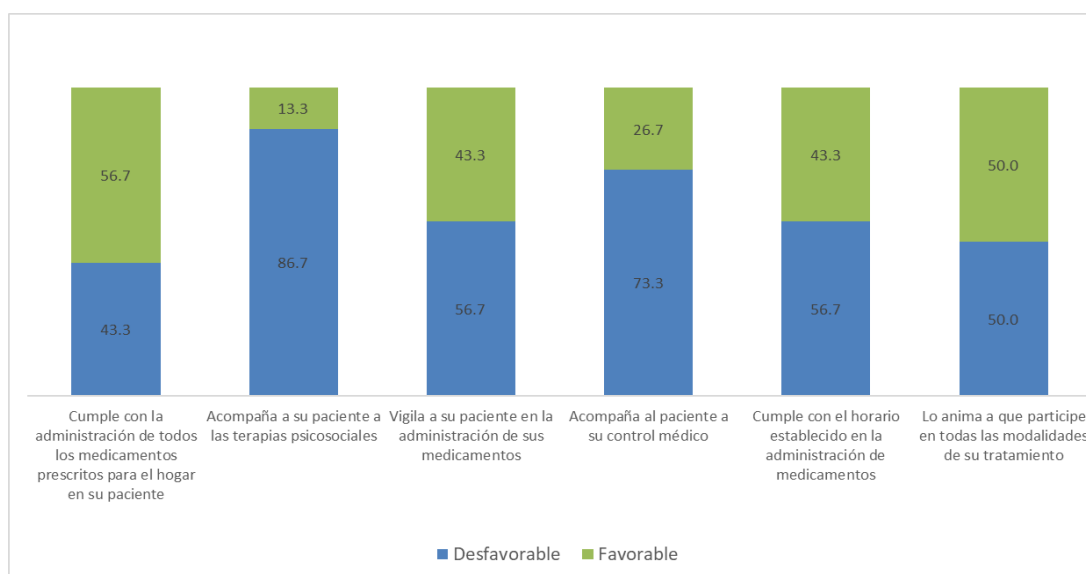
Según la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia respecto al cumplimiento del tratamiento se observa que 93.3% es desfavorable y el 6.7% es favorable. Por lo que se observa las causas de las crisis y recaídas de los pacientes con esquizofrenia.

Cuadro N° 6
Participación del familiar en cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento.
HCFAP 2018

Tratamiento	Desfavorable	Favorable
	%	%
Cumple con la administración de todos los medicamentos prescritos para el hogar en su paciente	43.3	56.7
Acompaña a su paciente a las terapias psicosociales	86.7	13.3
Vigila a su paciente en la administración de sus medicamentos	56.7	43.3
Acompaña al paciente a su control médico	73.3	26.7
Cumple con el horario establecido en la administración de medicamentos	56.7	43.3
Lo anima a que participe en todas las modalidades de su tratamiento	50.0	50.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 6
Participación del familiar en cuidado integral del paciente con
trastorno de esquizofrenia: cumplimiento del tratamiento.
HCFAP 2018



