



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

Tesis de Grado

Previo a la obtención del título de:

LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO

TEMA:

**“DETERMINACIÓN DEL CALCIO SÉRICO EN PACIENTES CON
TRASTORNOS DE CONDUCTAS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA;
ABRIL – OCTUBRE 2013.”**

AUTORES:

García Palacios Ángel Antonio

Macías López Elvis Enrique

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Valeria Astudillo Cuenca

Portoviejo - Manabí - Ecuador

2013

DEDICATORIA

La realización de este trabajo va dedicada principalmente a:

DIOS quién es el eje de mi vida.

MIS PADRES por brindarme una buena educación, cimentando los valores para mi formación personal, pero sobre todo por haber depositado todas sus expectativas en mí, logrando culminar una etapa muy importante en mi vida.

MI ESPOSA por el amor, apoyo y paciencia que me ha brindado en cada momento.

MI HIJO por ser el amor que me impulsa para seguir día a día en cada objetivo plateado.

A Ustedes queridos docentes por haber impartido todos sus conocimientos hacia nosotros de la mejor manera para forjar unos grandes profesionales.

La vida del Estudiante es el sacrificio y su recompensa, el triunfo.

Ángel García Palacios

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a aquellas personas que hicieron posible la realización del mismo; con mucho cariño a:

DIOS ser Divino que me ha dado fuerzas para cumplir con mis sueños y objetivos iluminándome siempre en mi caminar.

MIS PADRES quiénes con su amor, apoyo incondicional y sus bendiciones me encaminaron por el camino del bien y no decaer en los obstáculos que se presentaron en mi diaria rutina.

MI NOVIA pilar fundamental en mi vida y durante mi caminar en esta investigación.

Mis Hermanos, Sobrinos y demás Familiares por estar a mi lado día con día, y ser fieles testigos de mis esfuerzos.

MIS COMPAÑEROS por haber compartido y ser testigo de mis experiencias durante los años de estudio.

Elvis Macías López

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por sus bendiciones y acompañarnos diariamente en nuestro caminar.

Dejamos constancia de nuestra eterna gratitud a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Laboratorio Clínico por ser el lugar donde adquirimos los conocimientos científicos y prácticos y poder alcanzar una formación profesional.

A los Miembros del Tribunal de Revisión y Sustentación de Tesis que gracias a su ayuda incondicional hicieron posible la culminación de nuestro trabajo investigativo.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda, Personal de Salud del Área de Psiquiatría, Pacientes y Familiares que colaboraron abiertamente para el desarrollo de nuestra investigación.

A los Compañeros de estudio con los cuales compartimos momentos agradables y difíciles por los que se fortaleció nuestra amistad.

Los Autores



CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Dra. Valeria Astudillo Cuenca, Catedrática de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de Directora de Tesis:

CERTIFICO: Que los Sres. Egresados: Ángel Antonio García Palacios y Elvis Enrique Macías López; han cumplido con el desarrollo de su Tesis Titulada: **“DETERMINACIÓN DEL CALCIO SÉRICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTAS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA; ABRIL – OCTUBRE 2013.”**, la misma que ha sido desarrollada y concluida en su totalidad bajo mi Dirección habiendo cumplido con todos los requisitos y reglamentos que para este efecto se requiere.

Dra. Valeria Astudillo Cuenca
DIRECTORA DE TESIS



CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DE TESIS

Lcdo. Jisson Vega Intriago Mg. Eds., Catedrática de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de Directora de Tesis:

CERTIFICO: Que los Sres. Egresados: Ángel Antonio García Palacios y Elvis Enrique Macías López; han cumplido con el desarrollo de su Tesis Titulada: **“DETERMINACIÓN DEL CALCIO SÉRICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTAS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA; ABRIL – OCTUBRE 2013.”**, la misma que ha sido desarrollada y concluida en su totalidad bajo mi Supervisión habiendo cumplido con todos los requisitos y reglamentos que para este efecto se requiere.

Lcdo. Jisson Vega Intriago Mg. Eds.
PRESIDENTE DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**

TEMA

**“DETERMINACIÓN DEL CALCIO SÉRICO EN PACIENTES CON
TRASTORNOS DE CONDUCTAS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA; ABRIL –
OCTUBRE 2013.”**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración el Tribunal de Seguimiento y Evaluación legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO**.

Dr. Bosco Barberán Mera Mg. Gs.
DECANO

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURÍDICO

Lcda. Aracely Romero de Zambrano Mg. Gs.
**SUBDECANA/PRESIDENTA DE LA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN FCS**

Dra. Valeria Astudillo Cuenca
DIRECTORA DE TESIS

Lcdo. Jisson Vega Intriago Mg. Eds.
PRESIDENTE DE TESIS

Lcda. Rosanna Quijano Velásquez
MIEMBRO



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO**

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA

**“DETERMINACIÓN DEL CALCIO SÉRICO EN PACIENTES CON
TRASTORNOS DE CONDUCTAS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA; ABRIL –
OCTUBRE 2013.”**

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración el Tribunal de Revisión y Sustentación legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del Título de Licenciado en Laboratorio Clínico aprobada por el Tribunal.

Lcdo. Jisson Vega Intriago Mg. Eds.
PRESIDENTE DE TESIS

Dra. Valeria Astudillo Cuenca
DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Rosanna Quijano Velásquez
MIEMBRO



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Toda responsabilidad con respecto a las Investigaciones, con sus resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis pertenecen exclusivamente a sus autores:

Ángel Antonio García Palacios

Elvis Enrique Macías López

ÍNDICE

| CONTENIDO | PÁGINA |
|--|---------------|
| Dedicatoria | |
| Agradecimiento | iii |
| Certificación del Director de Tesis | iv |
| Certificación del Presidente de Tesis | v |
| Certificación del Tribunal de Revisión y Evaluación | vi |
| Declaración sobre los Derechos del Autor | viii |
| Índice | ix |
| Resumen | xi |
| Summary | xii |
| Introducción | |
| Justificación | 3 |
| Planteamiento del Problema | 4 |
| Objetivos | 7 |
| Objetivo general. | 7 |
| Objetivos específicos. | 7 |
| Marco Referencial | 8 |
| Marco Teórico | 11 |
| Trastornos de Conductas | 11 |
| Calcio Sérico | 25 |
| Hipocalcemia | 26 |
| Hipercalcemia | 28 |
| Método para prueba del Calcio | 31 |
| Diseño Metodológico | 34 |
| Operacionalización de Variables | 36 |
| Presentación , Análisis e Interpretación de Resultados | 39 |
| Conclusiones | 51 |
| Recomendaciones | 52 |

| | |
|---------------------------|----|
| Propuesta | 53 |
| Presupuesto | 57 |
| Cronograma de Actividades | 58 |
| Bibliografía | 59 |
| Anexos | |
| Encuesta | |
| Oficios u otros | |

RESUMEN

El presente trabajo investigativo estuvo dirigido a la Determinación del Calcio Sérico en Pacientes con Trastorno de Conductas atendidos en el Área de Psiquiatría del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; Abril – Octubre 2013.

La metodología de estudio utilizada fue prospectiva, descriptiva, analítica y de campo. Obteniendo esta información de diversas fuentes: documentos e historias clínicas, encuestas y Exámenes de Laboratorio (Calcio Sérico).

Se determinó que entre las características socio-epidemiológicas prevalecen pacientes de 12 a 24 años de edad con un 23%, siendo determinante el sexo Femenino con un 65%.

Mediante los Exámenes de Laboratorio realizados por Espectrofotometría se determina que existe una incidencia de Hipercalcemia en el Trastorno Mixto Ansioso/Depresivo con un 39%; Hipocalcemia en el Trastorno de Ansiedad con un 49%, haciendo de estos ítems los más relevantes del estudio

Una vez recopilada la información fue tabulada y procesada, presentándola en tablas y gráficos; en base a esto se establecen conclusiones y recomendaciones, los cuales van ayudar a mejorar el nivel de atención al paciente psiquiátrico.

Palabras Claves: Psiquiatría, Espectrofotometría, Calcio, Hipocalcemia, Hipercalcemia, Laboratorio.

SUMMARY

This research work was directed to the Determination of Serum Calcium in Patients with Conduct Disorder attended in the area of Psychiatry, Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda", April – October 2013.

The study methodology used was prospective, descriptive, analytical and field. Getting this information from various sources: documents and medical records, surveys and laboratory tests (serum calcium).

It was determined that between the prevailing socio- epidemiological characteristics of patients 12-24 years of age with 23% being female sex determining the 65%.

Through laboratory tests performed by spectrophotometry is determined that there is an incidence of hypercalcemia in the Joint Disorder Anxious / Depressed with 39%; Hypocalcemia Anxiety Disorder 49%, making these the most important items of the study

After gathering the information was tabulated and processed, presenting in tables and graphs, based on this findings and recommendations are established, which will help improve the level of care to the psychiatric patient.

Key words: Psychiatry, Spectrophotometry, Calcium, Hypocalcemia, Hypercalcemia, Laboratory.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conductas son manifestaciones psicológicas o conductas y/o limitaciones en el funcionamiento debido a trastornos y alteraciones biológicas, físico/químicas, genéticas, psicológicas, laborales, sociales y ambientales. La enfermedad presenta síntomas y/o limitaciones de funcionamiento.

Entre las características de dicha patología existen: bajo auto-concepto, se siente inadecuado; incapaz de enfrentar el estrés; conducta desadaptada; no establece relaciones significativas; juicio pobre; irresponsable, pesimista; no reconoce sus habilidades y deficiencias; dependiente. Sentimientos de incapacidad; incapaz de percibir la realidad; evita los problemas, no toma decisiones; demanda gratificación inmediata.

El calcio es uno de los constituyentes iónicos importantes en el organismo, tiene un rol esencial en la transmisión neuromuscular del impulso nervioso. Es un componente clave en la cascada de la coagulación, cofactor de muchas enzimas del organismo, influye en la secreción de gastrina y es partícipe sustancial en la contractilidad muscular.

En el adulto, el calcio corporal total asciende a unos 1.200 g. Más del 90% está fijo en los huesos, principalmente en forma de cristales de hidroxapatita. Apenas el 0.1% del 10% restante se halla en el líquido extracelular. El calcio de los huesos está en equilibrio dinámico permanente con el calcio del líquido extracelular. El nivel normal de calcio en el plasma es de 8.5 a 10.5 mg/dl. El calcio total en suero es la suma de los componentes ionizados y no ionizados.

Aproximadamente el 50% del calcio sérico total está unido a proteínas (albúmina principalmente), el 10% está unido a otros elementos (citrato, fosfato, lactato, heparina, bicarbonato, sulfato) y el 40% en forma ionizada.

La concentración de calcio y calcio iónico en plasma está controlada principalmente por la acción de la paratohormona (PTH) secretada por la glándula paratiroidea. Son los niveles séricos de calcio iónico los que estimulan o inhiben la producción de PTH.

El calcio iónico es la fracción activa, desde el punto de vista metabólico, fisiológico y bioquímico. Es el responsable de los signos, síntomas y trastornos que se producen cuando se alteran los niveles plasmáticos del calcio.

En el presente estudio de investigación se detalla los aspectos más importantes referentes a la determinación del Calcio sérico en pacientes con trastornos de conductas, que acuden al Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

El tipo de estudio aplicado en este trabajo investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo, experimental y de campo; se emplea como técnica la encuesta.

El presente proyecto investigativo fue escogido con el objetivo de determinar el Calcio Sérico en pacientes con trastornos de conductas atendidos en el Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda durante el periodo Abril – Octubre 2013 y la finalidad de aumentar la excelencia en la práctica profesional del personal de salud en paciente psiquiátrico basándose en el análisis objetivo de la situación actual y en el mejor aprovechamiento posible de las estructuras ya existentes y consolidadas.

JUSTIFICACIÓN

En la práctica de salud mental y psiquiatría se aplica una amplia variedad de teorías del comportamiento humano. Las teorías organizan la información, explican por qué ocurren las cosas, ayudan a mantener el significado de los sucesos pasados y proporcionan capacidad para predecir y controlar los sucesos.

El calcio es uno de los constituyentes iónicos importantes en el organismo, tiene un rol esencial en la transmisión neuromuscular - neurocerebral del impulso nervioso.

Los autores aspiran a que los nuevos criterios obtenidos frente a la realidad del tema seleccionado sean incluidos como parte de la teoría científica y social en el desarrollo de la salud en pro bienestar del paciente.

El estudio beneficiará al Personal de Salud, al Hospital y a los Pacientes por cuanto se podrá disponer de resultados confiables que permitan tomar decisiones oportunas que contribuyan a disminuir esta problemática. Las razones expuestas resaltan la importancia del tema a investigarse.

