



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 - 2018

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Roa Llamosas, Rodolfo Daniel

(ORCID: 0009-0009-7666-3891)

ASESOR

Abanto Marín, Roger Alejandro

(ORCID: 0000-0003-4828-6290)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Roa Llamosas, Rodolfo Daniel

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 72706259

Datos de asesor

Abanto Marín, Roger Alejandro

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 26698712

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Chieng Duran, José David

DNI: 06980185

Orcid: 0000-0002-0745-2523

SECRETARIO: Sulca Quispe, Rafael Emiliano

DNI: 09037610

Orcid: 0000-0002-9261-4928

VOCAL: León Castro, Héctor Moisés

DNI: 06038756

Orcid: 0000-0002-5222-2380

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912909

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Rodolfo Daniel Roa Llamosas, con código de estudiante N° 202020959, con DNI N° 72706259, con domicilio en Calle Alcides Vigo Hurtado Mz. E3 Lt. 10, distrito Santiago de Surco, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOFAMILIARES Y LA READMISIÓN DEL PACIENTE EN LOS PABELLONES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN AGUDOS DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA EN EL PERÍODO 2017 - 2018" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Roger Alejandro Abanto Marín, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 9% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 01 de febrero de 2024



Firma

Rodolfo Daniel Roa Llamosas

72706259

Número de DNI

Asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 - 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	issuu.com Fuente de Internet	4%
2	docplayer.es Fuente de Internet	2%
3	elmanualdelforense.blogspot.com Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Línea de investigación.....	2
1.4 Objetivos: General y específicos.....	2
1.4.1 General	2
1.4.2 Específicos.....	2
1.5 Justificación	3
1.6 Delimitación.....	3
1.7 Viabilidad	3
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Antecedentes de investigación.....	4
2.2 Bases teóricas.....	8
2.3 Definiciones conceptuales.....	27
2.4 Hipótesis.....	27
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	29
3.1 Tipo de estudio.....	29
3.3 Población y muestra	29
3.3.1 Población.....	29
3.3.2 Muestra	29
3.3.3 Selección de la muestra	29
3.4 Operacionalización de variables.....	30
3.4.1 Variables.....	30
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	31
3.7 Aspectos éticos.....	32
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	33
4.1 Recursos.....	33
4.2 Cronograma.....	33
4.3 Presupuesto	33
5.- Referencias bibliográficas.....	34
ANEXOS	39

1.	Matriz de consistencia	39
2.	Operacionalización de variables.....	40
3.	Instrumentos de recolección de datos.....	41
4.	Solicitud	42

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las enfermedades psiquiátricas mantienen un estigma en nuestra sociedad actual. A diferencia de las enfermedades de otra índole, los trastornos mentales son vistos de forma distinta por el hecho que modifican el comportamiento de la persona afectada. Tomando en cuenta esta información, no se consideraría fuera de lo habitual que los pacientes psiquiátricos sean dejados de lado por la sociedad. Esto, naturalmente, ocasiona efectos deletéreos sobre la salud del paciente. De acuerdo al Análisis de Situación de Establecimientos Hospitalarios del 2017 del Hospital Víctor Larco Herrera¹, se encontró que el tiempo promedio de hospitalización en los pabellones de pacientes agudos fue de 37.98 días. Las patologías más comunes halladas en estos pabellones son la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos mentales orgánicos y el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Moreno et al. Definieron en su estudio que el trastorno bipolar, una enfermedad de alta frecuencia en la institución, tiene una gran influencia en la convivencia familiar². Zhang et al. Encontraron la falta de soporte social como factor predictor para la estancia hospitalaria prolongada del paciente psiquiátrico³. De forma similar, Riordan et al. Describieron que los pacientes que no contaban con un soporte social cercano tenían un riesgo cinco veces mayor de ser readmitidos al servicio de hospitalización⁴. Adicionando a esto, se ha encontrado evidencia que un soporte social adecuado puede disminuir la sintomatología en el paciente psiquiátrico. Moreno et al. Concluyeron en su estudio que los pacientes que cuentan con soporte social presentaban una reducción de la sintomatología depresiva⁵. De la misma forma, Serrani et al. Definieron que el soporte comunitario disminuye el riesgo que el paciente sea readmitido al servicio de hospitalización psiquiátrica⁶. Haciendo la revisión bibliográfica correspondiente, se ha hallado que en el Hospital Víctor Larco Herrera se han revisado previamente los factores que influyen en el reingreso de pacientes, de los cuales es importante resaltar el apoyo familiar, el cual se mostró ausente en los pacientes que reingresaban al hospital en el estudio de Vílchez-Salcedo et al⁷. Se puede evidenciar que el abandono familiar es algo también

presente en la actualidad, analizando el estudio de Abanto et al. Del año 2017, en el cual mencionan que los pacientes con larga estancia hospitalaria del Hospital Víctor Larco Herrera presentan abandono y disfuncionalidad familiar⁸. Todos estos datos nos brindan la idea que hay ciertas variables sociofamiliares que están afectando el desarrollo adecuado y la recuperación de los pacientes aquejados por un trastorno mental.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 – 2018?

1.3 Línea de investigación

Según las prioridades de Investigación Nacional es la línea de investigación número 10: Salud Mental.

Según las prioridades de Investigación de la URP es la línea de investigación número 1: Clínicas médicas, clínicas quirúrgicas y sus especialidades.

1.4 Objetivos: General y específicos

1.4.1 General

Determinar la asociación entre los factores sociofamiliares y readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 – 2018.

1.4.2 Específicos

- Definir los factores sociofamiliares más presentes en los pacientes ingresados en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Definir el número de hospitalizaciones promedio en pacientes que registran hospitalizaciones en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera.

1.5 Justificación

A pesar de que ha progresado el manejo de la salud mental en el país en base a los avances de la ciencia, la readmisión de pacientes sigue siendo una realidad en nuestro contexto. De acuerdo al artículo 27 de la Ley de Salud Mental⁹, la hospitalización debe considerarse un recurso excepcional en el manejo del paciente psiquiátrico y, aun así, sigue sucediendo con considerable frecuencia. Deben definirse los factores en nuestro medio que influyen en este problema tan persistente actualmente.

El poder definir una asociación entre las variables mencionadas será de gran utilidad para poder educar con evidencia concreta a la familia sobre la importancia de velar por el bienestar de los pacientes. De la misma forma, se podrá trabajar con diferentes entidades estatales para evaluar la posibilidad de mejorar el soporte social con programas de concientización a la población y apoyo a la población con patología psiquiátrica, ya sea por ministerios o trabajando con municipios.

Cabe resaltar que en la actualidad se cuenta con pocos estudios similares realizados en Perú.

1.6 Delimitación

Pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera que registran como mínimo 01 hospitalización en los pabellones del servicio de hospitalización agudos en este nosocomio entre los años 2017 y 2018.

1.7 Viabilidad

El investigador deberá contar con la autorización de la Universidad Ricardo Palma para realizar la presente investigación y también con el permiso del Hospital Víctor Larco Herrera para poder realizar la revisión de historias clínicas disponibles en el área de Archivo. De la misma forma, se deberá contar con la aprobación del Comité de investigación para realizar el estudio.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

En el presente estudio se hizo una revisión de la bibliografía disponible, encontrando múltiples datos relacionados a la presente investigación.

A nivel nacional, contamos con el estudio titulado Características personales, clínicas y sociales en pacientes con estancia hospitalaria prolongada en los pabellones de pacientes agudos del Hospital Víctor Larco Herrera. Este estudio es de gran importancia ya que nos brinda un antecedente sobre la misma población con la que se trabajará en el estudio actual. Buscaron identificar las características que tienen influencia en la estancia hospitalaria prolongada en los servicios de hospitalización de pacientes agudos y compararon estas con el motivo de ingreso al servicio. Llegaron a la conclusión que la estancia hospitalaria es modificada por factores como el sexo y el estado civil en pacientes judiciales y que, en pacientes hospitalizados con motivo clínico, los factores como la vía y condición de ingreso y el acompañamiento de familiar influye en la estancia⁸.

Continuando con los antecedentes nacionales, en el estudio Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú, se tuvo como objetivo el definir los factores asociados, además de la frecuencia, del reingreso a hospitalización de pacientes adultos mayores del servicio de medicina en las instalaciones de un hospital general de Lima (Perú). Llegaron a la conclusión que el factor que más destaca asociado al reingreso de pacientes adultos mayores es la falta de una visita por consultorio a manera de control posterior a su alta¹⁰.