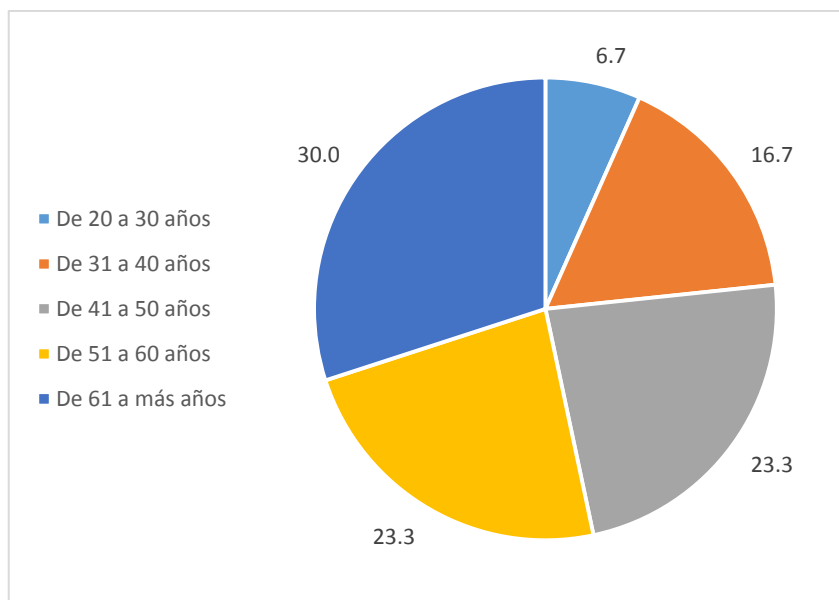
Según la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia respecto al cumplimiento del tratamiento: Se observa que el 86.7% no acompañan a su paciente a las terapias psicosociales, que el 73.35 no acompañan a su paciente a su control médico y un 56.7% no cumple con el horario establecido de administración de medicamentos.

Cuadro N° 7
Participación familiar: según grupos de edad. HCFAP 2018

Grupo de edad	Absoluto	%
De 20 a 30 años	2	6.7
De 31 a 40 años	5	16.7
De 41 a 50 años	7	23.3
De 51 a 60 años	7	23.3
De 61 a más años	9	30.0
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 7
Participación del familiar: según grupos de edad. HCFAP 2018



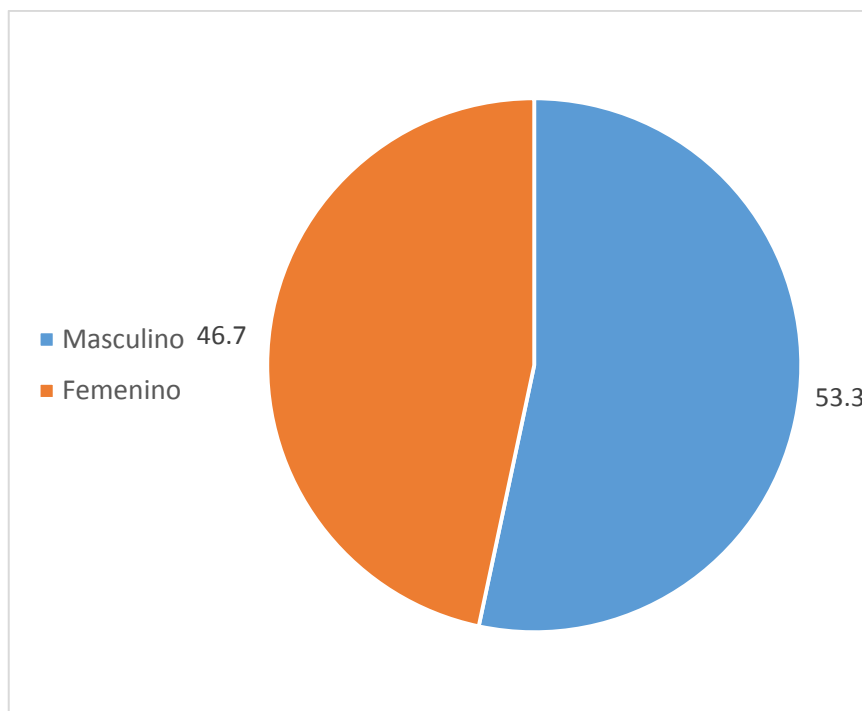
Se observa que según el grupo de edad el 30% de los familiares se encuentran en un grupo de edad de 61 a más años de edad. . La edad mínima de 20 a 30 años está constituida por el 6.7%.

