

Pontificia Universidad Católica del Ecuador | SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN EL ÁREA URBANA DEL CANTÓN SAN LORENZO

PREVIO A OBTENCIÓN DE TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

ANA MONTAÑO CURILLO

ASESORA:

LCDA. MAIRA MONTAÑO

ESMERALDAS - OCTUBRE, 2017

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

El trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCE Sede Esmeraldas, previo a la obtención del título de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.**

…….

Presidente del tribunal de Graduación

……

Lector (a) 2

…….

Director (a) de Escuela

…….

Director (a) de Tesis

Fecha:…….

AUTORÍA

Yo, **Ana Estefanía Montaño Curillo** declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis, es absolutamente original, autentica y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor y de la PUCE Sede Esmeraldas.

_____

Ana Estefanía Montaño Curillo

C.I. 0804369320

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme cumplir esta meta, por ser quien día a día me dio las fuerzas para seguir y vencer todos los obstáculos que se presentaron en el camino.

A mi tutora Lcda. Maira Montaño, por tenerme mucha paciencia, dedicación, espacio y tiempo brindado ¡Gracias por todo!

DEDICATORIA

El trabajo realizado se lo dedico a mi madre **Enma Elizabeth Curillo Gonzales y abuelo Julio Manuel Belizario Curillo Rivera,** por ser quienes siempre me han apoyado y acompañado en cada etapa de mi vida recordándome que no existen cosas imposibles y que todo lo que me proponga lo puedo cumplir con fé, optimismo y perseverancia.

A mis hermanos e hijo, aquellos que de una u otra manera contribuyeron para que este sueño se haga realidad y por ser para ellos ese ejemplo de superación y entrega.

INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1: **¿Sexo al que pertenece el paciente?** 12
Figura 2: ***¿Cuál es el nivel de educación que ha alcanzado su familiar?*** 12
Figura 3; ¿Su familiar consumía algún tipo de droga? 13
Figura 4: ***¿Tipo de droga que consumía su familiar?*** 13
Figura 5: ***¿Cuál de las siguientes patologías padece su familiar?*** 14
Figura 6: ¿Estado de la vivienda? 14
Figura 7: ¿Cómo considera usted la atención de asistencia sanitaria? 15
Figura 8: Actividades del equipo de salud 15

ABREVIATURAS

MSP: Ministerio de Salud Pública.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNBV: Plan Nacional para el Buen Vivir

RESUMEN

Las alteraciones psiquiátricas son consideradas como afecciones de larga duración con una progresión lenta, se caracteriza por generar discapacidad en diferentes ámbitos de quienes las sufren, el presente estudio tiene como objetivo determinar la calidad de vida de los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del cantón San Lorenzo. Para efectuar este trabajo de investigación, se realizó un estudio no experimental, con diseño descriptivo de corte transversal cuantitativo, se aplicó dos encuestas a los cuidadores directos de los pacientes, la primera constó de 20 preguntas que permitió identificar la calidad de vida de los pacientes y la segunda la escala de Lawton a través de la cual se pudo ver el grado de independencia de la población en estudio. Se ha obtenido como resultado que el 64% de la población es femenina y el 36% masculina los cuales varían en edades de 12-17/ 20-30 y de 40-50 años de edad. Según el grado de escolaridad el 20% tiene primaria completa, 64% primaria incompleta y 16% secundaria incompleta; en lo referente al consumo de drogas el 76% de la población consume drogas como: marihuana el 53%; 26% alcohol y mezcla que consiste en marihuana y cocaína un 21% y el 24% no consume. El estado de la vivienda de la población tiene el 88% mala y 12% regular donde se logró captar que viven en hacinamiento, existen problemas como: delincuencia, poca limpieza en las calles, falta de alcantarillado y servicio higiénico. Se puede concluir expresando que la calidad de vida de los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del cantón San Lorenzo es mala, debido a que no existe una salubridad ni seguridad en el entorno que les rodea.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, alteraciones psiquiátricas

ABSTRACT

The psychiatric alterations are considered as long-term conditions with a slow progression, characterized by generating disability in different areas of those who suffer the present study aims to determine the quality of life of patients with psychiatric disorders in the urban area of the canton San Lorenzo, in order to carry out this research work, a non-experimental study was carried out, with descriptive design of quantitative cross-section, two surveys were applied to the direct caregivers of the patients, the first one consisted of 20 questions that allowed the identification of quality of life of the patients and the second the Lawton scale through which the degree of independence of the study population could be seen. It has been obtained that 64% of the population is female and 36% male, which vary in ages of 12-17 / 20-30 and 40-50 years of age. According to the level of schooling, 20% have complete primary, 64% incomplete primary and 16% incomplete secondary school; in terms of drug use, 76% of the population consumes drugs such as: marijuana 53%; 26% alcohol and a mix consisting of marijuana and cocaine 21% and 24% do not consume. The state of housing of the population has 88% bad and 12% regular where they managed to capture that they live in overcrowding, there are problems such as: delinquency, little cleaning in the streets, lack of sewerage or hygienic service. It can be concluded that the quality of life of patients with psychiatric disorders in the urban area of San Lorenzo canton is poor, because there is no health or safety in the environment around them.

KEY WORDS: Quality of Life, Psychiatric Disorders

INDICE GENERAL

Pág.

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN i
AUTORÍA ii
AGRADECIMIENTO iii
DEDICATORIA iv
INDICE DE ILUSTRACIONES v
ABREVIATURAS vi
RESUMEN vii
ABSTRACT viii
INDICE GENERAL ix
INTRODUCCIÓN 1
CAPITULO 1 4
MARCO REFERENCIAL 4
CAPÌTULO II 10
MATERIALES Y MÉTODO 10
CAPÍTULO III 12
RESULTADOS 12
CAPÍTULO IV 18
DISCUSIÓN 18
CAPITULO V 21
CONCLUSIONES 21
CAPÍTULO VI 22
RECOMENDACIONES 22
BIBLIOGRAFÍA 23
ANEXOS 26

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se basa en el estudio de la calidad de vida de los pacientes con alteraciones psiquiátricas las cuales se caracteriza por generar discapacidad en diferentes ámbitos de las personas que las padecen y un impacto negativo en la forma de vivir de quienes las sufren. En el año 2013 La Organización Mundial de la Salud estima que los desórdenes mentales y neurológicos afectan en el mundo a unos 700 millones de personas y la mayoría no cuenta con atención psicológica adecuada. Alrededor de 350 millones de personas en el mundo padecen depresión, 90 millones conviven con un desorden de abuso de sustancias, 50 millones padecen epilepsia y 35,6 millones sufren Alzheimer y otras demencias. El plan propuesto por la OMS tiene un enfoque integral y multisectorial en coordinación de servicios sanitarios y sociales y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación, el mismo que se basa en seis principios y enfoques transversales: acceso y cobertura universal, derechos humanos, práctica basada en evidencias, enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, enfoque multisectorial; y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. (OMS. , 2013)

Las personas que sufren alteraciones psiquiátricas dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de su vida diaria, tales como higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas, trabajo, etc. La esquizofrenia es considerada una alteración psiquiátrica la cual se caracteriza por distorsiones fundamentales a nivel perceptual, cognitivo y afectivo, comprometiendo las funciones esenciales. Los grupos de edad de 14 a 39 años y de 40 a 60 años resultan vulnerables, especialmente en aquellas regiones de los países que se encuentran en desarrollo. En el año 2014 el periódico el comercio realizó un estudio sobre la causa principal de las alteraciones psiquiátricas en el Ecuador donde se tiene como desencadenante principal la depresión, el estrés y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad teniendo una alta tasa de morbilidad en todo el Ecuador donde destaca que la organización mundial de la salud declara que las alteraciones psiquiátricas se pueden prevenir señalando que las personas lo primero que deben hacer para cuidar su mente es mirar su cuerpo como un todo, por lo

tanto se debe cuidar la integridad del cuerpo con: una buena alimentación, ejercicio físico regularmente, buena comunicación con los familiares y amigos, evitar las cosas que dañan el cuerpo y por ende la mente, como el consumo de drogas y alcohol, descansar de forma adecuada, dosificar el trabajo, cuidado de la higiene y aseo personal. (El Comercio, 2014)

Dentro de las causas del problema que han favorecido al incremento de estas enfermedades se encuentra la presencia de factores como el envejecimiento, la mundialización de consumo de drogas, depresión y estilos de vida poco saludables, considerando vulnerables a todos los grupos de edad; desencadenando patologías como: Episodio depresivo leve, Esquizofrenias, trastorno afectivo bipolar, bipolaridad. El control y el tratamiento de estas enfermedades debe considerarse como prioridad para el sector de la salud, considerando que el efecto social de estas es de carácter creciente debido que afecta a los individuos que la padecen y a su entorno, por lo que me he planteado la pregunta ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con alteraciones psiquiátricas?