A nivel latinoamericano, se analizó el estudio Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría. El presente estudio se realizó en un hospital psiquiátrico en Bogotá, Colombia. Tuvieron como objetivo el definir los factores de riesgo asociados a rehospitalización temprana. Hallaron que los factores con mayor intensidad de asociación estaban relacionados con las enfermedades médicas concomitantes, el soporte social, el uso de sustancias psicoactivas y la remisión del paciente a otro centro¹¹.

Por el lado de las referencias internacionales, se han encontrado múltiples fuentes asociadas a la investigación. Dentro de ellos se han encontrado estudios trabajando sobre pacientes con patologías psiquiátricas e incluyendo la variable de readmisión del paciente y el soporte social. Entre ellos está el trabajo titulado Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. Buscaron explorar la rehospitalización psiquiátrica desde la perspectiva del usuario. Informaron que los esfuerzos para evitar la rehospitalización psiquiátrica deberían incluir acciones para apoyar una vida diaria funcional, mejorar la capacidad del paciente para lidiar con la enfermedad y obtener una colaboración multisectorial para con el paciente. Los datos fueron obtenidos mediante trabajo con focus groups¹². A la par, en el estudio High perceived social support and hospital readmissions in an older multi-ethnic, limited

English proficiency, safety-net population. Examinaron la asociación entre el soporte social recibido en la rehospitalización dentro de los primeros 30 días o la muerte en adultos mayores. Concluyeron que, en pacientes adultos mayores cercanos al alta, un soporte social adecuado podría ser un factor protector ante la rehospitalización dentro de los primeros días o la muerte. Se evaluó el soporte social usando el Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)¹³. Por último, en el estudio titulado *The role of perceived social support after psychiatric hospitalisation: Post hoc analysis of a randomised controlled trial testing the effectiveness of a transitional intervention*, examinaron los efectos prospectivos del soporte social en las tasas de rehospitalización y psicopatología. Concluyeron que el soporte social recibido al alta del paciente podría reducir las tasas de rehospitalización y la discapacidad psicopatológica a largo plazo¹⁴.

Se han considerado también estudios que analizan el valor del soporte sociofamiliar en el área psiquiátrica, los cuales son los siguientes:

Essential Elements that contribute to the Recovery of persons with severe mental illness: A systematic scoping study. Estudio en el cual se halló que los elementos clave en la recuperación del paciente con enfermedad psiquiátrica eran las relaciones, la participación y la razón de ser. Además de estos, se remarcó como importantes ciertos aspectos como la esperanza, resiliencia, soporte social, entre otros¹⁵.

Wellbeing, activity and housing satisfaction – comparing residents with psychiatric disabilities in supported housing and ordinary housing with support. Aquí se comparó a las personas con trastornos psiquiátricos viviendo en hogares con soporte social y con soporte estándar. Se concluyó que las personas que vivían en hogares con soporte social tenían una mayor calificación en salud, calidad de vida y recuperación de enfermedad¹⁶.

Family atmosphere and relationships as predictors of heroin addiction. En el presente se buscó establecer una conexión entre las relaciones familiares y la adicción a la heroína. Se concluyó que existía una asociación entre las relaciones interfamiliares y la adicción. Los factores más influyentes fueron el rechazo de las personas por sus familias, la mala comunicación y las relaciones familiares disfuncionales¹⁷.

Family functioning and psychological health of children with mentally ill patients. Estudio en el cual se evaluó la posibilidad de correlación entre la funcionalidad familiar en familias con padres con enfermedades mentales y la salud psicológica de los hijos. Se halló que la funcionalidad familiar y la salud psicológica de los hijos tenían una correlación notoria¹⁸.

Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. En el presente se tuvo como objetivo examinar la funcionalidad familiar en familias con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se halló que el número elevado de hospitalizaciones previas, bajo nivel educativo y escaso cuidado centrado en la familia contribuyó a la disfuncionalidad familiar¹⁹.

Family function and its relationship with clinical prognosis in patients with major depressive disorder. Aquí se evaluó la posibilidad de una relación entre la función familiar y el desarrollo del episodio depresivo mayor. Se concluyó que las familias con pacientes con trastorno depresivo mayor muestra disfunciones multidimensionales y que la funcionalidad familiar está asociada con la duración del trastorno depresivo mayor²⁰.

Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. En el presente se revisaron las fuentes científicas, teóricas y clínicas sobre la psicoeducación familiar aplicada a la esquizofrenia. Se concluyó que los conceptos claves de la psicoeducación familiar mostraban un claro efecto sobre el estado de salud del paciente²¹.

A Little goes a long way: the impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. En el estudio se definió que el apoyo social distal (al cual se refiere al apoyo brindado por amistades, conocidos y personas de su entorno habitual como recepcionistas en negocios frecuentados) es de interés a la hora de diseñar un plan terapéutico orientado a la reinserción social del paciente con una enfermedad psiquiátrica²².

Comprendiendo la convivencia familiar en presencia del trastorno bipolar. Estudio en el cual buscaron entender el significado cultural implicado en la convivencia familiar. Identificaron múltiples temas involucrados en familias con pacientes con trastorno bipolar, entre ellos la convivencia intra-familiar conflictiva, las rutinas diarias alteradas y las relaciones extra-familiares perjudicadas².

Enfocándonos en el área del soporte sociofamiliar, se encontró el estudio titulado Importance of social support in cancer patients, tuvo como objetivo mostrar la importancia del soporte social en el cáncer y dar recomendaciones para profesionales de la salud. Se llegó a la conclusión que el soporte social tiene un impacto en la salud física, el bienestar general y la adaptación al cáncer en los pacientes con cáncer²³. A pesar de no encontrarse dentro de la rama de la psiquiatría, dicta un precedente sobre la importancia del soporte sociofamiliar en los pacientes vulnerables.

Tomando en consideración el factor de readmisión del paciente, se analizó el estudio Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study. Aquí se tuvo como objetivo definir los factores que contribuyeron a la readmisión del paciente reportados por los pacientes y los cuidadores. Se definió que los pacientes readmitidos al servicio de hospitalización entendían las recomendaciones al alta, pero las dificultades en el cuidado y la baja previsión de esta problemática fue el principal factor que contribuyó al reingreso. Se recolectaron los datos utilizando una encuesta de opción múltiple que cubría siete áreas: uso de medicación, contacto con personal, transporte, necesidades básicas, dieta, soporte social y abuso de sustancias²⁴

Considerando los factores de readmisión del paciente y soporte sociofamiliar, durante la revisión bibliográfica se ha analizado el estudio titulado Added value of frailty and social support in predicting risk of 30-day unplanned re-admission or death for patients with heart failure: An analysis from OPERA-HF. En el presente se evaluaron las

medidas de fragilidad y soporte social en adición a variables demográficas, clínicas, laboratoriales y de imagen para predecir la evolución a corto plazo de los pacientes dados de alta por falla cardíaca. Concluyeron que las medidas de fragilidad y soporte social mejoran la predicción de la evolución tras 30 días del alta en pacientes con falla cardíaca, pero el poder predecir eventos a corto plazo aún requiere mejoras²⁵. Adicionalmente, se consideró el estudio Association of social worker-assessed psychosocial factors with 30-day hospital readmissions among hemodialysis patients. Examinaron si existía una asociación entre los factores asociados al trabajador social y la rehospitalización dentro de los 30 días en pacientes que se realizan hemodiálisis. Concluyeron que los problemas psicosociales pueden estar asociados al riesgo de ser readmitidos al servicio de hospitalización dentro de los primeros 30 días en pacientes que se realizan hemodiálisis²⁶. A la par, se hizo la revisión respectiva del estudio titulado Hospital Readmission and Social Risk Factors Identified from Physician Notes. Tuvieron como objetivo evaluar la prevalencia de 7 factores sociales usando notas médicas, siendo comparadas con los registros de salud electrónica estructurada (EHRs) y la asociación de estas con la rehospitalización dentro de los 30 días posteriores al alta. Concluyeron que los factores de riesgo sociales estudiados fueron más prevalentes que los representados en la base de datos administrativa²⁷. A pesar de ser un grupo de patologías distinto, se consideró de importancia evaluar el estudio titulado Impact of social factor on risk of readmission or mortality in pneumonia and heart failure: systematic review. Se analizó el impacto de los factores sociales sobre el riesgo de reingreso o mortalidad posterior a hospitalización en pacientes con diagnóstico de falla cardíaca y neumonía. Se obtuvo que múltiples factores sociales influían sobre el riesgo de reingreso o mortalidad en las patologías mencionadas²⁸. Con esto podríamos considerar que los factores sociofamiliares son de gran importancia no solo en el área psiquiátrica.