La investigación también se justifica por lo factible de realizar, puesto que se cuenta con los recursos humanos, institucionales, financieros, bibliográficos requeridos, además existe de parte de los investigadores la motivación, el interés, el tiempo requerido y los recursos económicos necesarios para desarrollar el estudio.

Además, tiene gran utilidad en los aspectos ético-morales, psicológicos, sociales y humanísticos, ya que estos pacientes tienden a ser rechazados por la sociedad.

Existe verdadero interés en desarrollar la investigación del tema por parte de los investigadores es así que tienen la disposición, el tiempo, y los recursos económicos para la realización del mismo. Además cuentan con el apoyo del personal de salud del Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda para llevar a cabo las acciones necesarias a favor de los pacientes y cuentan con el aval y respaldo del reglamento del MSP y el reglamento de la entidad educativa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de conductas son manifestaciones psicológicas o conductas y/o limitaciones en el funcionamiento debido a trastornos y alteraciones biológicas, físico/químicas, genéticas, psicológicas, laborales, sociales y ambientales. La enfermedad presenta síntomas y/o limitaciones de funcionamiento.

La Psiquiatría como práctica ha estado presente desde las primeras civilizaciones, los enfermos mentales han sido tratados de diferente manera de acuerdo con la época; las personas encargadas de su cuidado han sido sacerdotes y brujos hasta especialistas en la actualidad. Antiguamente los pacientes psiquiátricos recibían un trato inhumano y eran despreciados por la sociedad. Los hospitales psiquiátricos siempre han estado relacionados con las comunidades religiosas y albergaban a mendigos, huérfanos, abandonados, ancianos y por su puesto a enfermos mentales.

Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. “Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental”⁽¹⁾. “Un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión”⁽²⁾. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias”⁽²⁾.

La mayoría de los estudios epidemiológicos del mundo occidental industrializado señalan que entre un 5 y un 10% de los niños y adolescentes presentan problemas significativos del tipo de conductas oposicionistas, agresivas y perjudiciales. Por cada mujer que las presenta hay 2.5 varones, además de que los varones presentan más frecuencia e intensidad en dichas conductas.

“En un estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales en niños realizados en la ciudad de Valencia (Gomez-Beneyto, en 1994), se empleo una muestra de niños de tres edades; 8,11, y 15 años.

¹Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. 2005

²Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.

La tasa de trastornos de conducta resulto ser de 1.7%, 4.1% y 6.9% respectivamente, observándose que esta tasa tiende a aumentar con la edad”⁽³⁾.

“Se espera que en 2020 la **depresión** sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado”⁽⁴⁾.

Los factores causales son los mismos en ambos sexos pero los varones presentan más trastornos de conducta porque ellos presentan con más frecuencia los factores individuales como la hiperactividad o los retrasos en el desarrollo.

En Ecuador no obstante, no existe una cifra oficial, aunque si se toma en cuenta la situación global, se llega a un cálculo de que el 1% de las personas tendrían trastornos de conducta, según Carlos Orellana, psiquiatra del Instituto de Neurociencias, ubicado en Guayaquil. Solo en Quito, tanto en el IESS como en el Hospital Eugenio Espejo donde ya se está dando tratamiento, existen 11.000 personas registradas con estas patologías.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales representan el 45% de las afecciones que perjudican a la población mundial de entre 10 y 24 años de edad.

“Las alteraciones electrolíticas pueden manifestarse en forma de diversos síntomas neuropsiquiátricos. Se recomienda determinar los niveles de sodio, potasio, **calcio** y fósforo séricos. La hipercalcemia puede asociarse a debilidad, depresión, astenia y psicosis y suele aparecer en tumores con afectación ósea. La hipocalcemia puede manifestarse como depresión, irritabilidad o delirium”⁽⁵⁾.

³<http://www.emagister.com/curso...guía...6.../trastorno-conducta-prevalencia>.

⁴Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005.

⁵Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría (2.ªed.). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1995.

Frente a la problemática expuesta surge la siguiente interrogante:

¿Será la determinación de Calcio Sérico relevante en pacientes con trastornos de conductas atendidos en el Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda; Abril – Octubre 2013.?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el Calcio Sérico en pacientes con trastornos de conductas atendidos en el Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda; Abril – Octubre 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características socio-epidemiológicas de la población en estudio.

Realizar la prueba de Calcio Sérico mediante la técnica de espectrofotometría.

Relacionar las alteraciones de calcio con los distintos trastornos de conductas.

Difundir un programa de educación dirigido a los familiares de los pacientes con trastornos de conducta.

MARCO REFERENCIAL

Portoviejo, “Ciudad de los Reales Tamarindos”, fue fundada el 12 de Marzo de 1534 por Francisco Pacheco. Limitada al Norte con los Cantones Rocafuerte, Sucre y Junín; al Sur con Santa Ana y Jipijapa; al Este con Bolívar y Pichincha; y al Oeste con Montecristi, Jaramijó y con el Océano Pacífico.

Posee una superficie de 967.5 Km², una densidad poblacional de 218 Habitantes/Km²; posee un clima Cálido tropical con rangos de temperatura que oscilan entre 24 y 34°C y con índices de humedad relativa de 68 a 89% que se expresan en dos estaciones bien diferenciadas: Invierno y Verano.

Geográficamente Portoviejo está ubicado a 01°3’8” de latitud Sur; y 80°27’2” de longitud Oeste. Está circundado por los cerros Bálsamos y Hojas. El primero separa las cuencas hidrográficas de Portoviejo y Chone, y está cubierto de ceibos y guayacán. El cerro de Hojas separa a Portoviejo de Montecristi. También forma parte de Portoviejo las montañas de Alajuela y San Plácido, así como el cerro Jaboncillo, que están cubiertos por bosques secos y espinosos.

Cuenta con nueve Parroquias Urbanas que son: Portoviejo, 18 de Octubre, 12 de Marzo, Andrés de Vera, Colón, Simón Bolívar, San Pablo, Francisco Pacheco y Picoaza; y sus Parroquias Rurales son: San Plácido, Calderón, Alajuela, Riochico, Pueblo Nuevo y Crucita.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2010, el Cantón Portoviejo le corresponde 280.029 Habitantes, 137.969 Hombres (49.26%) y 142.060 Mujeres (50.74%). (INEC, 2010).

De acuerdo a los datos encontrados en el Censo del INEC del Año 2010, el total de personas que han emigrado desde Manabí fueron 7.098 Hombres y 6.877 Mujeres. También encontramos que el grupo de edad de 18 a 29 años es el número más alto de emigrantes que ha tenido nuestra provincia y que es de 8.006 (57.9%), el nivel de instrucción fue el secundario con 7.637 (55.2%); y la emigración laboral por países fue:

a España 8.094 (62.9%), Italia 1.677 (12.1%) y Estados Unidos 1.361 (9.8%). (INEC, Encuesta de condiciones de vida-5^{ta} ronda).

De acuerdo a los resultados preliminares del INEC, del Censo de Población y Vivienda del 2010, la población Ecuatoriana es de 14'306.876 Hab. Manabí tiene una población de 1'369.780 Hab. Portoviejo tiene 280.029 Hab., de los cuales 256.993 pertenecen a la Zona Urbana y 17.337 de la Zona Rural. (INEC, 2010).

El Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” es una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del MSP, ubicada en la Provincia de Manabí, Ciudad de Portoviejo, Parroquia 12 de Marzo; limita al Norte con la Ciudadela Cevallos, al Sur con la Calle Rocafuerte, al Este con la Avenida Guayaquil y al Oeste con el Río Portoviejo.

El Hospital fue creado por decreto legislativo el 9 de Agosto de 1887 como Hospital de la Caridad de Portoviejo, ubicado en los suburbios de la ciudad en el antiguo edificio denominado San José cuando la Población era apenas de 17.311 Habitantes, de los cuales apenas sabían leer 2.540. En el año 1920 el Gobernador de la Provincia, debido a la demanda de la atención había aumentado y ante la deficiencia de los servicios básicos, específicamente la falta de agua permanente decide el traslado al final de la Calle Rocafuerte a una edificación que había sido habitación de las Monjas de la Caridad. En 1968 se inician los trabajos de la edificación del Hospital actual y en Agosto de 1971 sin inauguración formal entra en funcionamiento con una asignación de 210 camas, debido a la alta demanda de atención y sin haber concluido en forma definitiva. De ahí en adelante la Historia Hospitalaria ha sido de demanda creciente, cumpliendo acciones de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación en las 4 Especialidades básicas: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia y la continua apertura de nuevos servicios de acuerdo a los requerimientos de la población, pero sin la planificación técnica y arquitectónica adecuada. Cumpliendo además actividades de Docencia e Investigación.

El Hospital de Portoviejo con su nueva estructura fue puesto en marcha en el año de 1970, y en 1976 se denominó Hospital Regional Docente decretó dado por el Ministerio de Salud y en 1997 pasa de Regional Docente a Provincial Docente.

⁶Diagnóstico Situacional del HPVCB 2010.

MARCO TEÓRICO

El trastorno de la conducta es un trastorno del comportamiento, que muchas veces se diagnostica en la infancia, y que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de los demás, las normas y reglas sociales apropiadas para la edad.

Los comportamientos antisociales pueden incluir la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como ausentarse de la escuela o escaparse), la violación de los derechos de los demás (como por ejemplo robar) y, o la agresión física hacia los demás (asalto o violación). Estos comportamientos a veces son concomitantes; sin embargo, puede suceder que se presente uno o varios de ellos en forma aislada, sin los demás.

La atención primaria en salud mental se responsabiliza del diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales; la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud y es el principal medio donde las necesidades derivadas de los trastornos mentales son satisfechas. La atención integral e integrada a la persona es considerada en su globalidad y en su contexto cultural, familiar y social en el que se desarrolla.

Las causas que contribuyen al desarrollo de un trastorno de la conducta son multifactoriales, lo que significa que muchos factores contribuyen a la causa. Los exámenes neuropsicológicos demuestran que los niños y adolescentes que sufren trastornos de la conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad para planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Se considera que el temperamento de los niños tiene unas bases genéticas. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento. Los niños o adolescentes que provienen de hogares carenciados, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la conducta. Se comprobó que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Existe también una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de la conducta. Los niños y adolescentes que manifiestan comportamientos delictivos y agresivos tienen perfiles

cognitivos y psicológicos característicos en comparación con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control. Todos los factores que posiblemente contribuyen al desarrollo del trastorno influyen en la interacción de los niños y adolescentes con los demás.

Aproximadamente 1 por ciento a 4 por ciento de edades de los niños 9 a 17 años, de viejo tienen desórdenes de la conducta. El trastorno se presenta con mayor frecuencia en los varones que en las mujeres. Los niños y los adolescentes que padecen trastornos de la conducta con frecuencia tienen también otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. En las últimas décadas, los trastornos de la conducta han aumentado considerablemente. La conducta agresiva es la causa de entre un tercio y la mitad de las derivaciones a los servicios de salud mental para niños y adolescentes.

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de los trastornos de la conducta. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Existen cuatro grupos principales de comportamientos que pueden incluirse en esta clasificación:

La conducta agresiva causa o amenaza un daño físico a los demás y puede incluir: Comportamiento intimidante; amedrentamiento; peleas físicas; crueldad con los demás o con los animales; uso de armas; acciones de someter a otra persona a la relación sexual, la violación o abuso deshonesto.

La conducta destructiva se pueden incluir los siguientes tipos de conducta destructiva: Vandalismo, destrucción intencional de la propiedad; incendios intencionales; engaño. Entre los comportamientos de engaño se pueden incluir: Mentira; robo; hurto en tiendas; delincuencia.

Las transgresiones de las reglas habituales de conducta o de las normas adecuadas para la edad, podemos citar las siguientes: No asistir a la escuela; Escaparse; Hacer bromas pesadas; Hacer travesuras; Iniciar la actividad sexual precozmente

Los síntomas de los trastornos de la conducta pueden parecerse a los de otros trastornos médicos o psiquiátricos.

Psiquiatras u otros profesionales de la salud mental diagnostican los trastornos de la conducta en niños, adolescentes y adultos. Una historia detallada del comportamiento del niño por parte de los padres y maestros, las observaciones clínicas del comportamiento del niño y, algunas veces, los exámenes psicológicos, contribuyen a realizar el diagnóstico. Los padres que observen síntomas de trastorno de la conducta en sus hijos pequeños o adolescentes pueden colaborar buscando evaluación y tratamiento tempranos. El tratamiento a tiempo puede evitar problemas futuros.

Además, el trastorno de la conducta a menudo se manifiesta junto con otros trastornos de la salud mental, que incluyen trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, depresión, de estrés postrauma, abuso de drogas, trastorno de déficit de atención con hiperactividad y trastornos del aprendizaje, lo que aumenta la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento tempranos. Consulte al médico de su hijo para obtener más información.