Cuadro N° 8
Participación del familiar: según el género. HCFAP 2018

Sexo	Absoluto	%
Masculino	16	53.3
Femenino	14	46.7
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 8
Participación del familiar: según el género. HCFAP 2018



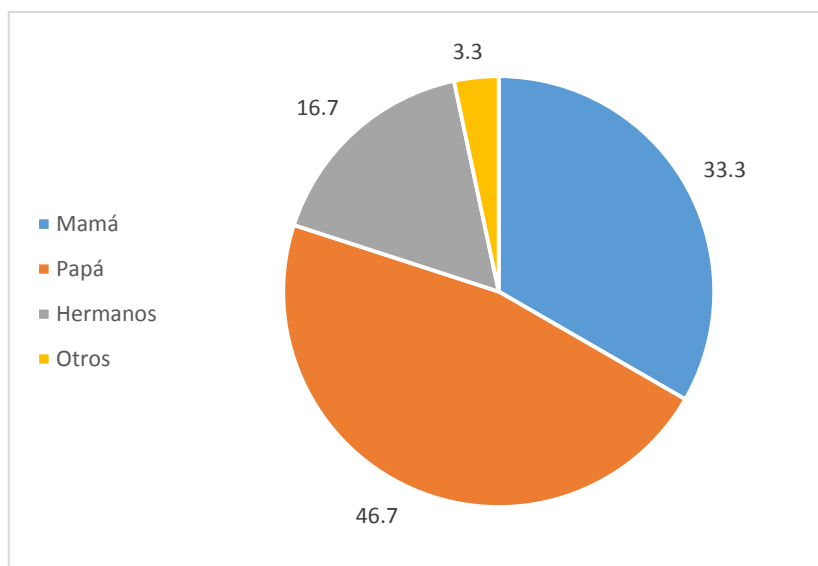
Se observa según el género que el 53.3% lo conforma el sexo masculino y el 46.7% lo constituye el sexo femenino.

Cuadro N° 9
Participación del familiar: según relación de parentesco. HCFAP 2018

Estado civil	Absoluto	%
Mamá	10	33.3
Papá	14	46.7
Hermanos	5	16.7
Otros	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 9
Participación del familiar: según relación de parentesco. HCFAP 2018



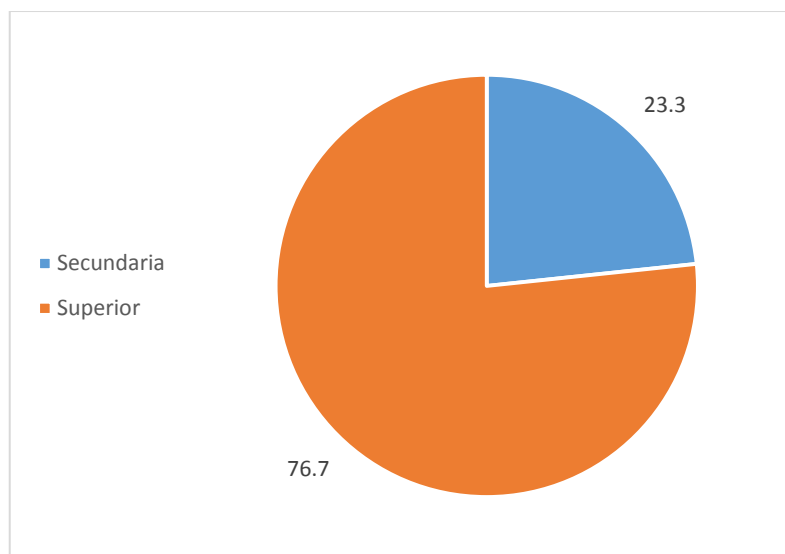
Según la relación de parentesco los familiares a cargo de sus pacientes con esquizofrenia están constituidos en un 46.7% por el papa, el 33.3% la mama, el 16.7% los hermanos.