Por último, se hizo la revisión bibliográfica de estudios en los cuales se consideraba a la población psiquiátrica, pero considerando el factor de la estancia prolongada en los distintos servicios, el cual es un problema de importancia dentro de los servicios de salud en la especialidad de psiquiatría. Se consideró el estudio Prolonged length of stay in ED psychiatric patients: a multivariable predictive model, evaluó los factores asociados a la estadía prolongada en el servicio de Emergencia en pacientes psiquiátricos. Se llegó a la conclusión que poder comprender los múltiples factores predictores de estadía prolongada en pacientes psiquiátricos ayudaría a poder distribuir mejor los recursos del servicio de Emergencia²⁹. Adicionalmente, se analizó el estudio titulado Assessing Predictive Factors for Extended Hospitalization at Acute Psychiatric Admission. Tuvieron como objetivo examinar si los datos obtenidos en el proceso de hospitalización podían ser usados para evaluar la posibilidad de necesidad de hospitalización de larga estancia. Utilizaron en su estudio “The Brief Psychiatric Rating Scale-Anchored Version (BPRS-A)” en las primeras 48 horas de hospitalización de los pacientes. Concluyeron que la escala BPRS-A debería ser considerada para predecir la duración de la hospitalización³⁰.

2.2 Bases teóricas

ESQUIZOFRENIA

Definición³¹

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado por la existencia de un cuadro clínico de síntomas positivos (alucinaciones y/o delusiones), negativos, afectivos y cognitivos. Su evolución habitualmente es crónica y variable, causando una gran pérdida de calidad de vida de la persona afectada y los miembros de su familia, tomando lugar dentro de las diez primeras causas de discapacidad por enfermedad según la Organización Mundial de la Salud.

La esquizofrenia se considera un trastorno heterogéneo, con afectación multisistémica desde su aparición, además de las variaciones psicopatológicas o cerebrales.

Epidemiología³¹

La incidencia anual media de la esquizofrenia es estimada en un 20-40/100000/año, aproximadamente del 0.7% de la población general, considerándose una incidencia mayor en varones. Se considera una mayor incidencia en zonas urbanas, bajo nivel socioeconómico e inmigración. Entre los 15 y 30 años de edad se suele observar el inicio de la enfermedad, notándose una aparición más temprana en hombres que en mujeres. El inicio temprano se asocia a un mayor deterioro y evolución desfavorable. Además de ello, se observa un peor pronóstico en varones.

Etiología³¹

- **Genética**

El componente genético es notorio en la esquizofrenia. El riesgo alcanza un 8% en el caso de hermanos no gemelos, 12% para un gemelo dicigótico, 47% para un gemelo monocigótico, 12% para un hijo y 40% en un hijo con ambos padres que padeciendo la enfermedad.

- **Neuroquímica**

La principal hipótesis neuroquímica habla sobre el desequilibrio de la función dopaminérgica. El trastorno en mención sería el resultado de una actividad dopaminérgica excesiva en los receptores D₂ en la zona subcortical, que se traduciría en la sintomatología psicótica y una hipoactivación de los receptores D₁ en la corteza prefrontal, lo cual se indicaría la manifestación de los síntomas negativos y cognitivos de la enfermedad.

- **Neuropsicología**

La alteración neuropsicológica propia de la esquizofrenia abarca alteraciones en la flexibilidad del pensamiento, la memoria de trabajo, la atención, las funciones ejecutivas y la cognición social.

- **Neuroimagen**

Las principales alteraciones estructurales de la esquizofrenia son:

- Atrofia del vermis cerebeloso
- Dilatación del tercer ventrículo y de los ventrículos laterales
- Disminución de volumen de la formación amígdalo-hipocampal
- Disminución de volumen del tálamo y del lóbulo temporal
- Atrofia cortical global con predominio prefrontal
- Asimetrías cerebrales
- Alteraciones de la densidad

Hipótesis del neurodesarrollo

Las alteraciones neuroanatómicas en la enfermedad en mención encajan en un trastorno prenatal del desarrollo cerebral que afectaría principalmente a las redes neuronales temporolímbicas y de la corteza prefrontal, las cuales son de utilidad para la integración afectiva, perceptiva e intelectual.

Diagnóstico³²

Para el diagnóstico de esquizofrenia se consideran los criterios CIE-10, mencionados a continuación.

- Al menos uno de signos, síntomas o síndromes dentro de la sección 1, o al menos dos de los signos y síntomas que se incluyen en la sección 2 deben hallarse presentes la mayor parte del tiempo durante un cuadro de psicosis con una duración mínima de un mes.

Los criterios son los siguientes:

1. Al menos uno de los que se encuentran a continuación:
 - a. Eco, difusión, robo o inserción del pensamiento.
 - b. Ideas delusivas de ser estar bajo el control de alguien, de pasividad o influencia, haciendo referencia al cuerpo, al movimiento de las extremidades o a pensamientos, sensaciones o acciones específicas y percepciones delirantes.
 - c. Voces alucinatorias que narran o dan comentarios de lo que realiza la persona o que discuten entre sí sobre el paciente, u otro tipo voz alucinatoria que procede de alguna parte del cuerpo.
 - d. Ideas delusivas persistentes de otro tipo que no están categorizadas dentro del campo cultural de la persona y que son imposibles.
2. O al menos dos de los que se encuentran a continuación:
 - a. Alucinaciones constantes en cualquier grado, presentándose diariamente durante un tiempo mínimo de un mes, cuando son acompañadas de ideas delusivas careciendo de contenido afectivo, o cuando son acompañadas de ideas sobrevaloradas constantes.
 - b. Neologismos o bloqueo del curso del pensamiento, dando lugar a un discurso con escasa coherencia.
 - c. Conducta catatónica, siendo así la excitación, flexibilidad cética, posturas características o mutismo, negativismo y estupor.

- d. Sintomatología negativa, siendo así la apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales.
- Criterios de exclusión usados frecuentemente:
 1. En caso el paciente cumpla adicionalmente con los criterios de un episodio maniaco (F30.) o de un episodio depresivo (F32.), los criterios etiquetados como 1 y 2 deben ser cumplidos antes de la aparición del trastorno del afectivo.
 2. El trastorno no se atribuye a una patología orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas.

Cuadro clínico³¹

El primer episodio de esquizofrenia con frecuencia es antecedido durante meses, e incluso años, por síntomas y signos premórbidos, los cuales son los siguientes:

- Conducta:
 - Variaciones del comportamiento
 - Pasividad e irritabilidad
 - Lenguaje estrafalario
 - Desorganización de las actividades del día a día
 - Mal aliño personal
 - Molestias físicas inespecíficas
- Cognición y actividad motriz
 - Déficit neuromotriz
 - Déficit de atención y concentración
- Pensamiento:
 - Ideas extravagantes
 - Preocupaciones restringidas
- Social y laboral:
 - Déficit en la funcionalidad laboral
 - Aislamiento social
 - Experiencias perceptivas fuera de lo habitual

Se describe frecuentemente en la esquizofrenia la clasificación de síntomas positivos y negativos, siendo mencionados a continuación.

- Síntomas positivos:
 - Delusiones
 - Alucinaciones
 - Alteraciones formales del pensamiento
 - Conducta desorganizada
 - Catatonía
- Síntomas negativos:
 - Pobreza del pensamiento y lenguaje
 - Aplanamiento o embotamiento afectivo
 - Bloqueo del pensamiento
 - Retraimiento social
 - Autocuidado deficiente

- Anhedonia
- Apatía
- Abulia

Tratamiento³¹

El tratamiento de la esquizofrenia es en base a fármacos en las fases agudas y durante el mantenimiento de la enfermedad, siendo complementada con intervenciones psicoterapéuticas y sociofamiliares en etapas posteriores.

- **Tratamiento antipsicótico**

El tratamiento muestra una mejora evidente del cuadro en el 60% de pacientes, mientras que el 30% mejora de forma escasa, mientras que un 10% no responde.