A través de la investigación evidenciamos que las alteraciones psiquiátricas están tomando un auge muy relevante en los últimos tiempos las cuales son consideradas como afecciones de larga duración con una progresión lenta, lo que contribuye un problema de salud social, representando en la actualidad una alta incidencia de morbilidad en todo el mundo, esto implica variaciones funcionales en distintos ámbitos: el interrelacionar de la ejecución de roles sociales y de la capacidad de satisfacer las propias necesidades personales es lo que indudablemente afecta la calidad de vida de quienes los padecen.

Educar a los familiares de los pacientes a mantener estilos de vida saludables, al control y tratamiento de sus familiares disminuirá en cierta proporción o mejorar la calidad de vida de las personas que padecen estas patologías. Para ello se han proyectado los siguientes objetivos General: Determinar la calidad de vida de los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del cantón San Lorenzo. Del mismo modo los objetivos específicos: Identificar a los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del catón San Lorenzo, conocer el nivel de dependencia de los pacientes y factores predisponentes en pacientes sujetos a estudio que habitan en el área urbana del cantón San Lorenzo, indagar qué actividades realiza el equipo de salud de los sistemas de

asistencia sanitaria en los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del cantón San Lorenzo.

Esta investigación cumple con lo estipulado por la constitución de la república del Ecuador, en el artículo 32 y 35 los cuales cumplen con el derecho a la salud ya que brinda a las personas con alteraciones psiquiátricas una atención gratuita y garantiza el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV), haciendo especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgos los cuales recibirán atención especializadas en ámbitos públicos y privados. El artículo 66 está íntimamente relacionado con la salud mental, la cual promueve la integridad personal que incluye la integridad física psíquica moral y sexual.

CAPITULO 1
MARCO REFERENCIAL

El Dr. Rubén Álvaro Muñoz en la ciudad de Chile en el año del 2011 realizó un estudio sobre la satisfacción de la calidad de vida de pacientes con trastornos mentales donde existen diferentes planteamientos acerca de cómo se relacionan las condiciones objetivas de la vida con las percepciones y valoraciones subjetivas que la persona hace de estas. Angermeyer y Kilian en el 2000 distinguen tres modelos al respecto: el modelo de satisfacción donde constituyen tres aspectos las características personales, las condiciones objetivas en varias dimensiones de la vida y la satisfacción de la misma. El modelo del desempeño del rol, este modelo se basa en la interacción persona- ambiente el mismo que brinda o limita oportunidades a través de la cuales el individuo puede satisfacer sus necesidades tanto como material, psicológicas y sociales. Modelo combinado de importancia/ satisfacción este modelo permite incorporar no solo las variaciones individuales sino también las de origen social y cultural. Dadas las limitaciones de los modelos Angermeyer y Kilian han desarrollado una propuesta que incluye a las anteriores y se basa en la idea de que la calidad de vida subjetiva representa el resultado de un proceso continuo de adaptación donde el individuo busca conciliar sus deseos y expectativas con las condiciones del entorno y las demandas sociales.

Una investigación realizada por el Dr. Miquel Bioque sobre el origen de la esquizofrenia en el año 2014, en Barcelona España declara que la esquizofrenia tiene un origen genético y ambiental se estipula que el 80% es de origen genético y el 20 % restante se debe a factores ambientales como consumo de marihuana (Cannabis), complicaciones en el embarazo, parto y padres de edad elevada. Es decir, si una persona fuma cannabis y tiene predisposición genética para la esquizofrenia tiene más probabilidad de desarrollar la enfermedad que otra que no consume drogas.

El Doctor Carlos Martin Pérez en el año del 2012 realizó una investigación sobre los aspectos psicológicos en los pacientes con alteraciones psiquiátricas dando a conocer que el psicoanálisis y las teorías cognitivo conductuales han desarrollado diferentes hipótesis sobre el origen y el desarrollo de determinados trastornos. En el caso de la esquizofrenia

el psicoanálisis ha provocado varias hipótesis sobre su origen. Conceptos como el de la emoción expresada, destacan la influencia de los factores de interrelación familiar en el desarrollo de la enfermedad. El psicoanálisis contempla las fobias como parte de la resolución de los conflictos intrapsíquicos, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se desarrolla cuando el mecanismo de defensa fracasan en la contención de la ansiedad de carácter obsesivo, la ansiedad es considerado como una señal de alarma que surge ante un peligro pulsional, inaceptable para el Yo el cual debe ser reprimido.

Las alteraciones psiquiátricas son la entidad clínica de mayor frecuencia en el país y en el mundo; se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Los impactos económicos de las enfermedades mentales como la depresión, esquizofrenias, bipolaridad entre otras, se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma y frecuentemente de sus cuidadores para trabajar. Trayendo consigo un elevado porcentaje de invalidez permanente.

En el 2011 el Dr. Bernardo Moreno Jiménez confirmó que el enfoque de Calidad de vida diaria de Brandsttater y Cols es un importante determinante del bienestar de la capacidad de adaptación de cada individuo a su entorno, por lo que a la base de cualquier estado de bienestar estarían las motivaciones y los logros de cada persona, en combinación con la atención adecuada y la gratificación aportada en el entorno en sus aspectos conductuales específicos.

Según la Universidad de Cambridge en el año 2016, donde realizó una investigación, acerca del por qué las mujeres son doblemente propensas a padecer ansiedad y depresión en comparación con los hombres. Dicho estudio fue publicado en la revista científica Brain and Behaviour, donde combinó evidencia de 48 estudios previos sobre trastorno de ansiedad y depresivos dando como resultado que setenta y tres millones de mujeres al año son diagnosticadas con algún tipo de trastorno depresivo, colocando el suicidio en la séptima causa de muerte en mujeres de 20 a 59 años, siendo más propensas a sufrir algún episodio depresivo las mujeres que fluctúan entre los 45 y 60, este rango de edad lo podemos relacionar con desequilibrios hormonales: los estudios muestran que durante la pubertad no hay diferencias entre ambos sexos pero a los 16 años, con los cambios hormonales que sufren los adolescentes el síndrome premenstrual grave, ´´trastorno disfórico premenstrual´´.

El estudio realizado en la ciudad de Barcelona sobre el nivel de independencia en pacientes con alteraciones psiquiátricas en el 2013 en la fundación de salud mental se tomó una muestra de 45 residentes ingresados a la Fundación la cual estaba conformada por 31 hombres y 14 mujeres con un promedio de edad de 51 años y diagnosticados con esquizofrenia paranoide, desorganizada, inespecíficada, residual, trastorno afectivo bipolar donde se realizaron evaluaciones contando con la colaboración de psicóloga, psiquiatra, enfermera y cuidadores. Las encuestas fueron rellenadas por los cuidadores referente a cada residente donde se le aplicó la escala de Lawton dando como resultado que, de los 45 residentes, 36 dependen totalmente del cuidador y los 9 restantes podían realizar actividades solos tales como: lavado de ropa pequeñas, arreglo de su habitación y utilizan el celular para recibir llamadas.