Cuadro N° 10
Participación del familiar: según grado de instrucción. HCFAP 2018

Grado de instrucción	Absoluto	%
Secundaria	7	23.3
Superior	23	76.7
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 10
Participación del familiar: según grado de instrucción. HCFAP 2018



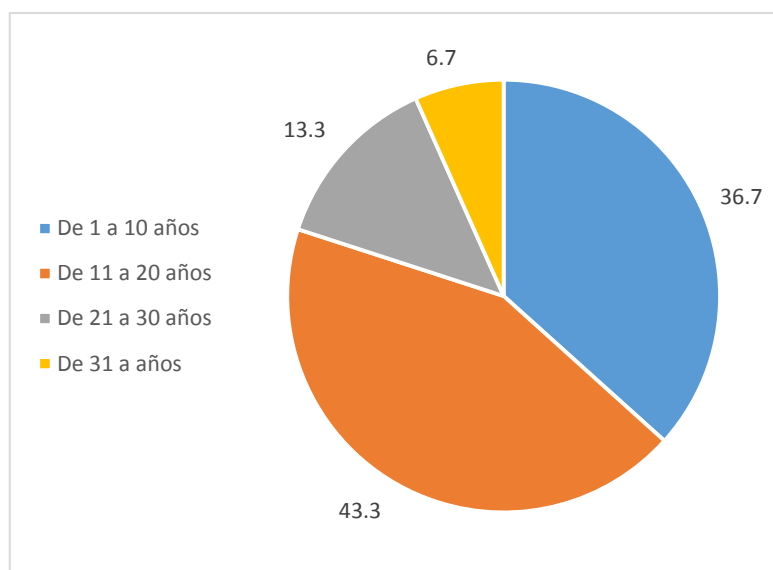
Según el grado de instrucción se observa que 76.75 tiene un grado de instrucción superior y el 23.3% educación secundaria.

Cuadro N° 11
Participación del familiar: según tiempo de enfermedad en años.
HCFAP 2018

Número de años	Absoluto	%
De 1 a 10 años	11	36.7
De 11 a 20 años	13	43.3
De 21 a 30 años	4	13.3
De 31 a años	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 11
Participación del familiar: según tiempo de enfermedad en años.
HCFAP 2018



Se observa que según el tiempo de enfermedad en los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia tiene la enfermedad entre 11 a 20 años correspondiente al 43.3%, de 1 a 10 años con 36.7% y mayor de 31 años con un 6.7%.

5.2. Otro tipo de resultados

Fiabilidad –

Dimensión	Alpha de Cronbach
Necesidades físicas	0,726
Necesidades emocionales	0,618
Cumplimiento del tratamiento	0.800

Fiabilidad – Participación de la familia

Dimensión	Alpha de Cronbach
Participación de la familia	0,839

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trastorno de esquizofrenia es uno de los padecimientos más severos a nivel mental, es considerada como una patología de alta complejidad, que afecta la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento, conllevando a alteraciones físicas, psicosociales y laborales del paciente.

En el presente estudio sobre la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico se evidencian que la participación de la familia en el cuidado integral respecto a las necesidades físicas es desfavorable en un 96.7% y favorable en un 3.3%. Y esto se puede deber a que la familia no asume la responsabilidad del caso, no cuenta con el tiempo requerido, no acepta la situación de enfermedad de su paciente.

Según Nolasco, menciona que el cumplimiento de las necesidades físicas del paciente con esquizofrenia; la alimentación se ve alterada por que el paciente presenta rechazo de los alimentos, ya sea porque pierden las ganas de comer o por la presencia de ideas delirantes como envenenamiento, etc. Así mismo en la higiene ya que las personas con esquizofrenia tienden a descuidar su arreglo personal, lo cual debe atenderse a tiempo para prevenir problemas dérmicos e infecciones. Respecto a la realización de actividades físicas, el paciente en muchas ocasiones tiende a presentar sedentarismo, lo que pone en riesgo de presentar problemas cardiovasculares o diabetes.

Las personas con trastorno esquizofrenia corren el gran riesgo de que su enfermedad los aisle de las relaciones humanas normales. En la mayoría de los casos, lo que destruye las relaciones entre los individuos con

esquizofrenia y sus familiares es el no poder aceptar la enfermedad y el enojo de todos por la situación. El psiquiatra E. Fuller Torrey, cuya hermana tiene la enfermedad, dice que la aceptación pone a la esquizofrenia en perspectiva como una de las grandes tragedias de la vida, pero impide que se convierta en una herida abierta que desgasta el alma misma de la vida". Y deteriorando su estado emocional.