Todos los antipsicóticos con los que se cuenta actualmente han demostrado una eficacia similar en el tratamiento de la sintomatología positiva, mientras que en el manejo de los síntomas negativos su efecto es limitado, a excepción de amisulpride y clozapina, de los cuales se cuenta con reportes de efectos leves. La mayoría de los antipsicóticos actúan bloqueando el receptor dopaminérgico D₂, con variable grado de afinidad. El bloqueo de receptores D₂ a nivel mesolímbico disminuye la activación de las neuronas dopaminérgicas, logrando la reducción de los síntomas positivos de la enfermedad.

- **Tratamiento psicosocial y rehabilitador**

A pesar de la efectividad del tratamiento farmacológico en el manejo de la sintomatología de la esquizofrenia, el déficit cognitivo y social que surge de esta requiere de tratamiento psicoterapéutico. Existen diferentes tratamientos centrados en la rehabilitación, siendo los principales:

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Rehabilitación cognitiva
- Terapia de familia y psicoeducación

TRASTORNO BIPOLAR

Definición³³

Lo que al presente denominamos trastornos bipolares es un grupo de patologías que se caracterizan por un ánimo inestable en el que se presentan coexistentemente períodos de excitación y de depresión de variable intensidad, y que habitualmente se congregaban bajo la denominación de psicosis maniaco-depresiva.

Epidemiología³³

El programa de captación epidemiológica norteamericano halló durante sus análisis tasas de prevalencia en 5 estados que fluctuaban entre 0.7 y 1.6%, teniendo una media de 1.2%. El trastorno bipolar tipo I tiene la posibilidad de estar presente en un 1.6% de la población; si agregamos las cifras que corresponden al trastorno bipolar tipo II y la ciclotimia, esta patología podría estar presente entre un 3 y un 6.5% de la población.

Los trastornos bipolares se presentan con mayor frecuencia en mujeres. La proporción de estas se incrementa a la vez que la depresión se coloca sobre la manía en predominancia, de manera que entre los bipolares tipo II hay 2 mujeres por cada varón, entre tanto que en los bipolares tipo I la distribución se acerca al 50%.

Etiología³³

Actualmente, las teorías sobre la etiopatogenia de esta enfermedad son integradas por los hallazgos genéticos, hormonales, neuroquímicos, conductuales, neuroanatómicos, psicológicos y sociales. A continuación, son descritos.

- **Factores genéticos**

En la etiopatogenia de la enfermedad, la herencia cumple un papel importante. La coincidencia de la bipolaridad en gemelos idénticos es de 62%, por el otro lado, en gemelos bivitelinos alcanza una cifra menor al 14%.

- **Factores biológicos**

Se ha definido que, dentro de los factores biológicos asociados con la fisiopatología de la enfermedad, se pueden hallar múltiples neurotransmisores y neuromoduladores, hormonas, neuropéptidos, iones y alteraciones en el patrón clínico y electroencefalográfico del sueño.

Tomando en cuenta que la enfermedad se caracteriza por un curso fásico, con recaídas variables, entre las cuales también se pueden hallar períodos asintomáticos, se han realizado estudios que analizaban la fisiopatología de los pacientes en distintos estadios de la enfermedad. Durante la fase depresiva se pudieron evidenciar cambios en la sensibilidad de los receptores postsinápticos para múltiples neurotransmisores, a la par con variadas anomalías neuroendocrinas.

- **Factores psicosociales**

Aquellos llamados acontecimientos vitales, sucesos o circunstancias de la vida en que una persona está afectada a un nivel notorio de estrés, parecen influir en la aparición de la enfermedad en aquellas personas con predisposición genética y pueden influir en posteriores recaídas.

El deterioro social progresivo que acompaña al curso de la enfermedad es confirmado por múltiples estudios, de manera notoria en pacientes con predominancia maníaca.

- **Factores estacionales**

Ha sido definido un patrón estacional de la enfermedad en hasta un 20% de los pacientes, cuyo cuadro clínico se relaciona con los cambios de estación.

El patrón más frecuente se basa en una predominancia de ingresos por depresión durante las estaciones de primavera y otoño. Por el lado de las fases maníacas, parecen aparecer con mayor frecuencia en verano. Este pico en verano se ha asociado con múltiples factores: duración del día, incrementos de temperatura, luz natural o la ionización del aire y de la humedad relativa.

Clínica^{33,34}

- **Presentación**

Las depresiones bipolares son inhibidas en su mayoría, y son acompañadas en algunos casos de hipersomnia e incremento de peso, síntomas de escasa frecuencia en las depresiones unipolares.

El paciente maniaco aparenta un contacto alegre, pero en la práctica es, a veces, complicado mantener una relación con él por la marcada inclinación a la indiscreción y a no respetar espacios personales. Con frecuencia se le encuentra vestido de forma llamativa o extravagante, con un uso excesivo de los colores intensos, a la par con joyería. Cuando el episodio maniaco es de mayor intensidad, puede mostrarse desaliñado o, incluso, desnudo.

- **Afectividad**

En el caso de la fase depresiva, lo habitual es encontrar tristeza, apatía, anhedonia y, en algunos casos, anestesia afectiva.

Los pacientes en fase maníaca presentan habitualmente una sensación de euforia expansiva. El paciente sonríe, hace bromas y parece dotado de un gran optimismo. Presentan a la par falta de autocrítica y labilidad emocional.

- **Pensamiento**

Los pacientes en fase depresiva presentan enlentecimiento del pensamiento, visión negativa, pérdida de la autoestima, ideación suicida. También se agregan ideas de culpa, ruina e hipocondría.

Por el lado de los pacientes en fase maníaca, se caracterizan por una aceleración del curso del pensamiento, traduciéndose en verborrea. La aceleración puede llegar al pensamiento tangencial y descarrilamientos, los cuales se expresan en forma de fuga de ideas.

Existe una elevación marcada de la autoestima que brinda al paciente una sensación de omnipotencia. En la hipomanía no se presenta sintomatología psicótica; por el lado de la manía, está presente en alrededor del 75% de los pacientes.

- **Sensopercepción**

En la manía pueden aparecer alteraciones sensoperceptivas, pero estas son de menor frecuencia, comparadas con otros cuadros psicóticos. Las alucinaciones auditivas pueden estar presentes hasta en un tercio de los casos, estando asociado con el delirio y el estado de ánimo.

Diagnóstico^{33,35}

El diagnóstico de los trastornos bipolares se realiza a nivel clínico y se fundamenta en la presencia, actual o previa, de un cuadro maniaco o hipomaniaco. A continuación, se relatan los criterios CIE-10 para hipomanía, manía y episodios depresivos.

Hipomanía

- A. Humor incrementado o irritable hasta un nivel evidentemente anormal para la persona y que se mantiene durante, por lo menos, cuatro días seguidos.
- B. Deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes signos, generando alguna perturbación en la funcionalidad de la vida diaria:
 - 1. Incremento de la actividad o inquietud física.
 - 2. Verborrea.
 - 3. Dificultad para concentrarse.
 - 4. Disminución de la necesidad de sueño.
 - 5. Aumento de la libido.
 - 6. Ligeramente incremento de los gastos u otro tipo de comportamiento arriesgado o irresponsable.
 - 7. Incremento de la sociabilidad o exceso de familiaridad.
- C. El episodio en mención no cumple criterios para manía, trastorno bipolar, episodio depresivo, ciclotimia ni anorexia nerviosa.
- D. Criterio de exclusión usado con mayor frecuencia: El episodio no se atribuye al consumo de sustancias psicoactivas ni a ningún trastorno mental orgánico.³⁵

Manía sin síntomas psicóticos

- 1. Ánimo predominantemente expansivo, exaltado o irritable, y claramente fuera de lo normal para la persona afectada. El cambio del humor debe ser considerable y sostenido durante, por lo menos, 7 días (a menos que sea tributario de un ingreso hospitalario).
- 2. Deben estar presentes como mínimo tres de los siguientes signos (cuatro en caso el humor sea irritable), que afectan de forma grave con la funcionalidad de la vida diaria:
 - 1. Aumento de la actividad o inquietud física.
 - 2. Verborrea
 - 3. Fuga de ideas o sensación subjetiva de pensamiento de velocidad incrementada.
 - 4. Pérdida de las restricciones sociales habituales.
 - 5. Disminución de la necesidad de sueño.
 - 6. Autoestima excesiva o ideas de grandeza.
 - 7. Tendencia a la distraibilidad o cambios constantes de planes o actividades.
 - 8. Conducta temeraria o arriesgada, cuyos riesgos no son reconocidos por el individuo.
 - 9. Marcado incremento de la libido o indiscreciones sexuales.
- 3. No están presentes alucinaciones ni ideas delusivas, aunque pueden producirse pseudopercepciones.
- 4. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no se atribuye a ningún trastorno mental orgánico ni al consumo de sustancias psicoactivas.³⁵