El tratamiento específico para los que sufren trastornos de la conducta será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

La edad, su estado general de salud y sus antecedentes médicos.

La gravedad de los síntomas.

La tolerancia a determinados medicamentos o terapias.

Las expectativas para la evolución de la condición.

Opinión o preferencia del paciente.

El tratamiento puede incluir:

Abordajes cognitivo conductuales: El objetivo del tratamiento cognitivo conductual es aumentar la capacidad del paciente para resolver los problemas y sus habilidades para comunicarse, así como promover técnicas para controlar los impulsos y la ira.

Terapia familiar: Generalmente, la terapia familiar tiene como objetivo la introducción de cambios dentro del sistema familiar, como por ejemplo, mejorar la capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia.

Terapia de grupo con padres: La terapia de grupo con padres a menudo se centra en el desarrollo de las habilidades sociales e interpersonales.

Medicación: Si bien no se consideran eficaces para los trastornos de la conducta, pueden utilizarse medicamentos si se presentan otros síntomas o trastornos que respondan al medicamento.

Como en los casos de trastorno oposicionista desafiante (TOD), algunos expertos creen que en la manifestación del trastorno de la conducta ocurre una secuencia de experiencias relacionadas con el desarrollo del niño. Esta secuencia suele comenzar con prácticas de crianza ineficaces, seguida por fracasos escolares y relaciones problemáticas con los compañeros. Son experiencias que a menudo producen un estado de ánimo depresivo y que los llevan a involucrarse con un grupo de amigos rebeldes. No obstante, existen otros factores, como el maltrato en la infancia, la susceptibilidad genética, un historial de fracasos escolares, daño cerebral y, o experiencias traumáticas, pueden influir en la manifestación de un trastorno de la conducta. La detección y la intervención tempranas en las experiencias negativas familiares y sociales pueden interrumpir la secuencia de experiencias que conduce a comportamientos más perturbadores o agresivos. El patrón de conducta negativista, se presenta con una serie de comportamientos tales como encolerizarse, discutir con adultos y desafiarlos activamente, molestar deliberadamente a otras personas, acusar a otros de errores o faltas propias, ser colérico y rencoroso⁽⁷⁾.

Los trastornos de conducta en la edad adulta van ligados en ciertos casos al estilo de vida que ha llevado el paciente en su infancia, cuando el adolescente alcanzaba los 21 años, más o menos, ya se le consideraba un adulto, totalmente madurado y plenamente preparado para ocupar un lugar en la sociedad. Sin embargo hoy en día concebimos esta etapa como un periodo dinámico, lleno de aprendizaje, de lucha, de recompensas y de cambios. La edad adulta también es una época de desarrollo personal, profesional y social; el periodo de la vida que se denomina edad adulta va desde los 18 hasta los 65 años, aproximadamente. La edad adulta como cualquier otra está llena de tareas, problemas y oportunidades, todos los adultos jóvenes se enfrentan a un reto de tener que determinar su profesión, su identidad y las relaciones que los apoyaran emocionalmente durante toda la vida.

⁷http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Trastorno_Conducta_2013.pdf

Cuando el individuo se encuentra ante un cambio de vida, se apoyan en los comportamientos previamente aprendidos para responder a él; si ha aprendido a responder de forma eficaz siendo niño, la edad adulta le causará menos crisis, por el contrario, si los problemas de infancia no se han resuelto, pueden prolongarse durante toda la vida. El desarrollo emocional de los adultos jóvenes tiene que ver con el aprendizaje de cómo llegar a desenvolverse en ambientes estresantes. El trabajo y los estudios ofrecen muchas oportunidades para enfrentarse al estrés; los sentimientos de soledad, de culpa y de agresividad pueden llevar a la desesperanza a la ansiedad y a la depresión.

Los problemas frecuentes de esta edad se producen debido a que todos los adultos tienen que enfrentar situaciones que producen ansiedad, factores de estrés que conlleva a la vida diaria, cuando los sujetos se angustian en exceso, puede desarrollar trastornos vinculados a él.

Ayudando a un adulto joven a desarrollar una identidad personal en la familia se puede reducir la posibilidad de futuros problemas mentales. Cuando la capacidad de resolver los problemas de una forma eficaz es limitada, son muchos más frecuentes los trastornos de conducta y de personalidad. Los adultos mentalmente sanos pueden identificar y aceptar sus emociones sin actuar de forma inadecuada. Por desgracia muchos adultos tiene problemas para controlar la agresividad en especial los que padecieron problemas desde niños, la adicción al alcohol y las drogas también por su estatus de vida ya sea por la pobreza o por su zona geográfica rural marginal, también puede ser consecuencia de la necesidad de controlar los problemas emocionales.

Muchos de los trastornos mentales que padecen los adultos tienen sus raíces en la infancia: Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desorden Mental (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders “DSM-IV”), hay 15 categorías de trastornos mentales: Trastornos cognitivos: delirium, demencia, ansiedad; trastornos mentales secundarios a una enfermedad medica general; trastornos relacionados con drogas; esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastornos del estado de ánimo; trastornos de ansiedad; trastornos de somatización; trastornos depresivos; trastornos disociativos;

trastornos de la identidad sexual y de género; trastornos de alimentación; trastornos del sueño; trastornos mixtos; trastornos de adaptación; trastorno bipolar”⁽⁸⁾.

“El trastorno mixto ansioso depresivo están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no deberá usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación, solo puede hacerse un diagnóstico debe darse prioridad al de depresión. No debe utilizarse esta categoría si solo aparecen preocupaciones respecto a síntomas vegetativos. Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionadas con cambios biográficos específicos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe de utilizarse la categoría trastornos de adaptación con ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad.

El cuadro clínico se caracteriza esencialmente de un estado de tristeza y ansiedad persistente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes. Este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluye un mínimo de cuatro de las siguientes: Dificultades de concentración o de memoria, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro inminente para él o allegados, desesperanza y pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Estos síntomas provocan deterioro importante de la actividad social, laboral y familiar del individuo.

El diagnóstico diferencial del trastorno mixto ansioso-depresivo no debe considerarse cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad sistémica o si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno por angustia o trastorno de ansiedad generalizada.

⁸<http://www.slideshare.net/jamesisaac0000/trab-salud-mental-adulto-problemas-de-la-edad-adulta2010>

Tampoco debe establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, aunque estos se encuentren en remisión parcial. También es preciso que el cuadro sintomático no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. La mayor parte de información inicial sobre esta entidad se ha recabado en los centros de asistencia primaria, donde el trastorno parece ser más frecuente, probablemente también tenga una mayor prevalencia entre pacientes ambulatorios.

Dentro de las principales complicaciones se encuentran depresiones más graves con o sin intentos suicidas, así como mayor intensidad de los síntomas de ansiedad debido a la cronicidad de los síntomas.

El tratamiento se realiza a través de farmacoterapia y psicoterapia. Cuando el diagnóstico está incluido dentro de los trastornos adaptativos generalmente el tratamiento se realiza a través de psicoterapia con el fin de disminuir los síntomas, promoviendo la cura a través de las palabras. Cuando el diagnóstico es un trastorno mixto ansioso depresivo, generalmente si se requiere de un tratamiento farmacológico, donde se trata de manejar los medicamentos antidepresivos (tríclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina).

Las dosis se encuentran para los primeros en un rango de 75 a 150 mg por día, mientras que para los segundos es suficiente una dosis de 20 mg por la mañana, ambos durante un periodo de seis meses por lo menos.

Entre las guías diagnósticas, la combinación de psicoterapia con psicofármacos ofrece los mejores resultados. Para ello debemos cuidar la relación con el paciente porque de tal relación resultara el tipo de vínculo con un apego y sus resultados”⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

⁹Perfiles Depresivos 1996. Guía Diagnóstica y Terapéutica para Episodios y Trastornos Depresivos. México.

¹⁰Guze, S (1997) Cap. 8 Depresión, Manía and Related Disorders, in Adult Psychiatry, ED. Mosby. Washington University, USA.

“La Demencia es un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas:

Etapa temprana: A menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen: Tendencia al olvido; pérdida de la noción del tiempo; desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia: A medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas: Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas; se encuentran desubicadas en su propio hogar; tienen cada vez más dificultades para comunicarse; empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal; sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen: Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio; dificultades para reconocer a familiares y amigos; una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal; dificultades para caminar; alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia fronto-temporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

Epidemiológicamente la demencia afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas, de las cuales un poco más de la mitad (58%) viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos.

Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento.

Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. Buena parte de ese incremento puede achacarse al hecho de que en los países de ingresos bajos y medios el número de personas con demencia tenderá a aumentar cada vez más.

No hay ningún tratamiento que pueda curar la demencia o revertir su evolución progresiva. Existen numerosos tratamientos nuevos que se están investigando y se encuentran en diversas etapas de los ensayos clínicos.

Sí existen, en cambio, numerosas intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con demencia y sus cuidadores y familias. Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son:

Diagnosticarla precoz; optimizar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar; identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes; detectar y tratar los síntomas psicológicos y conductuales; proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.

Hay pocas investigaciones que tengan por finalidad identificar los factores de riesgo modificables de la demencia. La prevención se centra en los objetivos sugeridos por los estudios científicos disponibles, por ejemplo la lucha contra los factores de riesgo relacionados con las enfermedades vasculares, como la diabetes, la hipertensión y la obesidad en la mediana edad, el tabaquismo y la inactividad física.

La demencia tiene importantes repercusiones sociales y económicas en lo que respecta a los costos médicos directos, los costos sociales directos y costos referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional. En 2010 el costo social total de la demencia a nivel mundial se estimó en US\$ 604 000 millones. Esta cuantía equivale al 1% del producto interior bruto (PIB) mundial, o al 0,6% si solo se tienen en cuenta los costos directos. El costo total expresado como proporción del PIB varía entre el 0,24% correspondiente a los países de ingresos bajos y el 1,24% correspondiente a los países de ingresos altos.

La demencia tiene un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes.

Con frecuencia a las personas que padecen demencia se les deniegan libertades y derechos básicos de los que las demás personas disfrutan sin problema. En muchos países, el uso de medios de inmovilización tanto físicos como químicos está a la orden del día en los centros de atención para personas mayores o en los servicios de cuidados intensivos, aunque haya en vigor normativas que defienden el derecho de las personas a ver preservada su libertad y tomar sus propias decisiones.

Hace falta un marco legislativo apropiado y favorable basado en normas de derechos humanos internacionalmente aceptadas para garantizar la máxima calidad en la prestación de servicios a las personas con demencia y sus cuidadores.

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. El informe de la OMS titulado *Dementia: a public health priority* (demencia: una prioridad de salud pública) publicado en 2012, tiene por objeto proporcionar información y fomentar una mayor concienciación sobre la demencia. Entre sus metas más concretas está la de velar por que se intensifiquen los esfuerzos públicos y privados en pro de la mejora de la atención y el apoyo prestados a las personas con demencia y sus cuidadores.

La demencia es una de las afecciones prioritarias del Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental (mh GAP), cuyo objetivo es mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias⁽¹⁾.

“La Esquizofrenia es un trastorno mental complejo que dificulta: Establecer la diferencia entre lo que es real e irreal; pensar de manera clara; tener respuestas emocionales normales; actuar normalmente en situaciones sociales.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja. Los expertos en salud mental no están seguros de cuál es su causa. Sin embargo, los genes pueden jugar un papel; ciertos eventos ambientales pueden desencadenar la esquizofrenia en personas que están en riesgo de padecerla debido a sus genes. Usted es más propenso a presentar esquizofrenia si tiene un familiar con esta enfermedad.

La esquizofrenia afecta por igual a hombres y mujeres. Generalmente comienza en los años de adolescencia o a principios de la adultez, pero puede empezar más tarde en la vida. Tiende a empezar más tarde en las mujeres y es más leve.

La esquizofrenia de aparición en la niñez comienza después de la edad de 5 años. La esquizofrenia en la niñez es poco común y puede ser difícil diferenciarla de otros trastornos del desarrollo en la infancia, como el autismo.

Los síntomas de esquizofrenia generalmente se van presentando lentamente a lo largo de meses o años. Es posible que por momentos usted presente muchos síntomas y en otros sólo unos pocos.

¹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Las personas con cualquier tipo de esquizofrenia pueden tener dificultad para conservar amigos y trabajar. También pueden tener problemas con la ansiedad, la depresión y los pensamientos o comportamientos suicidas.

Inicialmente, usted puede tener los siguientes síntomas: Sentirse irritable o tenso; dificultad para concentrarse; dificultad para dormir

A medida que la enfermedad continúa, se presentan problemas con el pensamiento, las emociones y el comportamiento, como: Comportamientos extraños; escuchar o ver cosas que no existen (alucinaciones); aislamiento; falta de emoción (afecto plano); problemas para prestar atención; creencias fuertemente sostenidas que no son reales (delirios); los pensamientos "saltan" entre diferentes temas (asociaciones sueltas).