La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, superen el estrés normal de vida, trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad. (OMS, 2013)

La ignorancia y la estigmatización que rodean a las alteraciones psiquiátricas están muy extendidas, días como el 10 de octubre hacen recordar lo importante que es seguir formando profesionales en el campo, generando estrategias de prevención efectivas, promover la salud y la detección temprana de síntomas, una persona con algún trastorno mental puede tener una vida saludable, con calidad, llena de beneficios pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización da lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo, dentro del sistema de salud es muy frecuente que esas personas reciban tratamiento en instituciones que se parecen más a almacenes humanos que a lugares para curarse, “hay muy poca atención de tercer nivel para quienes padecen trastornos mentales lo que impide que reciban tratamiento adecuado y oportuno”. (Morales Chainé, 2016)

El estudio de los trastornos psicóticos ha sido un pilar fundamental dentro de la psicología y la investigación de alteraciones psiquiátricas. Este tipo de patologías presentan una sintomatología común tanto como síntomas positivos y negativos los cuales disminuyen

y empobrecen la capacidad del sujeto. Dentro de los síntomas positivos más conocidos se encuentra; alucinaciones perceptivas y delirios cognitivos de diferentes tipos, mientras que en los negativos es más común el empobrecimiento del lenguaje y el conocimiento. Esquizofrenia catatónica este tipo de esquizofrenia se caracteriza por las graves alteraciones psicomotoras que presenta el paciente. Estas alteraciones patológicas no siempre son las mismas, aunque las principales son la inmovilidad y la rigidez cérea, en las que la persona mantiene los músculos tensos de manera que parece una figura de cera (de ahí el nombre del síntoma), la incapacidad de hablar y la adopción de posturas extrañas estando de pie o en el suelo.

Esquizofrenia paranoide, uno de los tipos de esquizofrenia más conocidos, en este caso los síntomas tienden a ser más psíquicos que motores; de hecho, las personas con esta clase de esquizofrenia no tiene fallos en la capacidad motora o del habla. Entre estas señales de alteración en las funciones psíquicas se encuentra la manía persecutoria, es decir, la creencia de que otras personas quieren hacernos daño en el presente o en un futuro.

Esquizofrenia simple, esta ha sido una categoría para designar un posible tipo de esquizofrenia en el que no hay tantos síntomas positivos (es decir, aquellos que definen la conducta proactiva y las iniciativas de la persona) y sí síntomas negativos (es decir, caracterizados por la ausencia de procesos psicológicos básicos y con la falta de voluntad y motivación). Dicho de otro modo, este tipo de esquizofrenia se caracteriza por los procesos mentales que se ven disminuidos, y no tanto por los excesos inusuales de actividad mental.

Esquizofrenia residual, esta categoría era usada como un tipo de esquizofrenia que se da cuando en el pasado ha habido un brote de esquizofrenia pero en el presente los síntomas positivos son muy moderados y de baja intensidad, mientras que lo que más llama la atención son los "restos" de síntomas negativos que han quedado. Así pues, para entender este tipo de esquizofrenia es muy importante tener en cuenta el factor tiempo y realizar comparaciones entre el antes y el después.

Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica en este tipo de esquizofrenia, más que existir comportamientos que en sí mismos son signo de patología (como por ejemplo la adopción

de una postura totalmente rígida), la enfermedad se expresa a través del modo en el que se organizan y se suceden las acciones de la persona. Es decir, que su característica principal es el modo desordenado en el que van apareciendo las acciones, en comparación con el resto, su conducta es caótica y no está organizada alrededor de temas que se mantienen en el tiempo, es decir que no se construye una narrativa más o menos coherente que dé pie a la manía persecutoria o las alucinaciones que se tienen, por ejemplo. La persona muestra desorganización en sus estados emocionales, en lo que dice y/o en su forma de moverse.

Esquizofrenia indiferenciada, esta es una categoría "cajón de sastre" para poder clasificar aquellos casos que no encajan en los criterios diagnósticos del resto de tipos de esquizofrenia. Por ello, no se puede considerar un tipo de esquizofrenia consistente. (Castillero Mimenza, 2016)

El trastorno bipolar es un trastorno grave y complejo que presenta una gran variedad de síntomas, existen distintos tipos de este trastorno y su sintomatología también puede presentarse junto a otras psicopatologías como la esquizofrenia. Los síntomas primarios del trastorno bipolar son los cambios impredecibles del estado de ánimo, y los más característicos son los síntomas del estado de manía y del estado depresivo. Los síntomas de la manía incluyen excitación excesiva, percepción de grandeza, irritabilidad, falta de sueño, aumento notable de energía, alto impulso sexual y verborrea. Durante la fase de manía los individuos pueden abusar de drogas, llevar a cabo conductas de riesgo y tomar decisiones perjudiciales y negativas para ellos, como dejar el trabajo. Los síntomas de la fase depresiva incluyen tristeza, ansiedad, irritabilidad, pérdida de energía, llanto incontrolable, cambios en el apetito que llevan a una pérdida o aumento de peso, necesidad excesiva de dormir, dificultad para tomar decisiones y pensamientos suicidas. (Corbin, 2016)

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo dos semanas de duración, y presenta un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, etc.). Sin embargo, también suelen estar presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático durante su curso. Así pues, las personas que presentan depresión mayor no están simplemente "tristes", sino que tienden a mostrar una extrema

falta de iniciativa para hacer cualquier cosa, así como incapacidad para estar alegres y sentir placer, fenómeno que se conoce como anhedonia. También experimentan otros problemas tanto físicos como psicológicos que dañan significativamente su calidad de vida, por otro lado, la depresión mayor también afecta a cómo se piensa y se razona. En general, la falta total o parcial de motivación hace que las personas que han entrado en una crisis de este tipo parezcan ausentes y no tengan ganas de hacer nada, ni siquiera pensar mucho (lo cual no significa que presenten discapacidad mental). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, y suele tener su inicio durante la adolescencia o la adultez joven.

El individuo que padece esta condición puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años, entre los síntomas se encuentra Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia sueño prolongado excesivamente, baja autoestima, problemas de concentración y problemas para tomar decisiones, sentimientos de culpabilidad, pensamientos suicidas, agitación o retraso psicomotores casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días. (García Allen, 2015)

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno de la ansiedad, y por lo tanto se caracteriza por estar asociado a sensación de temor, angustia y estrés continuado en una magnitud que supone un problema para el día a día y repercute negativamente sobre la calidad de vida de la persona en prácticamente todos los ámbitos en los que esta se va desarrollando, en el caso concreto del trastorno obsesivo-compulsivo, el motor de estas crisis de ansiedad es el ciclo obsesión-compulsión. Las obsesiones ocurren de manera espontánea, independientemente de la voluntad de la persona, y llegan a ser tan frecuentes que resultan invasivas, además de crear angustia estos pensamientos intrusivos desencadenan una serie de conductas repetitivas orientadas a reducir la ansiedad producida por las obsesiones. Sin embargo, lejos de resultar útiles las conductas repetitivas son en realidad compulsiones, es decir, comportamientos estereotipados que escapan al control de la persona, igual que los pensamientos cuyos efectos negativos tratan de mitigar. Es por eso que el cuadro diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo no sólo incluye los pensamientos intrusivos, sino también las acciones estereotipadas que los siguen. (Torres, 2015)

CAPÌTULO II
MATERIALES Y MÉTODO

La investigación se realizó en el área Urbana del cantón San Lorenzo provincia Esmeraldas, el cantón San Lorenzo está ubicado en la parte más septentrional del país siendo parte del mego sistema de Choco. Región de gran biodiversidad y en la que conviven las culturas indígenas, Awá, Chachi, Éperas y los Afrodescendientes. El cantón San Lorenzo está ubicado en la frontera Norte de la provincia de Esmeraldas, al norte limita con el departamento de Nariño en la República de Colombia, hacia el sur con el cantón Eloy Alfaro, al este con la provincia de Carchi e Imbabura y al oeste con el Océano Pacífico. El cantón San Lorenzo cubre un territorio aproximado de 42.000 habitantes y su división política está conformada por una cabecera cantonal de 12 parroquias rurales, así: Ancón de Sardinas, San Javier, Tululbí, Mataje, Tambillo, Calderón, Santa Rita, Urbina, Alto tambo, 5 de junio, Concepción y Carondelet.

La población está conformada por 30 personas que presentan alteraciones psiquiátricas, de las cuales se logró trabajar con un muestreo no probabilístico y una muestra 25 pacientes, se utilizó un estudio de tipo no experimental, con diseño descriptivo de corte transversal cuantitativo. Fueron incluidas las personas con alteraciones psiquiátricas que vivían en el área urbana del cantón San Lorenzo; excluyendo personas que tengan alteración psiquiátrica y no quisieron participar en el estudio, como también los que vivían en el área rural del cantón San Lorenzo.