Manía con síntomas psicóticos

- A. El episodio cumple los criterios especificados para manía sin síntomas psicóticos, exceptuando el criterio C.
- B. El episodio en mención no cumple, a la vez, los criterios para esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo tipo maníaco.
- C. Presencia de ideas delusivas o alucinaciones, diferentes a las que son mencionadas como habituales en la esquizofrenia. Los ejemplos más comunes son los de un contenido de grandeza, persecutorio, autorreferencial o erótico.
- D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no se atribuye a ningún trastorno mental orgánico ni al consumo de sustancias psicoactivas.³⁵

Episodio depresivo

Los criterios generales son los siguientes:

- 1. El episodio depresivo debe tener una duración de, como mínimo, dos semanas.
- 2. No se ha presentado sintomatología hipomaníaca o maníaca suficiente para cumplir los criterios de episodio maníaco o hipomaníaco (F30.) durante la vida de la persona.
- 3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no se atribuye a ningún trastorno mental orgánico ni al consumo de sustancias psicoactivas.³⁵

Episodio depresivo leve

El paciente está afectado por los síntomas del episodio depresivo, pero probablemente puede continuar con la mayoría de las actividades diarias que realiza.

Los criterios son los siguientes:

- A. Se deben cumplir los criterios establecidos de episodio depresivo.
- B. Presencia de, como mínimo, dos de los tres síntomas mencionados a continuación:
 - 1. Ánimo depresivo hasta un nivel evidentemente anormal para la persona, presente la mayor parte del día y casi cada día, poco influenciado por las circunstancias externas y persistente durante un tiempo mínimo de dos semanas.
 - 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades previamente placenteras.
 - 3. Disminución de la energía vital.
- C. Además de lo mencionado, se debe encontrar uno o más síntomas de la siguiente lista, logrando una suma mínima de cuatro:
 - 1. Disminución de la autoestima o pérdida de confianza.
 - 2. Sentimientos de culpa excesiva e inapropiada.
 - 3. Ideas recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
 - 4. Quejas o evidencia de reducción en la capacidad de pensar o concentrarse, demostrado con indecisión o dudas.

5. Alteración en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Alteraciones del sueño.
7. Cambio en el apetito (sea con aumento o con disminución) que va a la par con el cambio de peso.³⁵

Episodio depresivo moderado

Habitualmente se presentan cuatro o más de los síntomas y el paciente tiene, muy probablemente, grandes dificultades para seguir con sus actividades de vida diaria.

Los criterios son los siguientes:

- A. Se deben cumplir los criterios de episodio depresivo.
- B. Presencia de, como mínimo, dos de los tres síntomas mencionados en el criterio B de episodio depresivo leve.
- C. Presencia adicional de síntomas del criterio C de episodio depresivo leve, sumando un total de, por lo menos, seis síntomas.³⁵

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Los criterios son los siguientes:

- A. Se deben cumplir los criterios de episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de episodio depresivo leve.
- C. Presencia adicionalmente de dos síntomas del criterio C de episodio depresivo leve, alcanzando un total de, como mínimo, ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delusivas o estupor depresivo.³⁵

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Los criterios son los siguientes:

- A. Se deben cumplir los criterios de episodio depresivo
- B. Se deben cumplir los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, con la excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia ni de trastorno esquizoafectivo.
- D. Presencia de alguno de los siguientes:
 1. Ideas delusivas o alucinaciones, diferentes a las descritas como habituales en la esquizofrenia.
 2. Estupor depresivo³⁵

Tratamiento³³

Existen dos fases fundamentales en el manejo: la fase aguda (hipomaníaca, maníaca o depresiva) y la de mantenimiento. El tratamiento de los trastornos bipolares es principalmente farmacológico.

- **Tratamiento agudo**

- **Tratamiento de la manía**

- Generalmente, el tratamiento de la manía se hace durante un ingreso hospitalario, ya que la psicopatología del paciente es incompatible con un comportamiento adecuado, está considerablemente reducida su capacidad de juicio, existe un cierto riesgo de auto y heteroagresividad y es muy baja la probabilidad de seguir un tratamiento ambulatorio.

- El tratamiento tradicional solía ser el litio, pero este fármaco es acción lenta y en múltiples ocasiones no es suficiente. En estos casos es necesario añadir medicación antipsicótica con mayor rapidez de acción. En el caso de indicarse neurolépticos, estos deben ser administrados a dosis bajas o moderadas y por corto tiempo, ya que se presenta el riesgo de incrementar la posibilidad de un viraje a depresión. Los antipsicóticos atípicos han demostrado su eficacia en la manía, efectos secundarios más benignos y menor posibilidad de inducir sintomatología depresiva.

- De ser posible, se debe considerar el uso de benzodiazepinas con efecto antimaníaco, como el clonazepam, para el tratamiento del insomnio y agitación de estos pacientes.

- En el caso de pacientes con respuesta parcial o nula al litio, la carbamazepina, el valproato de sodio o la terapia electroconvulsiva son alternativas eficaces.

- **Tratamiento de la hipomanía**

- El manejo ideal es en base a los eutimizantes, siendo el principal el litio. En el caso de los pacientes bipolares I la hipomanía es, habitualmente, un paso previo hacia fase maníaca grave, por lo que se puede considerar el uso de un antipsicótico a dosis moderadas y un hipnótico.

- **Tratamiento de la depresión bipolar**

- Previamente se consideraba en el tratamiento el uso de antidepresivos asociados a un estabilizador para prevenir virajes hacia la hipomanía. Actualmente, se considera el uso de quetiapina como tratamiento de primera línea, tanto en el trastorno bipolar I como en el bipolar II.

- El litio también puede mostrar utilidad en el manejo de la depresión bipolar.

- Después que se hayan evaluado los tratamientos de primera línea, esta fase puede responder de forma favorable a antidepresivos como terapia coadyuvante, tanto inhibidores de la monoaminoxidasa, tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y duales, principalmente si se usan juntamente con litio u olanzapina.

- **Tratamiento de mantenimiento**

- El principal elemento para el tratamiento de mantenimiento de trastorno bipolar es el carbonato de litio, ya que su eficacia para reducir el riesgo de recaídas se ha podido demostrar claramente.

- Uno de los problemas más notorios es la resistencia de los pacientes a continuar tomando la medicación cuando ya empiezan a sentirse mejor.

Aquellos pacientes con escasa adherencia al tratamiento tienen índices de recaídas y mortalidad elevados.

Los pacientes con múltiples recaídas y, especialmente, los que presentan ciclado rápido se benefician del tratamiento con lamotrigina, carbamazepina o valproato de sodio asociados o no a carbonato de litio.

TRASTORNOS ORGÁNICOS

Definición³⁶

Son síndromes clínicos que obedecen, en su origen, a una causa médica no psiquiátrica detectable, sea esta un traumatismo, una infección, un crecimiento tumoral o cualquier otra noxa que afecte al sistema nervioso central y causa una serie de alteraciones en la conducta del individuo.

Clasificación³⁶

Los trastornos orgánicos se han dividido normalmente en agudos y crónicos; siendo los primeros con el síntoma principal de la alteración de la conciencia, y los segundos, el deterioro de las capacidades mentales y de la personalidad.

Adicionalmente, se les podría dividir en:

- Trastornos psíquicos asociados a enfermedades cerebrales
 - Patología vascular cerebral
 - Enfermedades degenerativas del SNC
 - Epilepsia
 - Tumores intracerebrales
 - Meningitis
 - Encefalitis
 - Enfermedades desmielinizantes
 - Reacciones inflamatorias o alérgicas
- Infecciones generalizadas
- Trastornos asociados a otras afecciones somáticas
 - Trastornos endocrinos
 - Hipófisis
 - Tiroides
 - Paratiroides
 - Páncreas
 - Glándulas suprarrenales
 - Trastornos metabólicos y de nutrición
 - Trastornos por consumo de sustancias y venenos
 - Trastornos puerperales

Clínica³⁶

Los síndromes cerebrales agudos tienen un inicio siempre brusco, aunque cuando son de ligera intensidad, pueden no mostrarse de una forma evidente desde el inicio. La

mayoría son reversibles si la patología causante es resuelta, pero algunos pueden progresar hacia un síndrome orgánico crónico.