Los síntomas dependen del tipo de esquizofrenia que usted tenga.

Los síntomas de esquizofrenia paranoide pueden ser: Ansiedad; enfadarse o discutir; creencias falsas de que otros están tratando de hacerles daño a ellos o a sus seres queridos.

Los síntomas de la esquizofrenia desorganizada pueden abarcar: Comportamiento infantil. Problemas para pensar y explicar ideas claramente; mostrar poca emoción.

Los síntomas de la esquizofrenia catatónica pueden abarcar: Muecas o tener otras expresiones faciales extrañas; falta de actividad; músculos y postura rígidos; escasa respuesta ante otras personas.

La esquizofrenia indiferenciada puede incluir síntomas de más de otro tipo de esquizofrenia.

Pruebas y exámenes: No existen exámenes para diagnosticar la esquizofrenia. Un psiquiatra debe examinarlo para hacer un diagnóstico, que se realiza con base en una entrevista que le hacen a uno y a los miembros de la familia.

El médico hará preguntas acerca de: Cuánto tiempo han durado los síntomas; cómo ha cambiado la capacidad para desempeñarse; antecedentes del desarrollo; antecedentes genéticos y familiares; qué tan bien han funcionado los medicamentos.

Las gammagrafías del cerebro (como TC o RM) y los exámenes de sangre pueden ayudar a descartar otros trastornos que tienen síntomas similares.

Tratamiento: Durante un episodio de esquizofrenia, usted puede necesitar hospitalización por razones de seguridad.

Los medicamentos antipsicóticos son el tratamiento más efectivo para la esquizofrenia. Éstos cambian el equilibrio de químicos en el cerebro y pueden ayudar a controlar los síntomas.

Estos medicamentos generalmente son útiles, pero pueden causar efectos secundarios. Muchos efectos secundarios se pueden manejar y no deben impedir que las personas busquen tratamiento para este serio trastorno. Los efectos secundarios comunes de los antipsicóticos pueden abarcar: Vértigo; sensaciones de inquietud o "nerviosismo"; somnolencia (sedación); movimientos lentos; temblor; aumento de peso

El uso prolongado de antipsicóticos puede incrementar el riesgo de un trastorno de movimiento llamado discinesia tardía. Esta enfermedad provoca movimientos repetitivos que uno no puede controlar, sobre todo alrededor de la boca. Consulte con su médico enseguida si cree que puede tener esta afección. Cuando la esquizofrenia no mejora con varios antipsicóticos, el medicamento clozapina puede servir. Es el medicamento más eficaz para reducir los síntomas de esquizofrenia, pero también tiende a causar más efectos secundarios que otros antipsicóticos.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y la mayoría de las personas que la padecen necesitan seguir con medicación antipsicótica de por vida.

La psicoterapia de apoyo puede ser útil para muchas personas con esquizofrenia. Las técnicas conductistas, tales como el entrenamiento de habilidades sociales, se pueden utilizar para mejorar el desempeño social y laboral. El entrenamiento en el trabajo y las clases de fortalecimiento de las relaciones son importantes.

Se debe educar acerca de la enfermedad y ofrecer apoyo a los miembros de la familia de una persona con esquizofrenia. Los programas que ofrecen un mayor alcance y servicios de apoyo comunitario pueden ayudar a personas que no tienen familia ni apoyo social.

A menudo, se invita a los miembros de la familia y cuidadores a ayudarles a las personas con esquizofrenia a cumplir con su tratamiento.

Es importante que la persona con esquizofrenia aprenda a: Tomar los medicamentos correctamente y manejar los efectos secundarios; estar atento a signos tempranos de una recaída y qué hacer si los síntomas reaparecen; hacerle frente a los síntomas que se presentan incluso mientras esté tomando medicamentos (un terapeuta puede ayudar); manejar el dinero; usar el transporte público.

El pronóstico de la esquizofrenia es difícil de predecir. La mayoría de las veces, los síntomas mejoran con medicamentos. Sin embargo, algunas personas pueden tener dificultad para desempeñarse y están en riesgo de episodios repetitivos, especialmente durante las etapas iniciales de la enfermedad.

Posibles complicaciones: Tener esquizofrenia incrementa su riesgo de: Desarrollar un problema con el alcohol o las drogas, lo cual se denomina problema de abuso de sustancias. El consumo de alcohol u otras drogas aumenta el riesgo de reaparición de los síntomas.

Enfermedad física: Las personas con esquizofrenia pueden resultar físicamente enfermos, debido a un estilo de vida inactivo y efectos secundarios de los medicamentos. Una enfermedad física puede que no se detecte debido al poco acceso a la atención médica y a las dificultades para comunicarse con los médicos.

Suicidio.

Prevención: No existe ninguna forma conocida de prevenir la esquizofrenia.

Los síntomas se pueden prevenir tomando los medicamentos exactamente como el médico le indicó y reaparecerán si usted deja de tomarlos¹²⁾⁽¹³⁾.

¹²Freudenreich O, Weiss AP, Goff DC. Psychosis and schizophrenia. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2008:chap 28.

¹³Lyness JM. Psychiatric disorders in medical practice. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 404.

“La concentración Sérica de Calcio se mantiene relativamente constante (con variaciones diurnas no mayores al 5%) y usualmente se informa en mg/dl. Sin embargo, se puede informar en mmol/L o mEq/L. Para evitar confusiones es conveniente recordar que: $\text{Mmol/L} = (\text{mg/dl} \times 10) \div \text{peso molecular}$ y $\text{mEq/L} = \text{mmol/L} \times \text{valencia}$ ”⁽¹⁴⁾.

Como el peso molecular (PM) del calcio es 40 y la valencia es +2, se considera que 1mg/dl de calcio es igual a 0.25 mmol/L y 0.5 mEq/L.

La concentración plasmática de calcio total normal, definida en las distintas denominaciones (con ciertas variaciones según cada laboratorio) es de:

8.5 a 10.5 mg/dl = 2.2 a 2.6 mmol/L = 4.4 a 5.2 mEq/L

La fracción ionizada normal definida en las distintas denominaciones es de:

4.4 –5.1 mg/dl = 1.12 -1.23 mmol/L = 2.24 –2.46 mEq/L

Dada la importante unión del calcio con la albúmina, resulta ser ésta el principal factor que modifica la calcemia. La hipoalbuminemia es la principal causa de hipocalcemia, así como la deshidratación es causa de un aumento de la albúmina y pseudohipercalemia con fracción ionizada normal.

Por esta razón, se considera que por cada gr/dL que disminuye la albúmina por debajo de 4.5 gr/dL se debe agregar 0.8 mg % al valor del calcio. Esto se expresa en la siguiente ecuación:

$\text{Calcio corregido} = \text{calcemia medida} + 0.8 \times (4.5 - \text{albuminemia})$

Las globulinas alteran mínimamente la calcemia, con la excepción de la hiperglobulinemia marcada de ciertos raros tipos de mieloma múltiple cuyas globulinas monoclonales fijan intensamente el calcio, alterando el dosaje plasmático del mismo.

Estos pacientes tienen hipercalemia en el laboratorio pero no tienen síntomas (otro ejemplo de pseudohipercalemia), porque la fracción ionizada o libre, que es la fisiológicamente activa, no se modifica, con lo cual el tratamiento no es necesario.

Por otro lado, la fracción ionizada de calcio puede estar sujeta a grandes cambios sin verse afectada la calcemia total, dada una disminución de la afinidad de la albúmina por el calcio. Esto se observa con los cambios del pH (disminuye la unión a proteínas con el pH ácido) y la PTH.

¹⁴“Metabolismo electrolítico”. J. Montoliu. 1ra edición. Ed. Mosby

“Se define la verdadera Hipocalcemia con niveles de calcio iónico <4 mg% (1 mmol/L o 2 mEq/L). La hipoalbuminemia es la principal causa de disminución del calcio sérico total, debiendo corregirse con la fórmula de Ca corregido antes de tomar alguna conducta, ya que en estas circunstancias, disminuye el calcio total (0.8 mg/dl por cada 1 g/dl de descenso de albúmina por descenso del Ca unido) pero no se modifica el Ca^{++} iónico, libre que es el fisiológicamente activo”⁽¹⁵⁾.

También debe considerarse que en la alcalosis ocurre un descenso del calcio iónico con calcemia total normal debido a un aumento de su unión a la albúmina.

Fisiopatología: La hipocalcemia (disminución del Ca^{++} iónico por debajo del límite inferior normal) siempre surge como consecuencia de alguno de los 2 mecanismos fisiopatológicos siguientes:

Aumento de la pérdida de Ca^{++} iónico desde la circulación: Depósito en los tejidos, incluyendo el hueso; Pérdidas urinarias; Aumento de la unión del Calcio en el suero, con la consiguiente disminución del Ca^{++} iónico.

Disminución de la entrada de Ca^{++} a la circulación: Alteraciones en la absorción intestinal; Disminución de la resorción ósea.

Los determinantes mayores del calcio sérico son: concentración de fosfato (en agudo) y los niveles de PTH sérica y Vitamina D (crónico).

Clasificación Etiológica: Se pueden utilizar distintos criterios en la clasificación de las hipocalcemias. Parece práctico enfocarla en función de los procesos fisiopatológicos subyacentes involucrados en la génesis de la hipocalcemia, aunque en algunos cuadros nos encontraremos que son varios los mecanismos involucrados, pudiendo algunas causas ser clasificadas en 2 o más categorías. Por ejemplo, la pancreatitis produce hipocalcemia principalmente por precipitación de iones de Ca en la cavidad abdominal, pero la secreción de calcitonina estimulada por glucagon y la disminución de secreción de PTH también pueden jugar cierto papel etiopatogénico. De igual forma, en la insuficiencia renal, la hipocalcemia suele ser multifactorial: efecto quelante de la hiperfosfatemia, falta de activación de vitamina D.

¹⁵Zivin JR; Gooley T; Zager RA; Ryan MJ, Hypocalcemia: a pervasive metabolic abnormality in the critically ill. Am J Kidney Dis 2001 Apr;37(4):689-98.

Relacionadas con la PTH:

Insuficiencia paratiroidea): Congénita: hipoparatiroidismo congénito en sus distintas formas. Adquiridas: post-quirúrgica (hiperparatiroidismo, tiroidectomía, cirugía del cuello en general). Traumatismo. Infarto. Infiltración paratiroidea: amiloidosis, cáncer, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, Sarcoidosis. Autoinmune (síndrome poliglandular autoinmune tipo I, asociado a candidiasis mucocutánea e insuficiencia suprarrenal).

Supresión paratiroidea: Hipomagnesemia, y mucho más raramente hipermagnesemia severa. Grandes quemados. Sepsis. Pacientes críticamente enfermos. Pancreatitis (por disminución de la secreción de PTH en estos cuadros). Drogas (aminoglucósidos, cimetidina, cisplatino, β -bloqueantes).

Relacionadas con la vitamina D: Deficiencia nutricional y falta de exposición solar; activación alterada; insuficiencia renal e insuficiencia hepática.

Pérdida aumentada: Síndrome nefrótico; enfermedad inflamatoria intestinal; insuficiencia pancreática exócrina; Drogas (difenilhidantoína, alcohol).

Manifestaciones Clínicas: La severidad del cuadro depende no sólo del nivel sérico de calcio sino de la velocidad en la cual se produjo el descenso. Lo característico es el aumento de la excitabilidad de la unión neuromuscular, expresado por TETANIA, que comienza con parestesias circumorales para seguir con espasmos musculares que terminan en el característico espasmo carpopedal.

La tetania puede ser espontánea o ponerse de manifiesto en el examen físico con los signos de Trousseau (inflando un manguito de presión por encima del límite de presión arterial sistólica durante 3 min para producir el espasmo carpal) y Chvostek (estimulando ligeramente la zona del nervio facial anterior al pabellón auditivo para producir una contracción de los músculos faciales). Las manifestaciones de hipocalcemia incluyen trastornos:

Generales: Fatiga, debilidad.

Neurológicos: Tetania, movimientos extrapiramidales, espasmo muscular, parestesias, edema de papila, convulsiones.

Psiquiátricos: Irritabilidad, ansiedad, depresión, psicosis, demencia.

Respiratorios: Espasmo laríngeo, broncoespasmo, apnea.

Cardiovasculares: Hipotensión, insuficiencia cardíaca, arritmias, prolongación del segmento QT, fracaso de la digitalización.

Diagnóstico

“Anamnesis: Buscar datos de cirugía previa del cuello, antecedentes familiares, ingestión de medicamentos, alteraciones relacionadas con la vitamina D, antecedentes de convulsiones.