Como técnica de recolección de datos tenemos, entrevista: realizada al equipo de salud el cual está conformado por médico general, psicóloga y enfermera los mismos que dieron a conocer las actividades que realizan con los pacientes que padecen alteraciones psiquiátricas, la encuesta se utilizó con la finalidad de obtener información acerca de la muestra, donde se creó 20 preguntas cerradas, la cual se realizó a los familiares de las personas que presenten alteraciones psiquiátricas, se aplicó la escala de Lawton la cual determinó el nivel de dependencia y desempeño en actividades de la vida diaria. La misma que ayudó a valorar la autonomía de los

pacientes al momento de realizar actividades básicas como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse. A través de la observación se pudo analizar la condición de las viviendas y el barrio donde habitan los pacientes con alteraciones psiquiátricas.

Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Excel y Microsoft Word representando los resultados en tablas y gráficos representados en porcientos.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

El total de la muestra de estudio fue conformado por 25 personas de las cuales 16 son mujeres que equivale al 64% fluctúan entre los 12 a 17 y 22 a 44 años de edad, 9 hombres que equivale el 36% fluctúan de 13 a 17 y de 20 a 50 años de edad. Siendo el sexo femenino el que predomina.

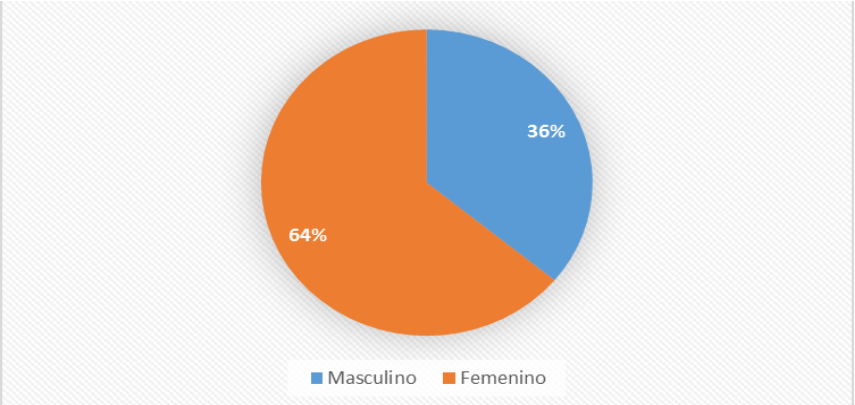


Figura 1*: ¿Sexo al que pertenece el paciente?*

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente

El nivel de educación alcanzado de la población de estudio es: 20% en primaria completa lo cual comprende seis grados aprobados, 16% en primaria incompleta comprende grados aprobados entre segundo y quinto, 64% en secundaria incompleta comprende uno o dos grados aprobados en la secundaria.

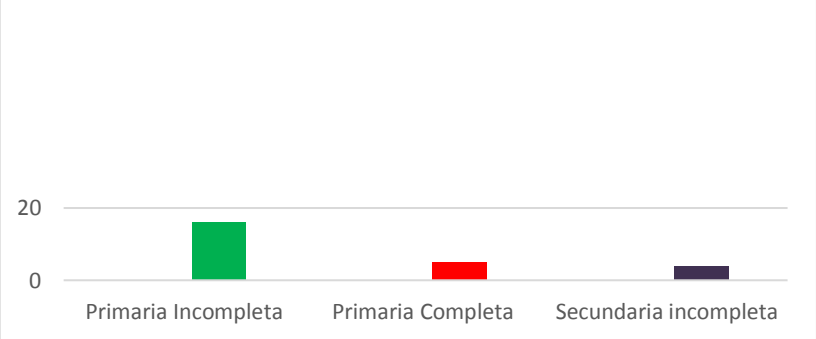


Figura 2: ***¿Cuál es el nivel de educación que ha alcanzado su familiar?***

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente**.**

En lo referente al consumo de drogas el 76% consume drogas y un 24% no consume pero tiene depresión, lo que significa que existe un alto índice de personas que consumen sustancias toxicas y nocivas para el organismo.

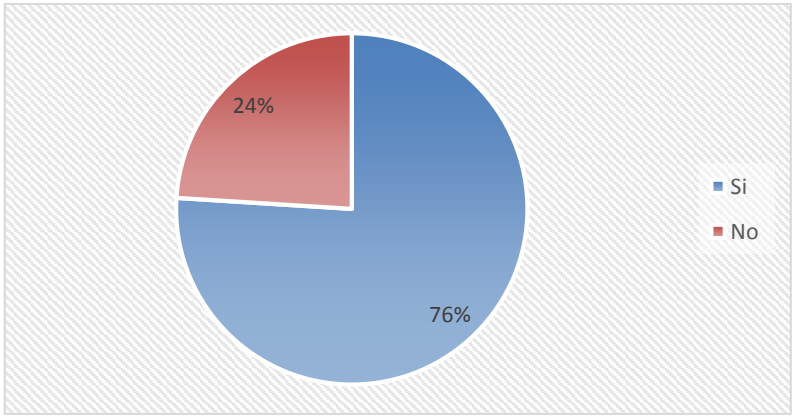


***Figura 3*; ¿Su familiar consumía algún tipo de droga?**

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente

La población en estudio se encontró que el 40% consumía marihuana, el 20% alcohol y el 16% realiza una mezcla la cual es marihuana y cocaína, siendo la que más predomina el consumo de marihuana y en menor proporción y más toxica para el organismo la mezcla de marihuana con cocaína.

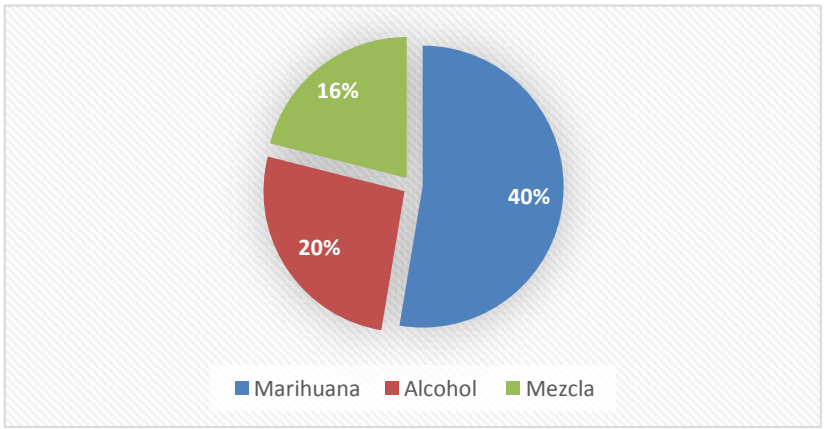


Figura 4: *¿Tipo de droga que consumía su familiar?*

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente

En la población de estudio tenemos 1 paciente (4%) con esquizofrenia catatónica de sexo masculino, 6 pacientes (24%) esquizofrenia hebefrenica 4 de sexo masculino y 2 de sexo femenino, 1 paciente (4%) esquizofrenia paranoide de sexo masculino, 1 paciente (4%) trastorno psicótico agudo esquizofrénico de sexo femenino; 9 pacientes (36%.) episodio depresivo leve de sexo femenino; 3 pacientes (12%) esquizofrenia simple de sexo masculino; 1 paciente (4%) esquizofrenia residual de sexo femenino; 3 pacientes (12%) trastorno afectivo bipolar de sexo femenino.