De ahí la importancia de la participación de la familia en el cuidado integral del enfermo ya que asume la responsabilidad de mantener buenas condiciones físicas, emocionales y además el cumplimiento del tratamiento para la esquizofrenia que le permiten al enfermo a vivir con una buena calidad de vida.

Al ser esta enfermedad tan compleja no solo afecta al paciente sino también a la familia, generando en primer lugar un impacto emocional el cual trae consigo sentimientos como: irritabilidad, angustias, trastornos del sueño, trastornos afectivos, fobias y en mucho de los casos dependencias de sustancias psicoactivas; también producen un impacto económico, pues surgen gastos excesivos por los medicamentos, la manutención del enfermo, otro aspecto importante es el costo físico que genera en los familiares el extremo cansancio, deficiente alimentación originada por la preocupación entre otros., y finalmente se tiene el impacto social por la tensión que origina la estigmatización, aislamiento y falta de integración social por vergüenza o rechazo de tener un familiar esquizofrénico, temor al comportamiento impredecible, pérdida de vínculos sociales, descuido de las necesidades personales de quien ejerce el rol de cuidador.

En relación a ello, los resultados que se obtuvieron en el presente estudio sobre la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno esquizofrénico se evidencian que la participación de la

familia en el cuidado integral respecto a las necesidades físicas es desfavorable en un 96.7 % y favorable en un 3.3 %. Y esto se puede deber a que la familia no asume la responsabilidad del caso, no cuenta con el tiempo requerido, no acepta la situación de la enfermedad de su paciente.

La familia supervisa a su paciente en los quehaceres del hogar en un 66.7% y no lo hace en un 33.3%. La familia acompaña al paciente en el consumo de sus alimentos en un 33.3%, ósea no todos se dan el tiempo para algo tan importante como la alimentación, la familia brinda apoyo en sus necesidades en un 63.3% y un 36.7% no apoya, por lo que generalmente esos pacientes se encuentran en mal estado de higiene. La familia en un 60% no anima a que su paciente practique algún tipo de ejercicios, por ello el sedentarismo se implanta y con ellos otras patologías.

En general toda esta deficiencia de apoyo podría conllevar no solo a deficiencias alimentarias o problemas dérmicos que afectan su condición de paciente con trastorno esquizofrénico, sino también a propiciar conductas inapropiadas que exacerbaban su cuadro por la falta de satisfacción de las necesidades físicas.

Con respecto a las necesidades emocionales, se observa que el 100% representa desfavorablemente esa necesidad, lo cual conlleva a una deficiencia del afecto, del escucha activa, de la paciencia y comprensión. Un 50% no brinda afecto a su paciente cuando esta junto a él, un 63.3% mantiene encerrado a su paciente durante las crisis propias de la enfermedad. Todos estos resultados condicionan un ambiente no grato y saludable para el paciente incidiendo en el poco restablecimiento de su equilibrio emocional.

Estudios previos al nuestro y realizados en otros países (Zamzam et al., 2011; Wong et al., 2012; Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; Boyer et al., 2012) concluyen que la dimensión que particularmente puntúa más baja es la psicológica. Dale Cornegui, recomienda que cuando se trata siempre a otra persona como en el caso del paciente psiquiátrico se le haga sentir importante. El deseo de ser importante es el impulso más profundo que anima el carácter humano y este impulso es lo que nos diferencia de los animales. Cuando una persona recibe los cuidados de salud y principalmente cuenta con un trato humanizado en el que se la demuestre sincero interés puede sentirse importante y tener mayores posibilidades de sentirse bien

En cuanto a la participación del familiar respecto al cumplimiento del tratamiento; se observa que el 93.3% es desfavorable y el 6.75 es favorable. Por lo que se observa las causas de las crisis y recaídas de los pacientes con esquizofrenia. El 86.7% no acompañan a su paciente a las terapias psicosociales, el 73.3% no acompañan a su paciente a su control médico y un 56.7% no cumple con el horario establecido de administración de medicamentos. Estos resultados inciden en la frecuencia de crisis y abandono a los tratamientos propios de la enfermedad. La familia es el ente importante en la estabilización y mantenimiento de esta enfermedad, para así evitar recaídas por un mal control del cumplimiento del tratamiento.