Ex. Físico: Tetania manifiesta, latente o signos de déficit crónico de vitamina D / PTH.

Laboratorio: Calcio iónico, fósforo, magnesio, urea, creatinina y PTH.

ECG¹⁶⁾.

“La Hipercalcemia casi siempre obedece a un aumento de la incorporación de calcio al LEC (por mayor reabsorción ósea o absorción intestinal) y disminución de la eliminación renal. Los síntomas suelen manifestarse con valores séricos > 11.5 mg%, aunque pueden haber casos de hipercalcemia asintomática con valores entre 11-13 mg%. La velocidad de instalación de la hipercalcemia también es un factor fundamental que influye en la presencia de los síntomas más o menos acentuados¹⁷⁾.

Fisiopatología: Se produce hipercalcemia verdadera cuando el ingreso de calcio a la circulación (absorción intestinal y resorción ósea) excede a su eliminación del torrente sanguíneo (excreción por parte del riñón y depósito en el hueso). Dentro de las distintas entidades etiológicas capaces de cursar con hipercalcemia, algunos de los mecanismos descritos estarán involucrados, pero en algunas de ellas hay 2 o más procesos responsables de la misma. Por ejemplo, la hipervitaminosis D aumenta la absorción intestinal de Ca y la resorción ósea, mientras que en el hiperparatiroidismo primario hay incremento de la resorción ósea, aumento de la reabsorción tubular de Ca (con disminución de la excreción renal) y aumento de la síntesis renal de calcitriol (1-25 dihidrovitamina D).

¹⁶Zaloga GP; Chernow B, The multifactorial basis for hypocalcemia during sepsis. Studies of the parathyroid hormone-vitamin D axis. Ann Intern Med 1987 Jul;107(1):36-41.

¹⁷Goldfarb S; Agus ZS, Mechanism of the polyuria of hypercalcemia. Am J Nephrol 1984;4(2):69-76.

Etiología: Las dos etiologías, por lejos, más comunes son las neoplasias (en pacientes hospitalizados) y el hiperparatiroidismo (en pacientes ambulatorios, generalmente asintomáticos).

Manifestaciones Clínicas: La magnitud de los síntomas se encuentra relacionada con el grado de hipercalcemia y con la velocidad de instauración de la misma. Así es que niveles de calcemia de 12 a 14 mg% (3 a 3,5 mmol/L) pueden ser bien tolerados en forma crónica, mientras que si su instalación es aguda pueden producir marcada alteración del sensorio.

Las principales manifestaciones son:

Sintomatología general: anorexia, náuseas, vómitos, confusión, letargo, poliuria constipación.

Manifestaciones renales: En casos agudos: IRA (insuficiencia renal aguda), hipostenuria, azoemia prerrenal; en casos crónicos: Nefrolitiasis, nefrocalcinosis, nefropatía intersticial y más raramente IRC (insuficiencia renal crónica). Diabetes insípida nefrogénica (la hipercalcemia antagoniza el efecto del ADH en el túbulo distal). Acidosis tubular renal tipo 1 (poco frecuente). Defectos en el transporte tubular: hipercalcemia, natriuresis, fosfaturia, pérdida de Mg ++ y K +.

Manifestaciones cardiovasculares: Cambios en el ECG: acortamiento del QT; Hipotensión; Potenciación del efecto digitálico; Arritmias ventriculares

Manifestaciones gastrointestinales: Constipación (la más frecuente); Anorexia; Úlcera péptica; Pancreatitis (poco frecuente).

Manifestaciones neuromusculares: Depresión, deterioro mental; Debilidad muscular proximal; Estupor, coma.

Se la puede diagnosticar mediante:

Anamnesis: Averiguar cuánto tiempo de evolución tienen los síntomas, si hay antecedentes de litiasis renal, ver signos clínicos de causas raras de hipercalcemia, signos de impregnación, dolores óseos o fracturas patológicas. Antecedentes familiares.

Ex. Físico: estado de hidratación, condición hemodinámica, estado de conciencia, presencia de dolor, calcificaciones de partes blandas.

Laboratorio: En forma rutinaria: Calcio total, calcio iónico, fósforo, albúmina, urea, creatinina, hemograma completo, ionograma, Ca y P en orina de 24 hs. Eventual dosaje de PTHi y Vitamina D.

La magnitud de la calcemia y los síntomas del paciente serán los que dirijan el accionar terapéutico, con mayor o menor urgencia por revertir la situación. Las conductas a seguir deberán fomentar la eliminación renal, reducir la absorción intestinal del calcio, disminuir la reabsorción ósea, corregir la hipovolemia y, en caso de ser posible, corregir la causa subyacente.

¹⁸Marienhagen K; Due J; Hanssen T; Svartberg J. Surviving extreme hypercalcaemia – a case report and review of the literature. *Journal of Internal Medicine* 2005, 258: 86–89.

“El método está basado en la unión específica de la cresolftaleína complexona (OCC), un indicador metalocrómico, y calcio a un pH alcalino con el consiguiente desplazamiento del espectro de absorción del complejo. La intensidad del cromóforo formado es proporcional a la concentración del calcio total de la muestra”⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾. (Ver Anexo N°3)

Composición de los Reactivos:

R1: Indicador OCC: o-Cresolftaleína complexona 0,16 mmol/L, HCl 60 mmol/L, 8-quinolinol 7 mmol/L.

R2: Tampón OCC: AMP 0,35 mol/L, pH 10,7.

CAL: Patrón de Calcio: Calcio 10 mg/dL (2,5 mmol/L).

Patrón primario de matriz orgánica. El valor de concentración es trazable al Material de Referencia Certificado 909b.

Almacenamiento y estabilidad: (Conservar a 2-25°C): Todos los componentes del kit son estables hasta la fecha de caducidad indicada en la etiqueta. Mantener los frascos cerrados, protegidos de la luz y evitar la contaminación durante su uso.

Descartar si se observan signos de deterioro: Presencia de partículas y turbidez. Absorbancia del Blanco (A) a 570 nm > 0,400 en cubeta de 1 cm.

Preparación de los reactivos:

Reactivo de trabajo: Mezclar 1 volumen de R1 + 1 volumen de R2. Estable 5 días a 2-8°C. Tapar los reactivos de inmediato tras su uso.

Muestras: Suero o plasma heparinizado y orina. No usar otros anticoagulantes (EDTA, oxalato y citrato). El calcio sérico o plasmático es estable 10 días a 2-8°C. Congelar para una conservación más prolongada. En muestras de orina acidificadas, el calcio es estable unos 10 días a 2-8°C.

¹⁹Connerty, H.V. y Biggs, A.R. Am. J. Clin. Path. 45 : 290 (1966).

²⁰Anderegg, G, Flashka, H., Sallmann, R. y Schwartzbach, G. Metallindikatoren VII. Fasciculus: 37 : 113 (1954).

Interferencias: “Lipemia (intralipid) puede afectar los resultados. Bilirrubina (40 mg/dL) no interfiere. Hemoglobina (> 1 g/L) puede afectar los resultados y otros medicamentos y sustancias pueden interferir”⁽²¹⁾.

Equipo adicional: Fotómetro o colorímetro para mediciones a 570 ± 10 nm. Pipetas de volumen variable con puntas de plástico desechables para reactivos y muestras. Tubos de plástico desechables para las pruebas.

Técnica:

Equilibrar reactivos y muestras a temperatura ambiente.

Pipetear en tubos rotulados: (Ver Anexo N°4)

Mezclar y reposar los tubos 2 minutos a temperatura ambiente.

Leer la absorbancia (A) de la muestra y el patrón a 570 nm frente al blanco de reactivo.

El color es estable como mínimo 1 hora.

Valores de referencia ⁽²²⁾: Suero, plasma (Ver Anexo N°5)

Control de calidad: El empleo de un calibrador para calcular los resultados permite obtener una exactitud independiente del sistema o instrumento empleado.

Para un control de calidad adecuado, se incluirán en cada serie controles valorados (normales y elevados) que se tratarán como muestras problema.

1980005 HUMAN MULTISERA NORMAL (Valorado. Nivel normal de calcio).

1985005 HUMAN MULTISERA ABNORMAL (Valorado. Nivel elevado de calcio).

Si los resultados obtenidos se encuentran fuera del rango de tolerancia, revisar el instrumento, los reactivos y la técnica usada. Cada laboratorio debe establecer su propio control de calidad y sus medidas correctoras cuando los controles no cumplan con las tolerancias exigidas.

²¹Young DS. Effects of drugs on clinical laboratory tests, 5th ed. AACC Press, 2000.

²²Tietz. N.W. Clinical Guide to Laboratory Tests, 3rd Edition. W.B. Saunders Co. Philadelphia, PA. (1995).

Significado Clínico: El calcio sanguíneo se presenta bajo tres formas: ionizado (13%), quelado (47%) y ligado a proteínas, principalmente albúmina (40%). Cuando se efectúa una determinación de calcio se determina la concentración total, independientemente de la cantidad de calcio presente en cada forma. Una disminución en la concentración de calcio total puede deberse a una hipoproteinemia, pero la concentración de calcio fisiológicamente activo (ionizado) en este caso puede ser normal. Una determinación de proteínas totales debería acompañar cada análisis de calcio para que el valor resultante pueda interpretarse adecuadamente.

Niveles de calcio séricos disminuidos acompañan usualmente los casos de hipoparatiroidismo, enfermedades óseas y renales, o con niveles bajos de proteínas.

Niveles elevados ocurren en el hiperparatiroidismo, intoxicación por vitamina-D, y sarcoidosis.

El nivel de calcio plasmático se ve grandemente afectado por el nivel plasmático de fosfato inorgánico. En una mayoría de casos existe una relación inversa entre el calcio y el fosfato inorgánico.

Condiciones asociadas con hipercalcemia, como el hiperparatiroidismo primario están por lo general asociadas con una hipofosfatemia, pudiéndose también hallar en otros casos la situación opuesta.

La excreción de calcio urinario corre paralela al nivel de calcio sérico. Cantidades grandes se eliminan por la orina en el hiperparatiroidismo, acidosis metabólica, insuficiencia tubular renal, mieloma múltiple y en enfermedades malignas de los huesos.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Prospectivo: Porque se registra información sobre los usuarios que acuden a el Área de Psiquiatría que presentan trastornos de conducta y/o alteración en el Calcio Sérico y está dirigido a la prevención e las mismas.

Descriptivo: Porque permite describir como se determina el Calcio Sérico en los trastornos de conducta.

Experimental: Porque permite observar y determinar si existe alteración de los niveles de calcio sérico en los pacientes con trastornos de conducta.

De Campo: Porque se acude y realiza la investigación en el lugar de hechos.

Población y Muestra

La población estuvo constituida por 72 Pacientes que acudieron al Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Área de Estudio

Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Métodos, Técnicas e Instrumentos

Método: Se utilizó el método Analítico-Sintético, ya que se analizó la determinación del calcio sérico en pacientes con trastornos de conducta.

Técnicas: Encuestas dirigidas a los usuarios que acudieron al área de psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Instrumentos: Formulario para la Encuesta, equipos de laboratorio cuadernos de notas, cámaras fotográficas.

Plan de Tabulación y Análisis

En este trabajo investigativo se utilizó la Tabulación de datos (suma en forma manual), elaboración de Tablas de Frecuencia con Porcentaje, Gráficos Estadísticos con la ayuda

del programa Microsoft Excel, Análisis e Interpretación con la ayuda del programa Microsoft Word.