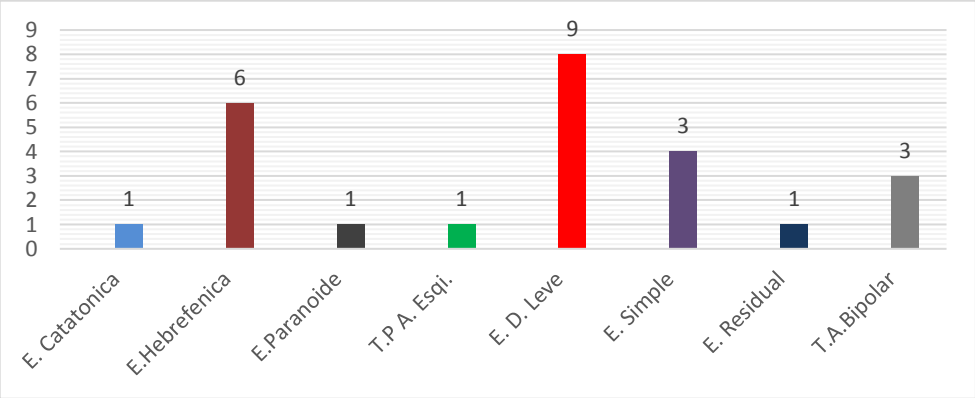


Figura 5: ***¿Cuál de las siguientes patologías padece su familiar?***

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente

El estado de la vivienda de la población en estudio tenemos 22 viviendas que equivalen a un 88% se la consideró mala debido a que las infraestructuras de las mismas no están en buenas condiciones, las mismas que están hechas de madera, caña, tabla y zinc, 3 viviendas que equivalen a un 12% se la considera regular su infraestructura son mixtas de madera y cemento, se logró observar que en la mayoría de las casas de los pacientes existía hacinamiento.

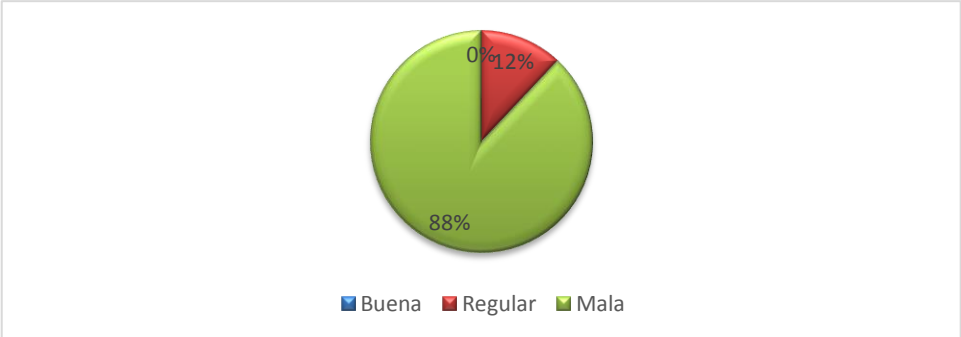


Figura 6: ***¿Estado de la vivienda?***

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente

Al momento de preguntar a los encuestados como consideraban la atención de asistencia sanitaria que brinda el centro de salud tipo C donde son atendidos sus familiares el 100% expresó que era buena.

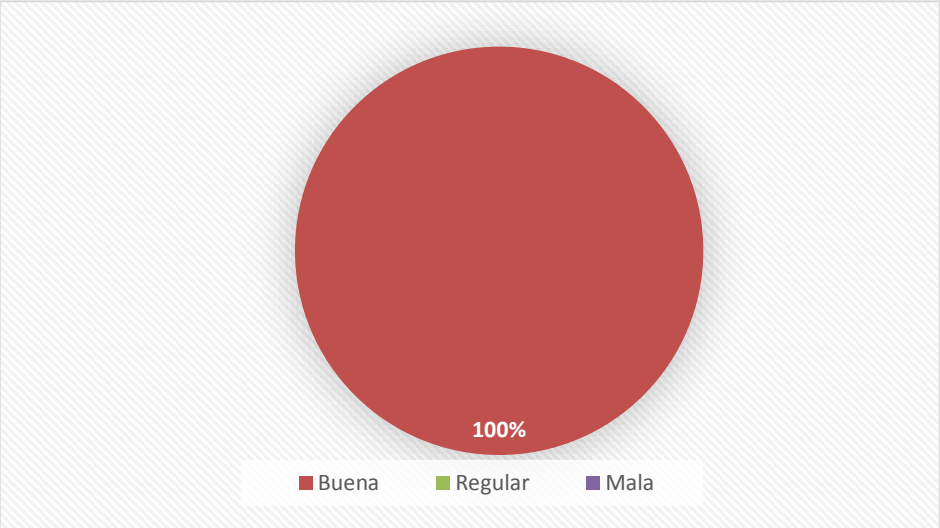


Figura 7: ***¿Cómo considera usted la atención de asistencia sanitaria?***

Fuente: Encuesta realizada al familiar del paciente

El personal de salud médico y enfermera participa, solo cuando el paciente presenta alguna dolencia que no puede ser tratada por la psicóloga, el médico general valora, la enfermera asiste al médico y realiza la toma de signos vitales y la psicóloga realiza terapias ocupacionales, psicoterapias, visitas domiciliarias.

Actividades que realiza el equipo de salud	
Personal de salud	**Actividades**
Médico	Atención general, valoración pacientes
Enfermera	Asistencia a médico y toma de signos vitales
Psicóloga	Terapias ocupacionales, psicoterapias, visitas domiciliarias

Figura 8*: Actividades del equipo de salud*

Fuente: Entrevista al personal de salud

ESCALA DE LAWTON

Se le aplicó a la población la ´´escala de Lawton ´´el cual valora el nivel de independencia de la población en estudio.

Capacidad para utilizar el celular: el 68% población de estudio es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar y un 32% no es capaz de Utilizar el celular.

Hacer las compras: se pudo constatar en nuestra población de estudio que al momento de realizar las compras un 60% necesita ir acompañado para hacer cualquier compra y un 40% es totalmente incapaz de realizar compras.

Preparación de la comida: en la población de estudio para la preparación de la comida el 100% necesita que le preparen y sirvan los alimentos.

Arreglo del hogar: la población en estudio al momento de realizar el arreglo del hogar un 32% realiza tareas ligeras como tender su cama y lavar platos y un 68% no participa en ninguna labor de la casa.

Lavado de ropa: un 28% de la población de estudio lava solo prendas pequeñas mientras que el 72% el lavado de ropa es realizado por el cuidador. Esto significa que la mayoría de la población en estudio es dependiente del cuidador.

Uso de transporte: el 100% de la población en estudio no utiliza transporte, debido a que los cuidadores no les permiten salir solos fuera de la casa, por temor a que les vaya a suceder.

Responsabilidad respecto a su medicación: la población en estudio al momento de tomar la medicación encontramos que un 32% de nuestra población toma su medicación si la dosis le es preparada previamente y un 68% no es capaz de tomar su medicación, el cuidador tiene que estar pendiente al momento de darle la medicación para que este se la tome.

Incapacidad de manejar dinero: el 100% de la población en estudio es incapaz de utilizar dinero, ya que los cuidadores no se lo facilitan, por el temor a que compren alguna sustancia no debida.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN

Las alteraciones psiquiátricas se presentan aproximadamente en el 20 % de adolescentes del mundo, cerca de la mitad de los trastornos se manifiestan antes de los 14 años, los trastornos neuropsiquiátricos y los trastornos ligados al consumo de sustancias figuran entre las principales causas de discapacidad de los jóvenes cada año se suicidan más de 800.000 personas, siendo la segunda causa de muerte entre los grupos de 15 a 29 años de edad los mismos que tienen lugar en países con ingresos bajos y medios. (OMS, 2015).

El 64% de la población en estudio es femenina y el 36% masculina, siendo la población femenina la que tiene el nivel más alto, con lo que podemos comprobar en el estudio realizado en el 2016 por la universidad de Cambridge donde expresa que las mujeres son más propensas a sufrir algún tipo de episodio depresivo debido a los cambios hormonales que sufren en la adolescencia y menopausia. Las edades fluctúan entre 12-17 años de 20-30 y de 40-50 años. Considerándose a todos los grupos de edad vulnerables.

Otro punto en la población en estudio es el nivel de educación alcanzada un 20% tiene primaria completa, 64% primaria incompleta y 16% secundaria incompleta, lo que demuestra que la población en estudio no cuenta con nivel coeficiente alto.

En lo referente al consumo de drogas el 76% de la población consumían drogas como: marihuana el 40%; 20% alcohol y mezcla que consiste en marihuana y cocaína en un 16% mientras que el 24% restante no consume y sufre de depresión, por lo que se confirma el estudio realizado por el Dr. Miquel Bioque en España donde declara que la esquizofrenia se puede desencadenar por factores ambientales como consumo de Cannabis/marihuana.