En cualquier caso, algunos ensayos clínicos han demostrado que una mayor adherencia al tratamiento terapéutico, es decir la toma correcta y completa de las dosis indicadas reduce significativamente la incidencia de recaídas. La dificultad de la adherencia al tratamiento radica en la falta de conciencia de enfermedad de muchos pacientes, lo que conduce a un abandono temprano o a un incumplimiento parcial del tratamiento.

Se observa según el género que el 53.3% lo conforma el sexo masculino y el 46.7% lo constituye el sexo femenino. Sólo hemos encontrado un trabajo realizado en Kuwait donde, debido a un hecho estrictamente cultural por el cual las mujeres tienen el rol de quedarse en casa e incluso la limitación de llevar a sus familiares enfermos al hospital, los cuidadores acostumbran a ser los hombres (Zahid & Ohaeri, 2010).

VII. CONCLUSIONES

- Se puede concluir que la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia en el Hospital Central FAP es desfavorable en mayor porcentaje según los cuadros analizados, puesto que se observa que la participación de la familia en el cuidado integral respecto a las necesidades físicas es desfavorable en un 96.7% y favorable en un 3.3. %, respecto a supervisar a su paciente en los quehaceres del hogar es favorable en un 66.7% y desfavorable en un 33.3%. La familia acompaña al paciente en el consumo de sus alimentos en un 33.3%, la familia brinda apoyo en sus necesidades básicas favorable en un 63.3% y desfavorable en un 36.7%. La familia anima a que su paciente practique ejercicios en un 60% desfavorable y un 40% favorable.
- Según los resultados en cuanto a la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia respecto a las necesidades emocionales se identifica que el 100% representa desfavorablemente esa necesidad. Un 50% no brinda afecto a su paciente cuando esta junto a él. Un 63.3% mantiene encerrado a su paciente durante las crisis propias de la enfermedad.
- Según la participación de la familia en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia respecto al cumplimiento del tratamiento se identifica que el 93.3% es desfavorable y el 6.7% es favorable. Por lo que se observa las causas de las crisis y recaídas de los pacientes con esquizofrenia. Se observa que el 86.7% no acompañan a su paciente a las terapias psicosociales, que el 73.35 no acompañan a su paciente a su control médico y un 56.7% no cumple con el horario establecido de administración de medicamentos.

VIII. RECOMENDACIONES

- Es necesario llevar a cabo estudios que analicen la participación de los familiares en el cuidado de sus pacientes con problemas de salud mental. Pues la familia influye mucho en la estabilidad del paciente.
- Futuras investigaciones deberán tener en cuenta otras dimensiones de estudio para hacer estudios más profundos en otros ámbitos de la esquizofrenia y así sensibilizar a las autoridades y profesionales de salud en el ámbito de la salud mental.
- También es recomendable efectuar este análisis en diversas instituciones de salud, e incluso en diversas ciudades del país, con la finalidad de comprender el estado de esta situación en diversos servicios de salud mental.
- Partiendo de los resultados evidenciados, se hace necesario que el personal de enfermería reflexione respecto a su participación también en el momento que los familiares cuidan de los suyos y delegar mayores responsabilidades para que eso favorezca un buen cuidado del paciente enfermo.
- Que el Ministerio de Salud en convenio con la FAP, instalen el modelo de Rehabilitación Psicosocial que tiene relación directa con esta investigación, ya que se busca la inclusión del paciente a su familia y a su comunidad.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aparicio T. Trastorno límite de la personalidad. Cartago 2018
- (2) Rotondo H. Compendio del psiquiatra. Perú 2018
- (3) Carranza V. El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. Bolivia 2003.
- (4) Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. Perú 2012
- (5) OMS. Trastornos mentales. 2017
- (6) Voz Pro Salud Mental. Esquizofrenia. 2016
- (7) Del Llano J. Los problemas mentales: la gran epidemia del siglo XXI. España 2016.
- (8) Pereyra G. Día de la salud mental: una mirada a la esquizofrenia en el Perú. Perú 2016
- (9) Tomalá J. Intervención de enfermería en el cumplimiento terapéutico del paciente esquizofrénico, área de emergencia, Instituto de neurociencias, H. Junta de Beneficencia de Guayaquil 2013-2014. Ecuador 2014.
- (10) Montaña L. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. Colombia 2013
- (11) Hidalgo L. Sobrecarga y afrontamientos en familiares cuidadores de personas con esquizofrenias. Perú 2013
- (12) Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Colombia.