Recursos

Humanos:

Investigadores (Ángel García Palacios y Elvis Macías López)

Pacientes Psiquiátricos

Personal de Salud

Tutor de Tesis

Técnicos:

Encuesta

Revisión bibliográfica

Estadística (Tablas y Gráficos)

Materiales:

Historias Clínicas

Libros de Biblioteca, internet

Material de Escritorio

Equipos de Laboratorio

Transporte

Institucionales:

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Universidad Técnica de Manabí

Económicos:

Transporte

Material de Oficina

Impresiones de la Tesis

Copias

Empastado de la Tesis

Tiempo: Cronograma de Actividades.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE. CALCIO SÉRICO

| CONCEPTUALIZACIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | TÉCNICA |
|--|--------------------------------|-------------------------|---|----------------------------------|
| <p>El calcio es uno de los constituyentes iónicos importantes en el organismo. Se combina con el fósforo para formar las sales que constituyen el componente principal de los huesos y los dientes.</p> <p>Tiene un rol esencial en la transmisión neuromuscular – neurocerebral del impulso nervioso.</p> | <p>Exámenes de Laboratorio</p> | <p>Prueba de Calcio</p> | <p>Hipocalcemia:< 8.5mg/dl</p> <p>Normal: 8.5–10.5mg/dl</p> <p>Hipercalcemia:>10.5mg/dl</p> | <p>Resultados de Laboratorio</p> |

VARIABLE DEPENDIENTE: PACIENTE CON TRASTORNO DE CONDUCTA

| CONCEPTUALIZACIÓN | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | TÉCNICA |
|---|---|--|---|-----------------|
| <p>El trastorno de la conducta es un trastorno del comportamiento, que muchas veces se diagnostica en la infancia, y que se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales apropiadas para la edad.</p> | <p>Características Socio – Epidemiológica</p> | <p>Genero</p> <p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Estado Civil</p> | <p>Masculino Femenino</p> <p>12 a 24 Años 25 a 37 Años 38 a 50 Años 51 a 63 Años 64 Años a más</p> <p>Urbana Rural</p> <p>Casado Unión Libre Soltero Divorciado Viudo</p> | <p>Encuesta</p> |

| | | | | |
|--|-----------------|---|--|--|
| | Estado de Salud | <p>Diagnóstico Psiquiátrico</p> <p>Tipo de Tratamiento</p> <p>Años de Diagnóstico</p> | <p>T. Ansioso/ Depresivo Demencia Alzheimer Retraso Mental Episodio Depresivo T. Ansiedad T. Bipolar Autismo Narcolepsia Distimia Esquizofrenia Epilepsia Bulimia Alcoholismo</p> <p>Farmacológico No Farmacológico</p> <p>< 1 Año 2 – 5 Años > 6 Años</p> | |
|--|-----------------|---|--|--|

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

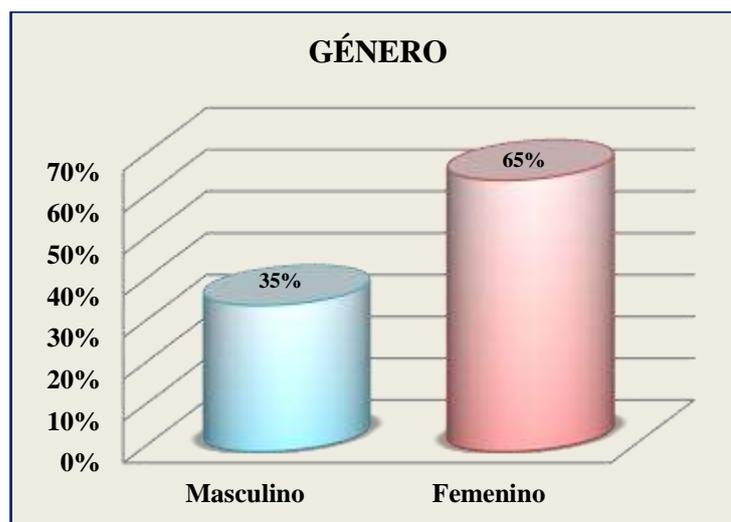
GÉNERO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| GÉNERO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Masculino | 25 | 35% |
| Femenino | 47 | 65% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a los Familiares del Paciente

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se observa que el grupo mayoritario fueron pacientes de sexo Femenino con un 65%, obteniendo mayor incidencia de trastornos de conducta las mujeres que los hombres; por lo tanto se los considera grupos de mayor riesgo; ya que de acuerdo al INEC 2010 existe mayor porcentaje (50.74%) de la población Femenina que Masculina.

TABLA N° 2

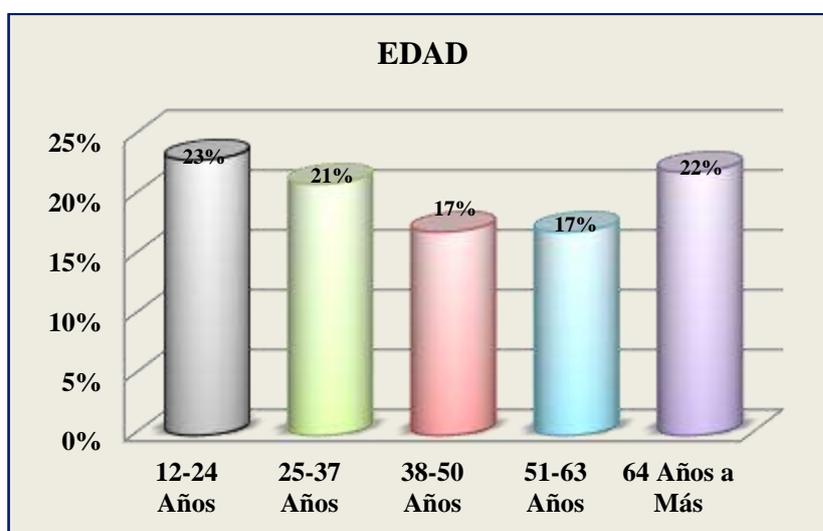
EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 12-24 Años | 17 | 23% |
| 25-37 Años | 15 | 21% |
| 38-50 Años | 12 | 17% |
| 51-63 Años | 12 | 17% |
| 64 Años a Más | 16 | 22% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a los Familiares del Paciente

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Los Pacientes de 12 a 24 Años de edad, se encuentran con un 23%; siendo esta la mayor población que presentan problemas Psiquiátricos.

El Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica realizado por la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, menciona que el riesgo para cualquier trastorno psiquiátrico está presente en aquellas personas de < 24 años y > 54 años de edad.

TABLA N° 3

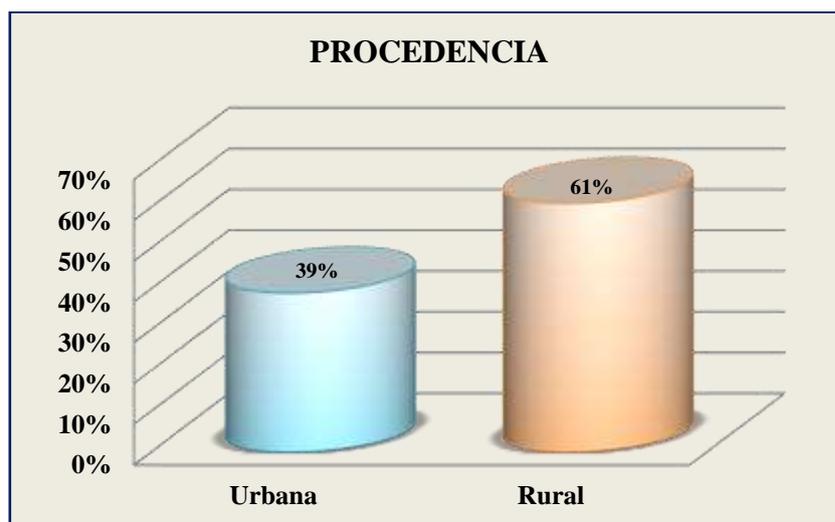
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| Urbana | 28 | 39% |
| Rural | 44 | 61% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a los Familiares del Paciente

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Los pacientes en estudio son en su mayoría de procedencia Rural encontrándose con un 61%; ya que una de las causas podría ser que en la zona urbana cuentan con el nivel económico requerido para acudir a una cita médica privada, en comparación con la zona rural que la mayoría carece de un seguro y poco dinero para solventar una consulta, de tal motivo acuden al hospital público de dicha localidad.

TABLA N° 4

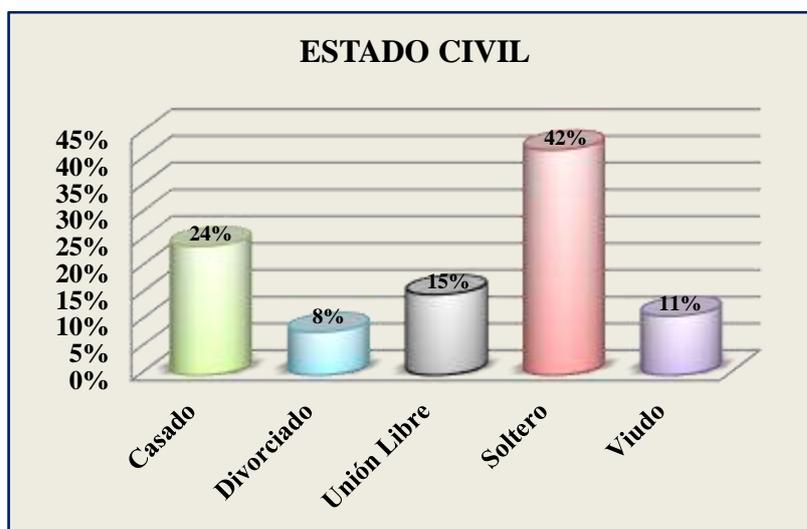
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Casado | 17 | 24% |
| Divorciado | 6 | 8% |
| Unión Libre | 11 | 15% |
| Soltero | 30 | 42% |
| Viudo | 8 | 11% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas a los Familiares del Paciente

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: El Estado Civil de mayor porcentaje es Soltero con un 42%; ya que en el estudio oscilan pacientes con edades de 12 – 24 años y de 25 – 37 años de edad

TABLA N° 5

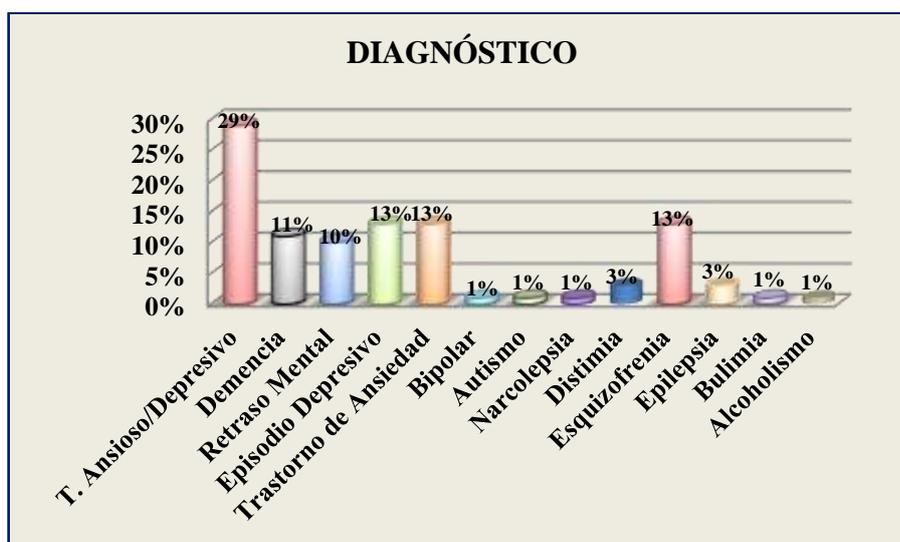
DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| DIAGNÓSTICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| T. Ansioso/Depresivo | 21 | 29% |
| Demencia | 8 | 11% |
| Retraso Mental | 7 | 10% |
| Episodio Depresivo | 9 | 13% |
| Trastorno de Ansiedad | 9 | 13% |
| Bipolar | 1 | 1% |
| Autismo | 1 | 1% |
| Narcolepsia | 1 | 1% |
| Distimia | 2 | 3% |
| Esquizofrenia | 9 | 13% |
| Epilepsia | 2 | 3% |
| Bulimia | 1 | 1% |
| Alcoholismo | 1 | 1% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas al Especialista

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Los pacientes que accedieron al Área de Psiquiatría mayoritariamente fueron con Diagnóstico de Trastorno Ansioso/Depresivo con un 29%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cita en su revista médica de octubre del 2012, que la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. La depresión afecta más a la mujer que al hombre. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

TABLA N° 6

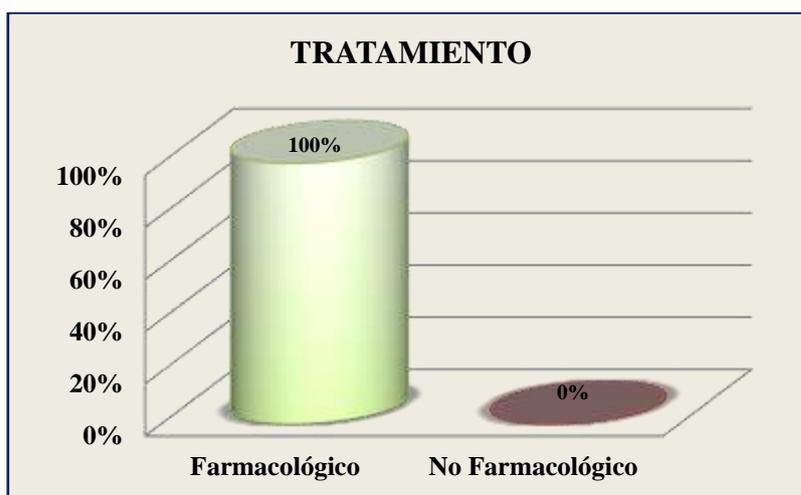
**TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013**

| TRATAMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| Farmacológico | 72 | 100% |
| No Farmacológico | 0 | 0% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas al Especialista

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Se observa que los pacientes que acudieron a la consulta con el Especialistas el 100% de la población reciben Tratamiento Farmacológico independientemente del Diagnóstico.