Siendo la mayor población 9 pacientes (36%.) episodio depresivo leve de sexo femenino; (4%) con esquizofrenia catatónica de sexo masculino, (24%) esquizofrenia hebefrenica, (4%) esquizofrenia paranoide, (4%) trastorno psicótico agudo esquizofrénico, 3 pacientes (12%) esquizofrenia simple, (4%) esquizofrenia residual, (12%) trastorno afectivo bipolar. El estado de vivienda de la población en estudio es un 88% mala y el 12% regular

donde se logró identificar que viven en hacinamiento ya que las viviendas cuentan con un mínimo de dos cuartos y un máximo de 3 cuartos, las viviendas no están en perfectas condiciones existen problemas como delincuencia, poca limpieza en las calles, falta de alcantarillado o servicio higiénico. Esto nos indica que la calidad de vida de los pacientes con Alteraciones Psiquiátricas en el área urbana del cantón San Lorenzo es mala, debido a que no existe una salubridad en el entorno que los rodea.

Se realizó la escala de Lawton el cual valora el nivel de independencia de nuestra población, la información se obtuvo preguntando directamente al cuidador principal, esta escala valora 8 ítems: capacidad de utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

Según el estudio realizado en la ciudad de Barcelona en el 2013 en la fundación de salud mental la muestra de los 45 residentes 36 dependen totalmente del cuidador y los 9 restantes podían realizar actividades solos tales como: lavado de ropa pequeñas arreglo de su habitación y utilizan el celular para recibir llamadas, lo que concuerda con nuestra investigación ya que la mayoría de los pacientes dependen del cuidador para realizar sus actividades diarias entre lo que tenemos: el 68% es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar y un 32% no es capaz de utilizar el celular. Al momento de realizar las compras 60% necesita ir acompañado para hacer cualquier compra y 40% es totalmente incapaz de realizar esta actividad; el 100% de nuestra población necesita que le preparen y sirvan los alimentos. Al realizar el arreglo del hogar un 32% realiza tareas ligeras como tender su cama y lavar platos y un 68% no participa en ninguna labor de la casa. Al momento de lavar ropa un 28% lava solo prendas pequeñas mientras que el 72% el lavado de ropa es realizado por el cuidador.

El 100% de nuestra población no utiliza transporte, debido a que los cuidadores no les permiten salir solos fuera de la casa. Al momento de tomar la medicación encontramos que 32% de nuestra población toma su medicación si la dosis le es preparada previamente y 68% no es capaz de tomar su medicación.

El 100% de las personas sujeta a estudio no son incapaz de utilizar dinero, son dependientes de los cuidadores los cuales no le facilitan el dinero, por el temor a que compren alguna sustancia no debida**.** Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son más complejas que las actividades básicas de la vida, y su realización permite que una persona pueda ser independiente dentro de su hogar y de una comunidad. Lo que concuerda con la investigación realizada por la fundación de salud mental en la ciudad de Barcelona en el 2013 donde se tomó una muestra 48 pacientes y se les aplicó la escala de Lawton donde al igual que en nuestra población de estudio depende del cuidador. La ignorancia y la estigmatización que rodean a las alteraciones psiquiátricas están muy extendidas, pese a disponer de tratamientos eficaces existe la creencia de que no es posible tratar las alteraciones psiquiátricas o de que las personas que la padecen son incapaces de tomar decisiones, esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo o aislamiento (OMS, 2015)

Esto lo pude comprobar al momento de realizar las preguntas de la escala de Lawton a los cuidadores de la población, constaté que estos lo tenían excluidos de la sociedad por temor a que las personas de la comunidad los discriminen, en otros casos era tanto el impacto que otros pacientes no querían salir de su entorno, supieron expresar los cuidadores que los pacientes se excluían de la sociedad por temor a que les vayan a hacer daño y a provocarles la muerte esto ocurrían en los pacientes con esquizofrenias.

CAPITULO V
CONCLUSIONES

Existe en el cantón San Lorenzo en el área urbana un total de 30 personas que presentan alteraciones psiquiátricas, de los 30 pacientes se logró trabajar con los familiares de 25.

Se detectó que la principal causa o desencadenante de las enfermedades de la población en estudio es el consumo de drogas como marihuana, cocaína y por último el más peligroso que afecta en silencio debido a una acumulación de preocupaciones, sentimientos entre otros, la depresión.

Los pacientes sujetos a estudio en la valoración de independencia según la escala de Lewton tenemos que son dependientes de los cuidadores ya que en su mayoría necesitan de la asistencia del familiar para desenvolverse en el hogar.

Las actividades que realiza el equipo de salud de los sistemas de asistencia sanitaria, con los pacientes que tienen alteraciones psiquiátricas del área urbana del cantón San Lorenzo, inicia con la captación en el centro de salud Tipo C. Luego del diagnóstico presuntivo realizado por la psicóloga, éste es confirmado o descartado por la psiquiatra en el Hospital Delfina Torres, la misma que después de darle el tratamiento al paciente, envía la contra referencia a la psicóloga y ella inicia a realizar terapias psicoterapéuticas; donde se realiza un plan individual para cada paciente y terapias ocupacionales las cuales se realizan dos veces por semana.

El médico participa en la atención del paciente, solo cuando este tiene alguna dolencia que no puede ser tratado por la psicóloga, la misma que solicita una interconsulta. Cuando los pacientes no son llevados a las terapias, se les realiza visitas domiciliarias

CAPÍTULO VI
RECOMENDACIONES

A la psicóloga para que realice más de dos visitas domiciliarias a los pacientes ya que las dos visitas al mes no son suficientes, los pacientes necesitan más psicoterapias para así ayudarles a desenvolverse en el medio que les rodea.

A los cuidadores de los pacientes que estén pendientes de las terapias psicoterapéuticas y ocupacionales para que lleven a los pacientes a las mismas.

Al equipo de salud tipo C del cantón San Lorenzo, que impartan charlas a los cuidadores de los pacientes con problemas psiquiátricos para así evitar el estrés del cuidador, al conocer cómo manejar la situación de salud del paciente

Al personal de enfermería que realice talleres educativos a las personas que cuidan los pacientes, para que estos puedan manejar las diferentes situaciones que se les presentan con sus familiares.

Al personal de enfermería para que se involucre con los pacientes que presentan alteraciones psiquiátricas ya que no intervienen relevantemente en la atención de dichos usuarios.

A los familiares de los pacientes que salgan de esa estigmatización y dejen que sus familiares interactúen con personas de su entorno, siempre y cuando este bajo la cautela de un familiar cercano.

BIBLIOGRAFÍA

ANDES. INFO. (2013). *Organizacion mundial de la Salud para elaborar un Plan para reducir la Mortalidad* . Ecuador: andes. info.

Angemerye and Kilian. (2008). *Calidad de Vida relacionada con la Salud.* usa: Angemerye and Kilian.

Castillero Mimenza, o. (2016). *Alucinaciones: Definición, causas, y síntomas*. Obtenido de Psicologia y Mente: https://psicologiaymente.net/clinica/alucinaciones-causas-sintomas

Clinica Key .es. (2013). *La valoracion de la Capacidad funcional el Bienestar Psicologico y la Salud Mental.* varios: Clinica key .es.

Confbasglia. (2014). *Modelo de Salud Mental, en el marco de la salud.* Ecuador: confbasglia.

Corbin, j. (2016). *Tipos de Trastorno Bipolar y sus características*. Obtenido de psicologia y mente: https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-trastorno-bipolar

Dr Hernan Chavez. (2013).M*anual de la Atencion Primaria en atencion a la Salud Mental.* Ecuador: Manual de la atencion primaria en atencion a la salud mental.

*Dr. Eduar*do Salazar. (2013). *Manejo del Estres.* Ecuador: Educador para la Salud.

Ecuador en cifras. (2015). *Documentos salud mental.* Ecuador: ecuadorencifras.gob.ec.

Ecuador et. (2013). *Programas de salud mental.* Ecuador: ecuador et.

El comercio. (14 de octubre de 2014). Causas principales de los trastornos mentales. *El comercio*, págs. 40-63.

Enciclopedia medica. (2014). *Trastorno Ciclotimico.* varios: enciclopedia medica.

Foros. (2012). *Ezuisofrenia simple.* España: foros.