La sintomatología común aguda más importante sería la siguiente:

- Alteraciones del nivel de conciencia
- Trastornos psicomotrices
- Alteraciones de la memoria
- Alteraciones del pensamiento
- Alteraciones emocionales
- Alteraciones perceptivas
- Otras manifestaciones

Por el lado de los síndromes orgánicos crónicos, la forma más común de inicio es la alteración de la memoria, o una desorganización intelectual más general. De forma global se puede evidenciar el deterioro en la pérdida de eficiencia laboral, dificultades de comprensión o pérdida de coherencia en el habla.

En casos raros, la primera manifestación podría ser un cambio de personalidad.

- **Cuadro clínico en los trastornos cerebrales focales**

- **Lóbulo frontal:** Se pueden presetar cambios de personalidad con desinhibición, hiperlocuacidad, pérdida de tacto social, juegos y bromas infantiles, indiscreciones sexuales, pérdida de conciencia de las consecuencias de los propios actos. La atención, la concentración y la capacidad de planificar y desarrollar actividades se ven afectadas por estos cambios.
- **Lóbulo parietal:** Se presenta una variedad de alteraciones cognitivas complejas, como déficit de aprendizaje y del sentido de los números. Por apreciación deficiente del espacio puede llevar a una desorientación topográfica, inclinando al paciente a la posibilidad de perderse, incluso en entornos ya conocidos. A la par puede presentar trastornos de la imagen corporal, disfasias, alexia, agrafia y apraxia motora. Se agregaría dificultad para el reconocimiento de rostros (prosopagnosia) en caso la lesión afecte también al lóbulo occipital.
- **Lóbulos temporales:** Alteración importante del funcionamiento intelectual, trastornos del lenguaje, déficits visuoespaciales y síndromes amnésicos. Se evidencia inestabilidad emocional y conductas agresivas.
- **Lóbulos occipitales:** Sus síntomas entran en el área visual: agnosias, alexias, prosopagnosia, metamorfopsia y alucinaciones visuales complejas.
- **Diencéfalo y tronco cerebral:** Lo más común es hallar amnesia tipo Korsakov e hipersomnias. Se pueden hallar manifestaciones similares a las lesiones frontales, como desinhibición, indiferencia, conducta descuidada y euforia sin sentido. También se evidencian cambios de humor y explosiones bruscas de emociones violentas, así como labilidad e incontinencia emocional.

- **Estados confusionales**

En estos casos, la sintomatología pone de manifiesto que el paciente es incapaz de pensar con su habitual claridad y coherencia. En las reacciones agudas la confusión se debe ampliamente a la alteración de la conciencia.

- Estado de hipovigilancia simple: La hipovigilancia puede encontrarse en los 3 estados mencionados, pero en estos casos la hipovigilancia es el componente principal o único del cuadro clínico.
- Estado crepuscular: Suele definirse como un estrechamiento del campo de la conciencia, en el sentido que la atención actúa de forma selectiva y queda centrada en algunos objetos. Durante el episodio se producen conductas semiautomáticas que el enfermo no acostumbra recordar.
- Estado confuso-onírico: En este cuadro se presenta la hipoactividad de unas funciones (conciencia) e hiperactividad sobreañadida de otras (alteraciones perceptivas). El cuadro clínico se puede evidenciar de la forma siguiente:
 - Hipovigilancia
 - Alteraciones perceptivas
 - Trastornos acompañantes de la afectividad
 - Alteraciones de la psicomotricidad
 - Sintomatología somática

- **Estados demenciales**

Las características más importantes de los estados demenciales son las siguientes:

- Alteración de las funciones superiores: Aparece un déficit global de la inteligencia y la capacidad de juicio. La memoria puede presentar todo tipo de alteraciones, principalmente la amnesia de fijación.
- Alteraciones del humor: El paciente podría presentar continuamente un ánimo triste o, por el contrario, un aspecto eufórico.
- Cambios caracterológicos: El carácter se vuelve más irritable. Los defectos previos a la enfermedad tienden a acentuarse.
- Alteraciones del comportamiento general: La combinación de los cambios de carácter y el descenso de la capacidad de juicio y crítica pueden llevar al paciente a cometer actos absurdos.

- **Cambio orgánico de la personalidad**

El daño cerebral frecuentemente provoca cambios en el carácter o en la forma de reaccionar frente a los acontecimientos y a los demás. Este cambio de la personalidad es en general prominente en la demencia, junto a las alteraciones cognitivas. Esta situación es compatible con una excelente preservación de la capacidad intelectual en las pruebas. En estos casos, se prefiere el término “cambio orgánico de la personalidad” sobre “demencia”.

- **Alucinosis orgánica**

Es un síndrome constituido por alucinaciones, por momentos recurrentes y por momentos, constantes, que sucede en un contexto de preservación de la conciencia y conocimiento del entorno. El paciente no está desorientado y

puede pensar con claridad. Frecuentemente, las alucinaciones son auditivas o visuales, pero también pueden incluir otras áreas sensoriales.

- **Síndrome orgánico afectivo**

El síndrome orgánico afectivo presenta alteraciones del humor, como depresión o manía, que se consideran consecuencia directa de la afectación cerebral. Se puede encontrar en enfermedades como:

- Enfermedad de Cushing
- Infarto cerebral
- Infarto de miocardio
- Infección por VIH
- Depresión y trastornos digestivos
- Síndromes dolorosos crónicos
- Cáncer

- **Síndrome orgánico delirante**

Este síndrome incluye síntomas paranoides o esquizofreniformes que se consideran consecuencia directa de un factor orgánico específico. Entran en esta categoría algunos cuadros psicóticos asociados a las epilepsias, como también los estados paranoides agudos provocados por la intoxicación por anfetaminas. El síndrome puede incluir ideas delirantes, alucinaciones, trastornos del pensamiento y otros síntomas esquizomorfos, pero deben estar ausentes las alteraciones de la conciencia o intelectuales.

Etiología³⁶

- **Causas de los síndromes cerebrales agudos**

- Complicaciones (por infección, anoxia, entre otros) de procesos degenerativos.
- Lesiones invasivas: tumores cerebrales, hematomas subdurales, abscesos cerebrales.
- Traumatismos
- Infecciones: encefalitis, meningitis, SIDA, sífilis meningovascular subaguda.
- Lesiones vasculares: trombosis o embolias cerebrales, isquemia cerebral transitoria, accidentes vasculares en demencias arteriosclerosas.
- Epilepsias: crisis psicomotoras, estados de petit mal, estados postictales.
- Lesiones metabólicas: uremia, hepatopatías, alteraciones electrolíticas, alcalosis, acidosis.
- Lesiones endocrinológicas: crisis hipertiroideas, mixedema, crisis addisonianas, hipopituitarismo.
- Lesiones tóxicas: encefalopatías alcohólicas, intoxicaciones por otras drogas o fármacos, intoxicaciones por plomo.
- Anoxia: bronconeumonía, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias cardíacas.
- Deficiencias vitamínicas: de tiamina, ácido nicotínico, vitamina B₁₂, ácido fólico.

- **Causas de los síndromes orgánicos cerebrales crónicos**
 - Degenerativas: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, entre otras.
 - Traumatismos
 - Infecciones: Sífilis meningovascular crónica, encefalitis subaguda y crónica, SIDA.
 - Lesiones vasculares
 - Epilepsias
 - Lesiones metabólicas: uremia, hepatopatía.
 - Endocrinopatías: mixedema, enfermedad de Addison, hipopituitarismo.
 - Lesiones tóxicas: demencia alcohólica y psicosis de Korsakov.
 - Anoxia: anemia, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica.
 - Deficiencias vitamínicas: falta de tiamina, vitamina B₁₂, ácido fólico, ácido nicotínico.

Trastornos orgánicos específicos³⁶

- Traumatismos craneales
- Tumores intracraneales
- Epilepsias
- Infecciones intracraneales
- Trastornos vasculares
- Enfermedades heredodegenerativas
- Trastornos endocrinos
- Trastornos metabólicos
- Intoxicaciones
- Trastornos puerperales

Diagnóstico³⁷

En términos generales, para realizar el diagnóstico se utilizan los criterios CIE-10.