TABLA N° 7

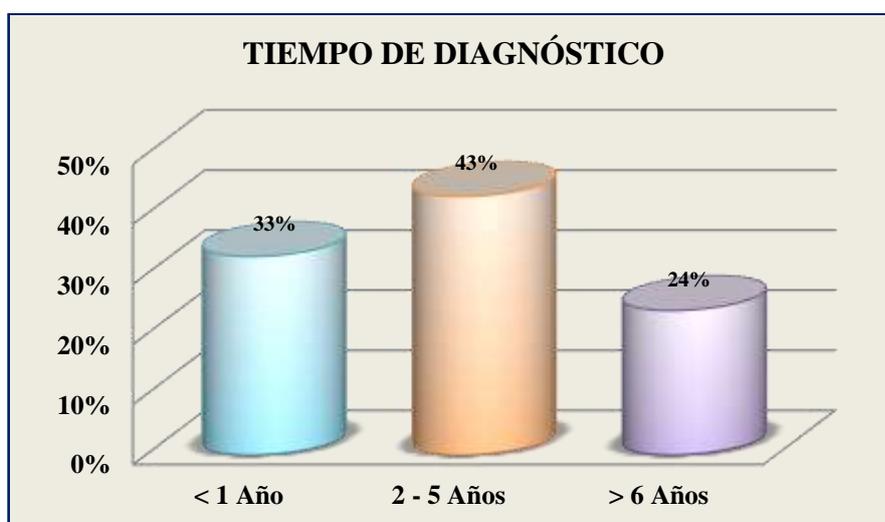
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO QUE TIENEN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| TIEMPO DE DIAGNÓSTICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| < 1 Año | 24 | 33% |
| 2 - 5 Años | 31 | 43% |
| > 6 Años | 17 | 24% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Encuestas realizadas al Especialista

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Los pacientes en su mayoría tienen de 2 a 5 Años con la patología con un 43%; ya que acuden a la consulta con el especialista desde este intervalo de tiempo para cumplir con su tratamiento.

TABLA N° 8

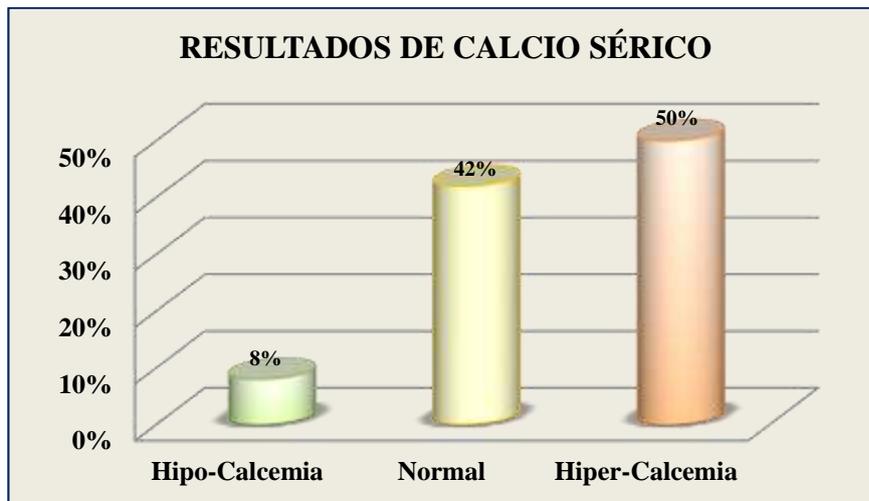
CALCIO SÉRICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| RESULTADOS DE CALCIO SÉRICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Hipo-Calcemia | 6 | 8% |
| Normal | 30 | 42% |
| Hiper-Calcemia | 36 | 50% |
| TOTAL | 72 | 100% |

Fuente: Laboratorio Clínico del HPVCB

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Encontramos que 6 pacientes del estudio corresponden al 8% de la realización de la prueba con Hipocalcemia y 36 pacientes que corresponden al 50% tuvo Hipercalcemia en el estudio global de 72 pacientes.

TABLA N° 9

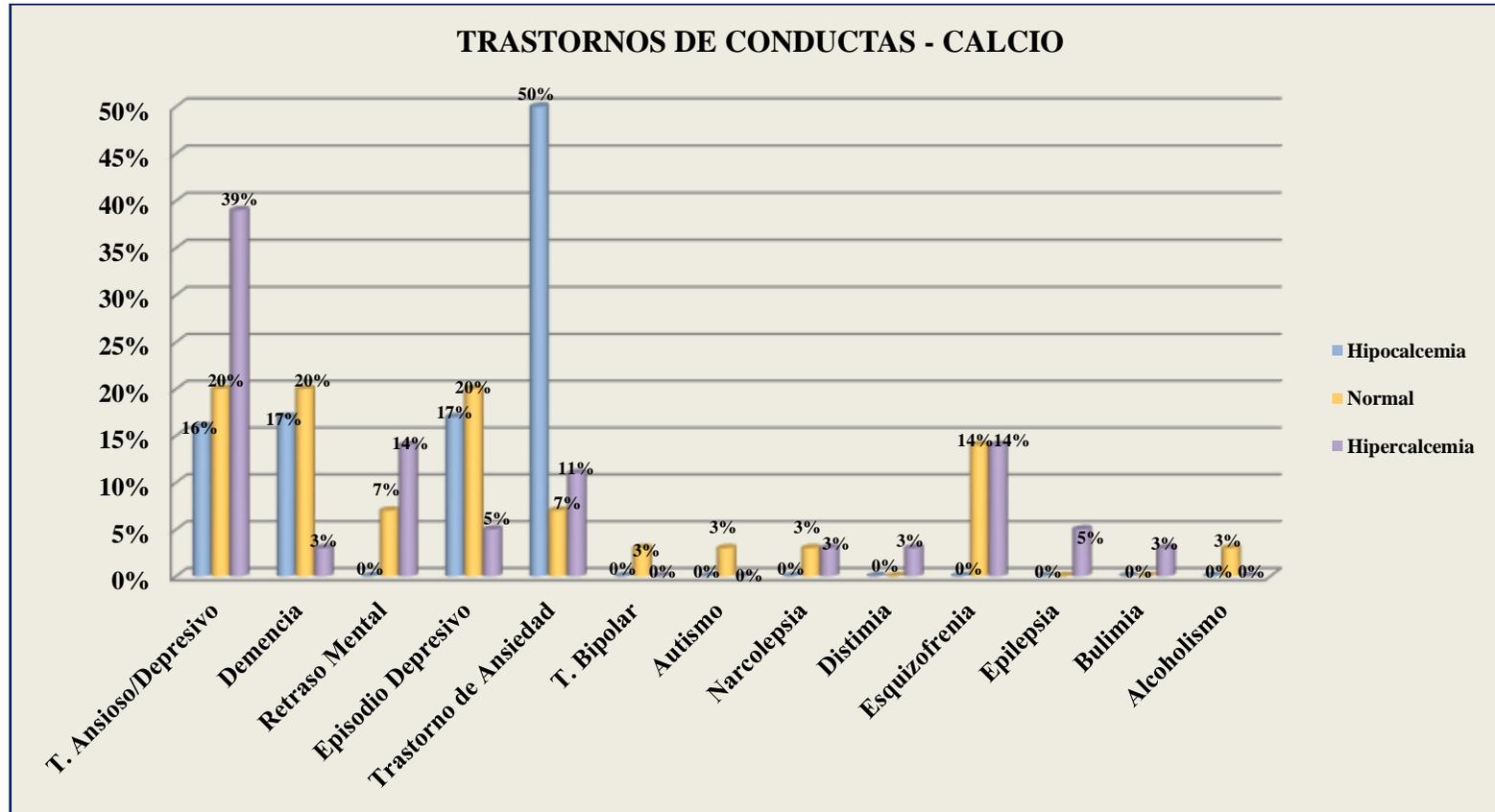
CALCIO SÉRICO EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL 2012 – OCTUBRE 2013

| DIAGNÓSTICO | CALCIO | | | | | | |
|-----------------------|---------------|-------------|-----------|-------------|----------------|-------------|-----------|
| | HIPO CALCEMIA | % | NORMAL | % | HIPER CALCEMIA | % | TOTAL |
| T. Ansioso/Depresivo | 1 | 16% | 6 | 20% | 14 | 39% | 21 |
| Demencia | 1 | 17% | 6 | 20% | 1 | 3% | 8 |
| Retraso Mental | 0 | 0% | 2 | 7% | 5 | 14% | 7 |
| Episodio Depresivo | 1 | 17% | 6 | 20% | 2 | 5% | 9 |
| Trastorno de Ansiedad | 3 | 50% | 2 | 7% | 4 | 11% | 9 |
| T. Bipolar | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 1 |
| Autismo | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 1 |
| Narcolepsia | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 | 3% | 2 |
| Distimia | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 |
| Esquizofrenia | 0 | 0% | 4 | 14% | 5 | 14% | 9 |
| Epilepsia | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 5% | 2 |
| Bulimia | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 3% | 1 |
| Alcoholismo | 0 | 0% | 1 | 3% | 0 | 0% | 1 |
| TOTAL | 6 | 100% | 30 | 100% | 36 | 100% | 72 |

Fuente: Laboratorio Clínico del HPVCB

Elaborado por: Investigadores: Ángel García Palacios y Elvis Macías López

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Podemos observar que el Calcio Sérico disminuye en los Trastornos de Ansiedad con un 50%; y aumenta en los Trastornos Ansioso/Depresivo con un 39%; encontrándose normal en los Episodio Depresivos con un 20%. Lo cual nuestro estudio revela que se ha encontrado alteraciones del Calcio en los trastornos mencionados con un total de 42 pacientes.

CONCLUSIONES

Se puede concluir el estudio manifestando que se cumplieron los objetivos propuestos.

Entre las características socio-epidemiológica se establece que el género predominante de los pacientes con trastorno de conducta es el Femenino, en cuanto a la edad el mayor grupo etario es de 12 a 24 años de edad.

Los Diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno Ansioso/ Depresivo con un 29%, Trastorno Depresivo 13%, Esquizofrenia 13%, Trastorno de Ansiedad 11% y Demencia 10% siendo los más relevantes de los tipos de Trastornos de Conducta.

Mediante los Exámenes de Laboratorio realizados por Espectrofotometría se determina que existe una incidencia de Hipercalcemia en el Trastorno Mixto Ansioso/Depresivo con un 39%; Hipocalcemia en el Trastorno de Ansiedad con un 49%, haciendo de estos ítems los más relevantes del estudio

De acuerdo a los diagnósticos y resultados encontrados nos permitió brindar educación sobre los trastornos de conductas y cuidados generales que se deben tener con dichos pacientes.

RECOMENDACIONES

Recomendamos al Especialista, se les brinden a los pacientes de 12 – 24 años de edad, sobre todo al género femenino alternativas para que enfoquen con seriedad el problema existente para evitar complicaciones.

Se recomienda vigilar y atender no solo al paciente, sino a la familia, porque en el entorno y contorno debe contribuir al restablecimiento y tratamiento del paciente.

Los pacientes con Trastorno Mixto Ansioso/Depresivo que presentan hipercalcemia, los de trastorno de ansiedad con hipocalcemia se sugiere que los médicos tratantes y especialistas se dediquen y focalicen estos trastornos para que no se agraven y se los derive a un centro de amplia especialización.

Se debe continuar con charlas educativas a estos pacientes y familiares; la creación de un departamento que observe de manera puntual a estos pacientes.

PROPUESTA

TÍTULO

Programa Educativo dirigido a los familiares de pacientes con Trastornos de Conductas atendidos en el Área de Psiquiatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda; Abril – Octubre 2013.

ANTECEDENTES

Los pacientes con trastornos de conducta van a requerir casi con toda seguridad una intervención clínica. Además, los trastornos de conducta se asocian con gran frecuencia a problemas educativos y sociales subsiguientes.

Los síntomas del trastorno son, además, conductas sociales que afloran en el contexto familiar, de relación con padres, en el contexto educativo y en otras relaciones sociales más amplias.

El origen, mantenimiento y desaparición de los síntomas no puede entenderse independientemente de estos contextos. Procesos biológicos, psicológicos y sociales están implicados en la etiología y el tratamiento de los trastornos de conducta mediante efectos aditivos e interactivos.