García Allen, j. (2015). *Depresión mayor: síntomas, causas y tratamiento*. Obtenido de psicologia y mente: https://psicologiaymente.net/clinica/depresion-mayor

H. Bleichmar. (2011). *Revista internacional de psicoanalisis.* Internacional: revista internacional de psicoanalisis.

Hera.ugr. (2012). *Sastifaccion de necesidad y calidad de vida en personas con trastorno mental.* españa: hera.ugr.

http://www.eluniverso.com/noticias/2014/10/05/nota/4065861/trastornos-adicciones-pesan-salud-mental. (2014). *los trastornos por adiccion pesan en la salud mental* . guayaquil : universo.

INEC. (septiembre de 2014). Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/infografias/saludmental.pdf

Junta de Andalucia. (2008). *Escala ue permite medir la autonomia de la persona.* España: junta de Andalucia.

Lasaludi. (2014). *Esuizofrenia catorica.* España: lasaludi.

Lema, y. &. (18 de diciembre de 2012). Recuperado el 13 de octubre de 2016, de http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1999/2/06%20enf%20518%20guia%20corregido.pdf

Ley Organica de Salud. (2014). *desarrollo social.* ecuador: ley organica de salud.

Matap.dmae. (2013). *Ezuizofrenia paranoide.* Ecuador: andes. info.

Mediline plus. (2012). *Trastorno bipolar.* Varios: enciclopedia medica.

Ministerio de Salud Publica. (2013). *Salud Mental.* Ecuador: ministerio de salud publica.

Morales Chainé, s. (abril de 2016). *Diseminación de las intervenciones breves en México. Resumen del informe presentado en la reunión de expertos para la reducción de la demanda, cicad.* obtenido de https://www.researchgate.net/publication/301677466_diseminacion_de_las_intervenciones_breves_en_mexico_resumen_del_informe_presentado_en_la_reunion_de_expertos_para_la_reduccion_de_la_demanda_cicad

OMS. (2013). *Elabora Plan de Reducir Mortalidad Discapacidad* . Varios: oms.

OMS. (2013). *Mental health.* Varios: Ecuador.

OMS. (2014). Obtenido de http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/pdf.pdf

OMS. (5 de octubre de 2014). *Trastornos Mentales en Ecuador.* Obtenido de el universo noticias: http://www.eluniverso.com/noticias/2014/10/05/nota/4065861/trastornos-adicciones-pesan-salud-mental

OMS. (10 de noviembre de 2015). Obtenido de http://www.andes.info.ec/es/sociedad/organizacion-mundial-salud-elabora-plan-reducir-mortalidad-discapacidad-personas-trastornos

OMS. (martes de octubre de 2015). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de oms : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/

OMS. (14 de octubre de 2013). Desordenes Mentales. *El comercio*, págs. 45-50.

Psicomed. (2012). *Episodios depresivos.* España: psicomed.

Salud, p. m. (2014). Obtenido de http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/pdf.pdf

Salud. p. m. (2014). *confbasaglia.* Ecuador: salud. p. m.

Slideshare. (2012). *Episodios depresivos leves.* Ecuador: slideshare.

Torres, A. (2015). *El trastorno obsesivo-compulsivo (toc): ¿qué es y cómo se manifiesta?* obtenido de psicologia y mente: https://psicologiaymente.net/clinica/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc

ANEXOS

ANEXO 1

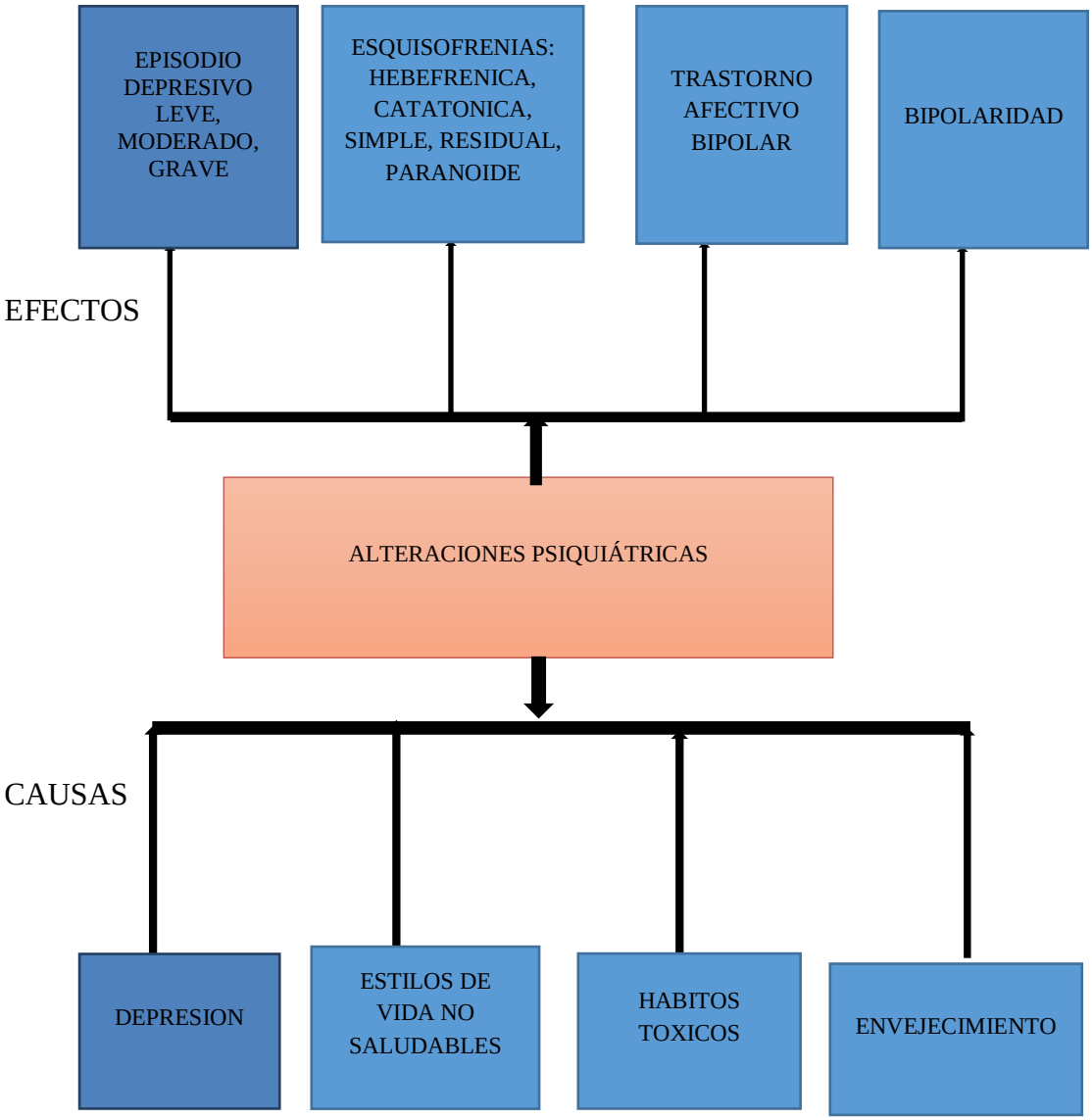
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES POR MES	AÑO 2016								AÑO 2017								
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
Elaboración del tema	X																
Aprobación del tema	X																
Elaboración del anteproyecto		X	X	X													
Disertación del anteproyecto de tesis.					X												
Elaboración de encuestas y observación.						X											
Recolección de datos							X										
Procesamiento de datos							X										
Realización del primer borrador								X									
Entrega del primer borrador									X								
Revisión y corrección del primer borrador.										X							
Realización del segundo borrador											X						
Entrega del segundo borrador												X					
Revisión y corrección del segundo borrador													X				
Realización del tercer borrador														X			
Entrega del tercer borrador														X			
Revisión y corrección del tercer borrador.															X		
Finalización de tesis y empastado de libros.															X		
Disertación de tesis																X	
Graduación																	X