- (13) Prado L. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención. Cuba 2014.
- (14) Mingote A. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. España 2007.
- (15) Lalucat L. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. España 2009

ANEXOS

Anexo N° 1
Matriz de Consistencia

TÍTULO: Participación de los Familiares en el Cuidado Integral del Paciente con Trastorno de Esquizofrenia en el Hospital Central FAP. 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	INSTRUMENTO
<p>Problema General ¿Cuál es la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia en el Hospital Central FAP 2018?</p> <p>Problemas específicos: 1. ¿Cómo es la participación de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades físicas del paciente con trastorno de esquizofrenia?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la participación de los familiares en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia en el Hospital Central FAP 2018</p> <p>Objetivos específicos: 1. Identificar la participación de los familiares respecto necesidades físicas del paciente con trastorno de</p>	<p>HIPÓTESIS No existe hipótesis al ser un estudio descriptivo.</p>	Participación de la familia	Es el conjunto de actividades orientadas a convencer y animar al paciente a que participe activamente en su tratamiento y rehabilitación a fin de que mejore su capacidad de afrontamiento.	<p>Necesidades físicas</p> <p>Apoyo Emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación junto a la familia. • Realización de actividades físicas. • Realización de actividades recreativas. • Realización de quehaceres en el hogar. • Realización de la higiene corporal. <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en el aspecto psicológico. • Escucha activa al paciente. Intervención en las crisis del paciente con trastorno esquizofrénico. Durante la crisis • Mantener al paciente esquizofrénico en un lugar seguro y 	<p>MÉTODO Cuantitativo</p> <p>TIPO DE ESTUDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descriptivo ▪ Prospectivo ▪ Transversal <p>POBLACIÓN-MUESTRA Al ser una población de 30 personas se considerará como muestra representativa la totalidad de la población.</p>	<p>TÉCNICA Encuesta</p> <p>INSTRUMENTO Cuestionario Escala de Likert</p>

<p>2 ¿Cómo es la participación de los familiares hacia la satisfacción de las necesidades emocionales del paciente con trastorno de esquizofrenia?</p>	<p>2. Identificar la participación de los familiares respecto las necesidades emocionales del paciente con trastorno de esquizofrenia.</p>					<p>constante vigilancia durante el periodo de crisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No criticarlo o gritarle al paciente durante las crisis. • Mantener la calma durante la crisis. 		
<p>3 ¿Cómo es la participación de los familiares hacia el cumplimiento del tratamiento farmacológico del paciente con trastorno de esquizofrenia?</p>	<p>3. Identificar la participación de los familiares en el cumplimiento del tratamiento del paciente con trastorno de esquizofrenia.</p>				<p>Cumplimiento del tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración del tratamiento farmacológico. • Participación en el control médico del paciente. • Vigilar el consumo completo de los medicamentos. • Participación en las terapias psicosociales, paciente y familia. 		