MARCO TEÓRICO

Los síntomas psiquiátricos crean tensión y falta de entendimiento en el entorno familiar. Es fundamental no culpar al paciente de su enfermedad a pesar de la dificultad que supone convivir con una persona que padece un problema psiquiátrico. Para sobrellevar la enfermedad en la familia es esencial la información y educación; sobre el problema. De este modo se evitan muchos malentendidos y reproches y se corrigen actitudes familiares que pueden complicar la evolución. Lo ideal es que cada miembro de la familia participe y ofrezca apoyo bajo la dirección del profesional que atiende el caso y con el consentimiento del paciente. Para ello es aconsejable que la familia participe en algunas sesiones con el terapeuta y reciba información acerca del tratamiento y de cómo pueden contribuir a los buenos resultados del mismo. Por el contrario, algunas psicoterapias individuales (sobre todo las de tipo psicoanalítico) requieren que familiares y allegados se mantengan al margen del proceso.

Consejos Generales:

Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.

Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.

Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.

Animar al paciente a identificar sus virtudes.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Recompensar o alabar el progreso del paciente en el avance de sus actividades.

Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente.

Instruir al paciente en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva,) si procede.

Ayudar al paciente, según sea el nivel de función cognitiva, a identificar y asumir la responsabilidad de las consecuencias de su conducta.

Observar si se producen efectos secundarios derivados de la utilización de fármacos en el paciente y los resultados esperados.

Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias.

Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente.

Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.

Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

Niveles Cualitativos de Impacto: Elevar el Autoestima de los familiares para crear un ambiente adecuado y se conviertan en entes positivos que beneficien a la comunidad

donde viven con una gimnasia de preparación para la atención para los enfermos de pacientes con problemas de trastornos de conducta.

Análisis: Se obtuvo participación activa de los familiares de los pacientes agrado cada actividad propuesta, se consolido la relación de pacientes con sus familiares; se lograron frases como: “mi hijo no es loco, está enfermo” – “voy a cuidarlo” – “él o ella necesita de mi es un ser humano”.

En cuanto a los pacientes aceptan su realidad y los familiares se comprometen a cambiar y por ende cuidar de ellos; asumiendo responsabilidades para vencer las dificultades. En la vida aún las cosas sencillas se tornan complejas si es que así queremos que sea.

Limitaciones: Se manejaron con prudencia, ya que del grupo de familiares y pacientes se había previsto la presencia de hasta 100 participación y asistieron 120 y la falta de material fue corregido de inmediato.

OBJETIVOS

General

Educar a los familiares de pacientes con Trastornos de Conductas sobre los cuidados generales y específicos en los diferentes tipos de trastornos.

Específicos

Ejecutar charlas educativas y dinámicas con los familiares de pacientes con trastornos de conducta.

Crear ambiente adecuado para minimizar el índice de trastornos de conducta.

Lograr que estén en capacidad de acceder de mejor forma el aprendizaje del tratamiento del paciente.

Impartir material educativo para un mejor aprendizaje y aplicación de los familiares.

META

Incrementar el conocimiento de los familiares sobre los cuidados generales y específicos de los pacientes con trastorno de conducta.

ESTRATEGIAS

Brindar charlas educativas al grupo de familiares de los pacientes.

Delegación de acciones y aplicaciones del método propuesto.

Empoderamiento de la problemática.

Motivación de fortaleza para minimizar el índice de trastornos de conducta.

ACTIVIDADES

Información de trabajo a los familiares de los pacientes con trastornos de conductas

Desarrollo del programa educativo sobre los cuidados de pacientes con trastornos de conducta.

Trabajo interactivo entre expositores y participantes.

Realización de Dinámica.

RECURSOS

Recursos Humanos

Expositores: Ángel Antonio García Palacios y Elvis Enrique Macías López

Usuarios, familiares y comunidad.

Recursos Materiales

Material de Escritorio

Computadora e Internet

Material Educativo (Ver Anexo N°6)

PRESUPUESTO

| MATERIALES | VALOR |
|--|-----------------|
| Material de Escritorio | \$ 150.00 |
| Material de Laboratorio | \$ 155.00 |
| Disco CD | \$ 10.00 |
| Internet | \$ 30.00 |
| Impresiones | \$ 60.00 |
| Utilización Computadora, Internet | \$ 25.00 |
| Movilización | \$ 150.00 |
| Imprevistos: 10% del costo del Proyecto | \$ 42.5 |
| TOTAL | \$ 622.5 |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | AÑO 2013 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|---------|---|---|---|-----------|---|---|---|
| | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Selección del Tema y Realización del Proyecto | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega del Proyecto | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Corrección y Aprobación del Proyecto. | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Justificación, Problemática y Delimitación y Objetivos del Tema. | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Variables | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marco Teórico | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | |
| Aplicación de la Encuesta | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tabulación de los Resultados y Elaboración de los Cuadros y Gráficos Estadísticos | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Elaboración del Programa Educativo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | | |
| Asesoría de Tesis | | X | X | | | X | X | X | | | X | X | | | X | X | | X | X | X | | | X | X | | X | X | | X | X | | |
| Elaboración y Presentación del Informe Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | | | |
| Aprobación y Sustentación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |

BIBLIOGRAFÍA

- ¹Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. 2005
- ²Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006.
- ³<http://www.emagister.com/curso...guía...6.../trastorno-conducta-prevalencia>.
- ⁴Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005.
- ⁵Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría (2ª ed.). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1995.
- ⁶Diagnóstico Situacional del HPVCB 2010.
- ⁷http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Trastorno_Conducta_2013.pdf
- ⁸<http://www.slideshare.net/jamesisaac0000/trab-salud-mental-adulto-problemas-de-la-edad-adulta2010>
- ⁹Perfiles Depresivos 1996. Guía Diagnostica y Terapéutica para Episodios y Trastornos Depresivos. México.
- ¹⁰Guze,s (1997) Cap. 8 Depression. Mania and Relatd Disorders, in Adult Psychiatry, ED. Mosby. Washington University, USA.
- ¹¹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- ¹²Freudenreich O, Weiss AP, Goff DC. Psychosis and schizoprenia. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008: chap 28.
- ¹³Lyness JM. Psychiatric disorders in medical practice. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 404.

¹⁴“Metabolismo electrolítico”. J. Montoliu. 1ra edición. Ed. Mosby

¹⁵Zivin JR; Gooley T; Zager RA; Ryan MJ, Hypocalcemia: a pervasive metabolic abnormality in the critically ill. Am J Kidney Dis 2001 Apr;37(4):689-98.

¹⁶Zaloga GP; Chernow B, The multifactorial basis for hypocalcemia during sepsis. Studies of the parathyroid hormone-vitamin D axis. Ann Intern Med 1987 Jul;107(1):36-41.

¹⁷Goldfarb S; Agus ZS, Mechanism of the polyuria of hypercalcemia. Am J Nephrol 1984;4(2):69-76.

¹⁸Marienhagen K; Due J; Hanssen T; Svartberg J. Surviving extreme hypercalcaemia – a case report and review of the literature. Journal of Internal Medicine 2005, 258: 86–89.

¹⁹Connerty, H.V. y Biggs, A.R. Am. J. Clin. Path. 45 : 290 (1966).

²⁰Anderegg, G, Flashka, H., Sallmann, R. y Schwartzenbach, G. Metallindikatoren VII. Fasciculus: 37 : 113 (1954).

²¹Young DS. Effects of drugs on clinical laboratory tests, 5th ed. AACC Press, 2000.

²²Tietz. N.W. Clinical Guide to Laboratory Tests, 3rd Edition. W.B. Saunders Co. Philadelphia, PA. (1995).

²³Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra Et al. Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (dsm-iii-r/cidi) (ecpp). rev. méd. Chile, mayo 2002, vol.130, no.5, p.527-536.

²⁴OMS; revista médica; Nota descriptiva N°369, Octubre del 2012. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>

ANEXOS

ANEXO # 1

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA QUE ACUDEN AL ÁREA DE PSIQUIATRÍA PARA IDENTIFICAR EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN ACERCA DE ESTAS ENFERMEDADES EN EL HPVCB; ABRIL-OCTUBRE 2013

INDICACIÓN: Lea y analice cuidadosamente las siguientes preguntas, marque con una X en la respuesta que usted crea conveniente.

1. Género al que pertenece:

Masculino

Femenino

2. Edad

3. Procedencia Actual:

Urbana

Rural

4. Estado Civil:

Casado(a)

Unión Libre

Soltero(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

ANEXO # 2

ENCUESTA DIRIGIDA AL ESPECIALISTA DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HPVCB; ABRIL-OCTUBRE 2013

INDICACIÓN: Lea y analice cuidadosamente las siguientes preguntas, marque con una X en la respuesta que usted crea conveniente.

1. Diagnóstico Psiquiátrico

2. Tipo de Tratamiento que recibe:

Farmacológico

No Farmacológico

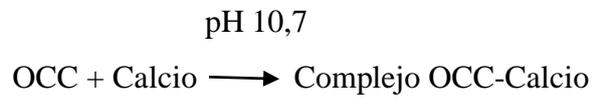
3. ¿Cuántos años tiene con el Diagnóstico?

< 1 Año

2 – 5 Años

> 6 Años

ANEXO N° 3



ANEXO N° 4

| TUBOS | Blanco | Muestra | Patrón |
|---------------------|---------------|----------------|---------------|
| Reactivo de trabajo | 1,0 mL | 1,0 mL | 1,0 mL |
| Muestra | – | 10 μ L | – |
| Patrón | – | – | 10 μ L |

ANEXO N° 5

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Neonatos (< 10 días) | 7,6-10,4 mg/dL (1,9-2,6 mmol/L) |
| Niños (2-12 años) | 8,8-10,4 mg/dL (2,2-2,6 mmol/L) |
| Adultos (12-60 años) | 8,5-10,5 mg/dL (2,1-2,5 mmol/L) |



OBJETIVO

Educar a los familiares de pacientes con Trastornos de Conductas sobre los cuidados generales y específicos en los diferentes tipos de trastornos.

META

Incrementar el conocimiento de los familiares sobre los cuidados generales y específicos de los pacientes con trastorno de conducta.

ANEXO N°6

HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”

ÁREA DE PSIQUIATRÍA

GENERALIDADES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO



PSIQUIATRÍA

PORTOVIEJO - MANABI

QUE SON LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social.



La psicoeducación enriquece y aclara la opinión de las causas y efectos de la enfermedad, el entendimiento disminuye el riesgo de recaídas y de rehospitalizaciones. También permite reducir el sentimiento de incapacidad y favorece la descarga emocional, física y social de angustia, temor, malestar, estigma y aislamiento, entre otros aspectos. Participar en un grupo psicoeducativo ofrece muchas ventajas, sin embargo debe tenerse cuidado el manejo

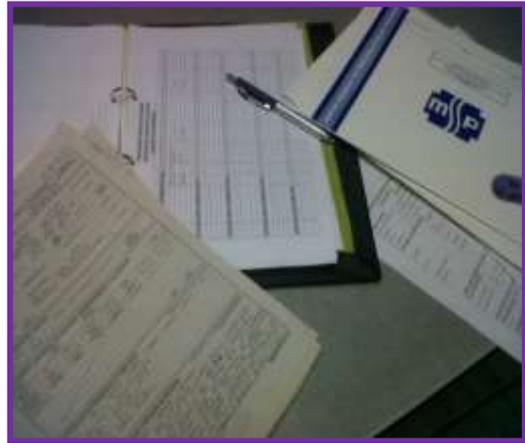
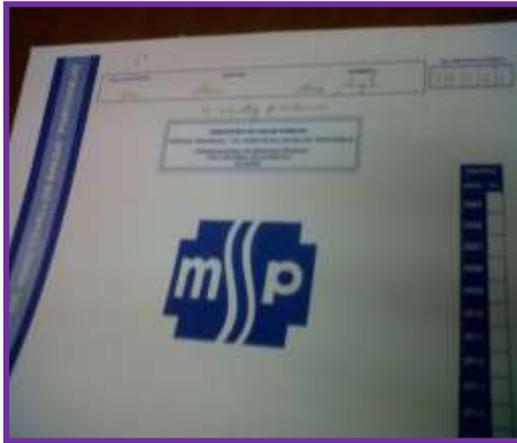
del nivel de estrés de las personas enfermas y de sus familiares.

CONSEJOS GENERALES

- ✗ Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.
- ✗ Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- ✗ Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- ✗ Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.
- ✗ Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
- ✗ Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- ✗ Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.
- ✗ Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- ✗ Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
- ✗ Recompensar o alabar el progreso del paciente en el avance de sus actividades.
- ✗ Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente.
- ✗ Instruir al paciente en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva,) si procede.
- ✗ Ayudar al paciente, según sea el nivel de función cognitiva, a identificar y asumir la responsabilidad de las consecuencias de su conducta.
- ✗ Observar si se producen efectos secundarios derivados de la utilización de fármacos en el paciente y los resultados esperados.
- ✗ Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias.
- ✗ Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente.
- ✗ Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.
- ✗ Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIAS CLÍNICAS



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA



ASESORIA DE TESIS



EXÁMENES DE LABORATORIO



ACTIVIDADES REALIZADAS