ANEXO 2

PRESUPUESTO			
1. DETALLES	CANTIDAD	V. UNITARIO	V. TOTAL
Matricula	1	149,23	149,23
Proyecto de grado	3	354,85	1064,55
Examen de grado	1	250,36	250,36
TOTAL			1464,14
RECURSOS MATERIALES			
2. TECNICOS			
Computadora	1	900,00	900,00
Grabadora	1	60,00	60,00
Impresora	1	250,00	250,00
Internet	80	0,60	48,00
TOTAL			1.258,00
3. MATERIAL DE OFICINA			
Lápiz	3	0,30	0,90
Esferos	4	0,45	1,80
Resma de hojas A4	4	4,00	16,00
Cuaderno	1	1,50	1,50
Copias	800	0,03	24,00
Carpeta	2	0,50	1,00
Empastado	3	10,00	30,00
Impresiones	900	0,20	180,00
Flash Memory	1	15,00	15,00
Anillados	10	2,00	20,00
TOTAL			290,20
4. SALIDA DE CAMPO			
Movilización	20	1,50	30,00
Alimentación	20	3,00	60,00
TOTAL			90,00
5. TOTAL			3.110,34

ANEXO 3


EPISODIO DEPRESIVO LEVE, MODERADO, GRAVE
ESQUISOFRENIAS: HEBEFRENICA, CATATONICA, SIMPLE, RESIDUAL, PARANOIDE
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
BIPOLARIDAD
EFECTOS
ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS
CAUSAS
DEPRESION
ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES
HABITOS TOXICOS
ENVEJECIMIENTO

ANEXO 4

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
Determinar los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del catón San Lorenzo.	Alteraciones psiquiátricas	Identificar a los pacientes con alteraciones psiquiátricas	¿Cuál de estas enfermedades padece su familiar?	Marque con una X	a)Esquizofrenias:_____ b) ciclotimía c)Demencia d)Trastorno afectivo Bipolar Trastorno psicótico agudo e)Episodio depresivo leve f) otras
			¿A qué edad le diagnosticaron la enfermedad a su familiar?		Especificar
			A qué edad le diagnosticaron a su familiar la enfermedad?		Entre: 14-17 años 27-34 años 40-56 años
			¿En su familia hay personas que padezcan alguna alteración psiquiátrica?		Papá Mamá Abuelos
			¿A qué grupo étnico pertenece?		Negro Afro ecuatoriano Mestizo Indígena
			¿Qué sexo es?		Masculino Femenino
Identificar los determinantes socioeconómicos y factores predisponentes en la aparición de alteraciones	DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS	Son todas las causas que desencadena la aparición de las alteraciones psiquiátricas.	¿Consume algún tipo de droga?	Marque con una X	Si – No
			¿Nivel de escolaridad?		Primario: Completa

psiquiátricas en pacientes sujetos a estudio que habitan en el área urbana del cantón San Lorenzo					Incompleta Secundario: Completa Incompleta Superior
			¿Estado civil?		Soltero Unión Libre Casado
			¿Hábitos tóxicos?		Divorciado Viudo/a Fuma Consume alcohol drogas
			¿Problemas de la vivienda?		Especificar
			¿Estado general de la vivienda?		Bueno Malo Regular
			¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?	Marque con una X	Especificar
			¿La vivienda es?		Propia Prestada Regalada Alquila
			¿Actualmente su familiar se dedica a?		Estudia Trabaja Otros
•Indagar qué actividades realiza el equipo de Salud de los sistemas de asistencia sanitaria en los pacientes con alteraciones psiquiátricas en el área urbana del	Actividades que realiza el Equipo de Salud	Investigar qué actividades realizan los sistemas de asistencia sanitaria con los pacientes con alteraciones psiquiátricas.	¿Su familiar se atiende en asistencia sanitaria pública o privada?		Publica Privada
			¿Cuál fue la última vez que llevo a su Menos de 1 año		Entre 1 y 2 años Más de 2 años ¿Familiar al médico?
					Excelente

cantón San Lorenzo.			¿Cómo considera usted la atención de los servicios de asistencia sanitaria?	Marque con una X	Buena Regular Mala

ANEXO 5

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta

La siguiente encuesta tiene como objetivo recopilar información acerca de la calidad de vida de los pacientes con Alteraciones Psiquiátricas.

Datos Personales

1. **Sexo al que pertenece el paciente**

   Mujer ☐ Hombre ☐

2. **¿Qué edad tiene? Años cumplidos**

   12 – 17 ☐ 21 - 36 ☐

   37- 42 ☐ 43 – 48 ☐

   49-50 ☐

3. **¿A cuál de los siguientes grupos étnicos pertenece?**

   Afro ecuatoriano ☐ Otro ☐

   Mestizo ☐

4. ¿Cuál es el nivel de educación que ha alcanzado?

Ninguno ☐
Primaria completa ☐
Primaria Incompleta ☐
Secundaria Completa ☐
Secundaria Incompleta ☐
Superior ☐

5. ¿Cuál es el estado civil?

Soltero ☐ Casado ☐

Unión libre ☐ Viudo ☐

Divorciado ☐

6. ¿En su familia existen antecedentes patológicos de alteración psiquiátrica, especifique?

Sí ☐ No ☐

Papá ------
Mamá ------
Abuelos Paternos ----
Abuelos Maternos ----

7. ¿Su Familiar consume algún tipo de drogas?

Sí ☐ No ☐

Marihuana
Alcohol Otros

8. Cuál de las siguientes enfermedades padece su familiar?

Esquizofrenia hebefrenica ☐ Episodio Depresivo leve ☐
Trastorno Bipolar ☐ Trastorno Psicótico Agudo ☐
Otras ----------

9. ¿A qué edad le diagnosticaron la enfermedad a su familiar?

12-19 ☐ 20-30 ☐

20- 30 ☐ 40-50 ☐

10. ¿Estado general de la vivienda?

Buena ☐ Regular ☐

Mala ☐ otro

11. ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?

_____

12. ¿La vivienda en la que vive es?

Propia ☐ Alquila ☐

Prestada ☐ Regalada ☐

13. ¿Tiene su vivienda alguno de los problemas siguientes?

	Sí	No
Ruidos Exteriores	___	___
Contaminación o malos olores	___	___
Provocados por industrias, trafico	___	___
Poca limpieza en las calles	___	___
Delincuencia o vandalismo	___	___
Falta de servicios de aseo como:		
Servicio higiénico	___	
Ducha	___	

14. ¿Actualmente su familiar a que se dedica a?

Estudiar ☐

Trabajar ☐

Otros _____

15. ¿Su familiar está en tratamiento?

Sí ☐ No ☐

16. ¿Quién es el encargado de cuidar al paciente?

_____

17. ¿Ha observado alguna mejora durante el tratamiento que está recibiendo su familiar?

Sí ☐ No ☐

18. ¿Quién le da la medicación a su familiar?

Papá ☐ Mamá ☐

Paciente ☐

19. ¿Su familiar recibe asistencia sanitaria de Salud público o privad?

Privado ☐ Público ☐

20. ¿Cómo considera usted la atención de los servicio de asistencia sanitaria?

Muy buena ☐ Regul☐

Buena ☐ Mala ☐

ANEXO 6

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	**Puntuación**
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1

Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos…	1
- Incapaz de manejar dinero	0

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

ANEXO 7

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MES / ACTIVIDADES	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				febrero			
	SEMANAS																			
	1	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Directrices sobre el Trabajo Investigativo	X																			
Asignación del Docente Asesor		X																		
Investigación Bibliográfica y Reconocimiento del Área De Estudio			X																	
Elaboración y Entrega de Tabla Dinámica				X																
Solicitud de Aprobación del Tema				X																
Elaboración del Marco Teórico					X															
Revisión y Entrega del Marco Teórico					X															
Borrador de Metodología y Diseño de Estudio						X														
Elaboración de los Instrumentos de Recolección de Datos							X													
Vestigio del Trabajo Investigativo								X												
Entrega del Primer Borrador de Anteproyecto									X											
Corrección del Primer Borrador de Anteproyecto										X										

Entrega del Segundo Borrador de Anteproyecto											X								
Corrección del Segundo Borrador de Anteproyecto												X	X						
Entrega del Tercer Borrador de Anteproyecto														X					
Corrección del Tercer Borrador de Anteproyecto															X	X			
Entrega Del Anteproyecto Final																	X		
Elaboración de Diapositivas para la Sustentación del Anteproyecto																		X	
Sustentación del Anteproyecto																		X	X