En estos casos se excluye el delirium, la demencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Los criterios son los siguientes:

1. Hay evidencia objetiva (tanto con la exploración física y neurológica y exámenes auxiliares de laboratorio) y/o antecedentes personales patológicos, de lesión o disfunción cerebral, o trastorno no psiquiátrico sistémico el cual puede causar disfunción cerebral, se incluyen en este las alteraciones hormonales y efectos de drogas no psicoactivas.
2. Se halla una relación entre el desarrollo (o exacerbación) de la patología, lesión o disfunción subyacente y el trastorno mental, tomando en cuenta que el cuadro clínico puede tener un inicio agudo o se puede retrasar.

3. Recuperación o mejoría significativa del trastorno mental en mención posterior a la desaparición o mejoría de la supuesta alteración primaria.
4. Evidencia insuficiente para una etiología alternativa del trastorno mental.

Si se cumplen los criterios 1, 2 y 4 se justifica un diagnóstico presuntivo; si, además, hay pruebas de 3, el diagnóstico puede darse por cierto.

DINÁMICA FAMILIAR

Definición³⁸

Es el ambiente de relaciones establecido entre los miembros de las familias, es móvil y se mantiene en un equilibrio inestable y complejo. Puede estar unida por vínculos sanguíneos, jurídicos (adopción o matrimonio) o por pactos logrados entre sus miembros.

Dimensiones

En la dinámica familiar convergen un gran número de experiencias, vivencias y prácticas determinadas por:

- **Roles**
La familia tiene una serie de reglas explícitas e implícitas de funcionamiento, a través de las cuales se logran distribuir responsabilidades y la interacción entre los miembros, y se limita la conducta de los miembros para continuar con la estabilidad.
- **Uso del tiempo libre**
Se define como el espacio fuera del ámbito cotidiano en el cual los miembros se distraen y recrean, bien sea fuera del hogar, con los otros miembros o con amistades.
- **Autoridad**
Se denomina autoridad cuando un miembro cuenta con el reconocimiento que le brinda legitimidad para el ejercicio del poder.
Pueden considerarse tipos de autoridad:
 - Autocrítica: Imposición de normas rígidas y aplicación de castigos físicos, psicológicos o verbales violentos.
 - Permisividad: Falta de normas claras y coexistencia de figuras de autoridad contradictorias entre ellas.
 - Democracia: Se estimula la reflexión sobre el sistema normativo, las soluciones y estímulos.
- **Normas**
Se definen como pautas que marcan el comportamiento de una persona con los demás miembros de la familia.
Las normas se pueden clasificar en:
 - Explícitas: Son claras para todos en la familia ya que han sido verbalizadas.
 - Implícitas: En estos casos, el lenguaje no verbal es el principal. Se utilizan emociones y suposiciones.

- **Relaciones afectivas**

Se denominarían la disposición para complementarse y crear lazos de simetría por medio del nivel de cercanía presente entre los miembros.

Los vínculos familiares pueden tener varias expresiones: rechazo, abandono, uso de castigo severo, sobreprotección, entre otras.

En este punto se distingue entre familia funcional y disfuncional

- Familia funcional: es aquella que tiene un cumplimiento adecuado de sus funciones, la existencia de un sistema de relaciones que permite el desarrollo adecuado de la autonomía y la identidad de los miembros. Tiene flexibilidad de reglas y roles para el poder solucionar conflictos, es capaz de adaptarse a cambios y tiene una comunicación clara.
- Familia disfuncional: Es aquella que presenta niveles negativos de autoestima entre los miembros de la misma, tiene una comunicación inadecuada, la cual se evidencia en comportamientos violentos y destructivos, lo cual limita el desarrollo de la personalidad de los miembros.

- **Comunicación**

La comunicación se entiende como un evento de vital importancia en la relación familiar. Esta se encuentra unida a emociones y pensamientos sobre otras personas en la familia y es exteriorizada verbal y no verbalmente. También se define como la capacidad para que un miembro de la familia influya sobre los demás.

- **Límites**

Los límites forman el perímetro del sistema familiar. Si los límites son muy permisivos, la familia puede perder su integridad e identidad. Si estos límites son muy escasos, el sistema se aísla y se cierra.

Se podría denominar también aquel factor con la cualidad de barrera de protección de la diferenciación de los miembros de la familia.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Definición³⁹

La funcionalidad familiar se podría definir como la agrupación de procesos en la interacción o crianza de un grupo de individuos, conformantes de una familia, que está inclinada al crecimiento físico y emocional de los miembros.

Funciones⁴⁰

Se considerarían las siguientes como funciones del sistema familiar:

- Satisfacción de las necesidades biológicas, asociadas a la crianza, reproducción y cuidado de los hijos.
- Satisfacción de las necesidades psicológicas. Las conexiones afectivas consolidan responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que generan características individuales en el grupo.
- Socialización, tomando en cuenta la trasmisión de cultura que genera la familia. Educa en creencias, normas, valores y conductas deseables para la sociedad.
- Satisfacción de necesidades económicas, ya que está constituida en un sistema de adquisición de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus miembros.
- Función mediadora, considerando el relacionar a los miembros de la familia con otras unidades del sistema social.

Medición de funcionalidad familiar^{41,42}

Para la medición de la funcionalidad familiar se toman en cuenta múltiples instrumentos, entre los que se toman en consideración el Test de APGAR Familiar y la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FFSIL).

El APGAR Familiar es una prueba que muestra como los miembros de la familia interpretan el grado de funcionalidad de la misma de una manera global. Un detalle adicional de la presente prueba es que puede ser aplicada a la población infantil.

El APGAR Familiar evalúa cinco funciones familiares:

- Adaptación: Capacidad de uso de recursos intra y extrafamiliares para la resolución de problemas.
- Participación: Inclusión de los miembros de la unidad familiar en la toma de decisiones.
- Gradiente de recurso personal: Desarrollo físico, emocional y autorealización alcanzada por los miembros de la unidad familiar debida al al apoyo mutuo.
- Afecto: Relación de cariño existente entre los miembros.
- Recursos: La dedicación de tiempo a la atención de necesidades físicas y emocionales de los miembros de la unidad familiar, compartiendo ingresos y espacios.

La Prueba de Percepción del funcionamiento familiar (FFSIL) fue desarrollado en el año 1994 por Ortega, De la Cuesta y Díaz, teniendo como objetivo contar con un instrumento sencillo para evaluar las relaciones intrafamiliares, siendo de mayor utilidad para el equipo de atención primaria. La prueba considera las categorías de funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional.

Las categorías del FFSIL son las siguientes:

- **Cohesión:** Unión familiar frente a diversas situaciones y toma de decisiones adecuada.
- **Armonía:** Correspondencia de necesidades e intereses individuales con los de los demás miembros de la familia.
- **Comunicación:** Capacidad de los miembros de transmitir sus conocimientos y experiencias claramente.
- **Adaptabilidad:** Capacidad de modificar la estructura de roles en caso sea necesario.
- **Afectividad:** Capacidad con la que cuentan los miembros de la unidad familiar de expresar y percibir sentimientos y emociones entre ellos.
- **Rol:** Cumplimiento de las asignaciones propuestas por el núcleo familiar.
- **Permeabilidad:** Capacidad de recibir y brindar experiencias a otras familias e instituciones.

Familia funcional⁴²

Son familias cuyas interacciones y relaciones logran que su eficacia en conjunto sea positiva y armónica. En las unidades familiares funcionales se cuenta con roles establecidos sin ostentar posiciones de primacía, por ninguno de los miembros; y donde todos ejecutan una labor y contribuyen igualmente por el bienestar colectivo.

Aquella familia que es funcional mantiene un estado de equilibrio, empero, durante las etapas del ciclo familiar se puede presentar periodos de disfuncionalidad que, una vez superados, se mantienen las características de funcionalidad.

Familia disfuncional⁴²

Es aquella la cual no cuenta con capacidad de efectuar cambios, es decir, aquella cuya rigidez de las reglas establecidas le impide adaptarse a su propio ciclo y a la madurez y desarrollo de los miembros de la familia. Algunos autores consideran como características de una familia disfuncional la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

2.3 Definiciones conceptuales

Paciente: Persona que es atendida en el sistema de salud en búsqueda de recibir atención terapéutica, diagnóstica o preventiva.

Hospitalización: Estado en el cual un paciente se encuentra hospedado en un hospital.

Readmisión del paciente: Se considera para materia del siguiente estudio un número mayor o igual a dos hospitalizaciones en un periodo de 1 año.