Anexo Nº 2
Instrumento

ESCALA TIPO LIKERT

I. PRESENTACIÓN

Reciba mí más sincero y cordial saludo, mi nombre es Rosita Cabrera, soy Licenciada en enfermería, actualmente estoy desarrollando un estudio de investigación titulado "Participación del familiar en el cuidado integral del paciente con trastorno de esquizofrenia en el Hospital Central FAP 2018". Por lo que se le solicita que responda con toda sinceridad a los siguientes enunciados, dándole a conocer que el siguiente instrumento es de carácter anónimo y altamente confidencial.

II. DATOS GENERALES

- EDAD:
- SEXO: 1. Masculino ()
 2. Femenino ()
- PARENTESCO CON EL PACIENTE :
 - 1. Mamá ()
 - 2. Papá ()
 - 3. Hermano (a) ()
 - 4. Otros: _____
- GRADO DE INSTRUCCIÓN:
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior
- OCUPACIÓN: _____
- TIEMPO DE ENFERMEDAD:
 - 1 año
 - Mayor de 3 años
 - Mayor de 5 años
 - Mayor de 10 años

III. INSTRUCCIONES:

A continuación marque con una "X" el casillero que considere correcto.

0. Nunca
1. A veces
2. Siempre

INDICADOR	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Supervisa Ud, la participación de su paciente en los quehaceres del hogar.			
2. Mantiene encerrado a su paciente durante las crisis que le da.			
3. Cumple con la administración de todos los medicamentos prescritos para el hogar en su paciente.			
4. Acompaña a su paciente a las terapias psicosociales.			
5. Durante las crisis de su paciente con trastorno esquizofrénico, logra controlarlo.			
6. Acompaña la familia al paciente en el consumo de sus alimentos.			
7. Vigila a su paciente en la administración de sus medicamentos.			
8. Acompaña al paciente a su control médico.			
9. Brinda apoyo permanente a su paciente en sus necesidades básicas.			
10. Mantiene la calma y toma acción rápida cuando inicia la crisis su paciente con trastorno mental.			
11. Permite que el paciente ayude en los quehaceres del hogar.			
12. Cumple con el horario establecido en la administración de medicamentos.			
13. Participa la familia junto a su paciente en actividades recreativas.			
14. Ayuda a mejorar su arreglo personal cuando sea necesario para que se bañe y vista.			

INDICADOR	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
15. Proporciona un ambiente tranquilo y seguro donde su paciente pueda conversar y evitar agredir o autoagredirse.			
16. Vigila que al paciente cuando consume todos los alimentos en el hogar.			
17. Brinda afecto a su paciente cuando esta junto a él.			
18. Lo anima a que su paciente practique ejercicios o participe en una actividad recreativa basada en su nivel de capacidad.			
19. Lo apoya en la ingesta de los alimentos cuando su paciente lo requiere.			
20. Lo anima a que participe en todas las modalidades de su tratamiento.			
21. Ayuda a su paciente a discriminar entre ambiente real y no real.			
22. Solicita ayuda cuando su paciente presenta crisis.			

Anexo N° 3
Consentimiento Informado
para Participar Voluntariamente en la Investigación

Señor (a) lo (la) invitamos a participar en forma voluntaria en la investigación llamada

“PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL CENTRAL FAP. 2018”

1. Si usted decide participar en esta investigación nosotros le haremos unas preguntas y anotaremos todas las respuestas en una hoja. El responder estas preguntas le tomaran alrededor de 20 minutos de su tiempo.
2. Su participación es totalmente voluntaria pero puede ser de mucho beneficio para su comunidad, usted puede retirarse del estudio cuando lo desee.
3. Si decide no participar no habrá ningún tipo de pena ni pérdida de beneficios, usted seguirá siendo atendido en el establecimiento de salud
4. La información que usted nos dará lo guardaremos de acuerdo a las normas éticas de investigaciones internacionales.
5. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de los resultados del presente estudio.

.....
Firma o huella digital del que da el consentimiento

.....
Firma o huella digital de un testigo

.....
Firma del autor de la investigación