Soporte sociofamiliar: Sistemas de soporte que proveen de apoyo y motivación a personas con alguna alteración de la salud a sobrellevar su enfermedad.

Para materia del presente estudio vamos a considerar los factores de: ingreso a la emergencia acompañado de un familiar, ingreso al servicio de hospitalización acompañado de un familiar, que al salir de alta sea acompañado de un familiar, acudir a consultorio externo de control posterior, la funcionalidad familiar (como concepto registrado en la evaluación de trabajo social) y el hecho que el paciente reciba visitas durante la hospitalización.

2.4 Hipótesis

Hipótesis general

¿Existe la asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 – 2018?

Hipótesis específicas

Hipótesis nula: No existe la asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo 2017 – 2018.

Hipótesis alterna: Existe la asociación entre los factores sociofamiliares y readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo 2017 – 2018.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Es un estudio trasversal, ya que se recogen datos en un solo momento; observacional, ya que no habrá intervención del investigador en el medio y analítico, ya que se demostrará una asociación entre variables.

3.2 Diseño de investigación

Trasversal analítico observacional retrospectivo.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Pacientes que registran como mínimo 1 hospitalización en el Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo 2017 – 2018.

3.3.2 Muestra

Tomando en cuenta el rango de tiempo aplicado para el presente estudio, se va a trabajar con la población de pacientes abarcada en el rango en mención. La población implicada es de 491 pacientes.

3.3.3 Selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- Paciente que registra historia clínica en el Hospital Víctor Larco Herrera.
- Paciente que registra como mínimo 01 hospitalización en el Hospital Víctor Larco Herrera en los pabellones 01 y 20.

Criterios de exclusión:

- Pacientes hospitalizados por parte de un proceso judicial.
- Pacientes hospitalizados en pabellones de larga estancia.
- Pacientes hospitalizados en servicio de Emergencia.

3.4 Operacionalización de variables

3.4.1 Variables

	Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	Ingreso al servicio de Emergencia acompañado de un familiar	Registro que el paciente esté acompañado por un familiar durante su atención de emergencia y admisión a sala de observación	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
2	Ingreso al servicio de Hospitalización acompañado de un familiar	Registro que el paciente esté acompañado por un familiar al momento de ser hospitalizado en un pabellón de pacientes agudos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
3	Paciente recibe visitas durante su estancia en hospitalización	Registro que el paciente sea visitado durante el tiempo que se encuentra hospitalizado en un pabellón de pacientes agudos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
4	Alta del servicio de Hospitalización acompañado de un familiar	Registro que, al momento que se indica el alta del paciente, un familiar se apersona al hospital a recogerlo	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
5	Asistencia a control por consultorio externo posterior al alta	Registro que el paciente acude a control por consultorio externo dentro de los 4 meses posteriores al alta	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
6	Funcionalidad familiar	Familia que promueve el desarrollo integral de los miembros de la misma y un estado de salud favorable para ellos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Funcional
							1 = Disfuncional
7	Readmisión del paciente	Número de hospitalizaciones mayor o igual a 2 en 1 año	Dependiente	Cualitativa	Nominal	HC	0 = No RP
							1 = RP

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se solicitará permiso al Hospital Víctor Larco Herrera para aplicar la ficha de recolección de datos durante la revisión de historias clínicas del servicio de Archivo del hospital en mención.

Para poder evaluar los factores sociofamiliares, se utilizará una cartilla de recolección en la cual se tomarán los datos registrados en la historia clínica de hospitalización.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Se elaborará una base de datos de acuerdo a la matriz de codificación de variables.

Cada variable procesada tendrá un código numérico:

Ingreso al servicio de Emergencia con un familiar

- Sí: 0
- No: 1

Ingreso al servicio de Hospitalización con un familiar

- Sí: 0
- No: 1

Paciente recibe visitas durante su estancia en hospitalización

- Sí: 0
- No: 1

Alta del servicio de hospitalización acompañado de un familiar

- Sí: 0
- No: 1

Asistencia a control por consultorio externo posterior al alta

- Sí: 0
- No: 1

Funcionalidad familiar

- Funcional: 0
- Disfuncional: 1

Readmisión del paciente

- No readmisión del paciente: 0
- Readmisión del paciente: 1

El software que se utilizará para el procesamiento de datos será: Excel y SPSS.

En base a los resultados del estadístico se procederá a utilizar la prueba Chi Cuadrado para determinar la correlación entre las variables estudiadas.

3.7 Aspectos éticos

El presente estudio no vulnera los principios éticos ya que se mantendrá total confidencialidad de los nombres y códigos de las historias clínicas a revisar. A pesar de que se registre en el instrumento de recolección de datos un espacio para ingresar el número de historia clínica, esto se hace con el fin de evitar errores estadísticos. De la misma manera, se contará con la aprobación del Comité de investigación del Hospital Víctor Larco Herrera para poder realizar el estudio.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

RECURSOS HUMANOS	
Médico investigador	
Asesor estadístico	
RECURSOS MATERIALES	
Laptop	
Servicio de conectividad (internet)	

4.2 Cronograma

ETAPAS	2021					2023			
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	JUL	AGO	SET	OCT
<i>Elaboración del proyecto</i>									
<i>Presentación del proyecto</i>	X								
<i>Revisión bibliográfica</i>		X	X						
<i>Trabajo de campo y captación de información</i>						X			
<i>Procesamiento de datos</i>							X		
<i>Análisis e interpretación de datos</i>							X		
<i>Elaboración del informe</i>								X	
<i>Presentación del informe</i>								X	
<i>Sustentación</i>									X

4.3 Presupuesto

Descripción	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
			Unitario	Total
Personal				
Asesor estadístico	Horas	6	100	600
Colaborador para toma de datos	Horas	0	0	0
Bienes				
Papel bond A-4	Millar	1	20	20
Lapiceros	Unidad	10	2	20
Lápiz	Unidad	10	1	10
Corrector	Unidad	10	3	30
Resaltador	Unidad	10	3	30

Perforador	Unidad	2	5	10
Grapas	Paquete	1	5	5
CD	Unidad	3	3	9
USB	Unidad	1	20	20
Anillado	Ejemplar	3	10	30
Internet	Hora	100	3	300
Fotocopias	Unidad	100	0.1	10
Movilidad	Veces	3	10	30
Acceso a historias clínicas	Unidad	50	0	0
Costo total		1124		

5.- Referencias bibliográficas

1. Roger Abanto-Marín, Edgar Tuesta-Ramos. Análisis situacional de establecimientos hospitalarios (ASEH) Hospital Víctor Larco Herrera. 1.ª ed. Vol. 1. Lima; 2017. 398 p.
2. Moreno RA, Costa Stefanelli M, Girade Souza M da G, Oliveira AR de, Almeida Taveira AC de, Gentil V. Comprendiendo la convivencia familiar en presencia del trastorno bipolar. Index Enferm [Internet]. septiembre de 2009 [citado 12 de agosto de 2021];18(3):156-60. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962009000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. Aust N Z J Psychiatry. julio de 2011;45(7):578-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21718126/>
4. Riordan S, Haque S, Humphreys M. Possible predictors of outcome for conditionally discharged patients--a preliminary study. Med Sci Law. enero de 2006;46(1):31-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16454461/>
5. Moya CAM, Soares FC, Lima RA, de Barros MVG, Bezerra J, Moya CAM, et al. Depressive symptoms in older adults: the role of physical activity and social support. Trends Psychiatry Psychother [Internet]. 2021 [citado 17 de marzo de 2021];(AHEAD). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-60892021005002204&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Serrani D, Galfetti G, Rodríguez C. [Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: A retrospective

study]. Vertex B Aires Argent. julio de 2017;28(134):260-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29522590/>

7. Luis Vílchez-Salcedo, Ana Boza-Huamaní, Gisella Vargas-Cajahuanca. Factores asociados al reingreso de pacientes en un pabellón de psiquiatría. Arch Peru Psiquiatr Salud Ment. julio de 1999;3(2):157-68.
8. Abanto R, Valdivieso-Jiménez G, Arévalo A, Orihuela S. Características personales, clínicas y sociales en pacientes con estancia hospitalaria prolongada en los pabellones de pacientes agudos del Hospital Víctor Larco Herrera. Horiz Méd Lima. abril de 2018;18(2):60-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2018000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Ley de Salud Mental. 30947 2019.
10. Quispe T, Ticse R, Gálvez M, Varela L. Rehospitización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2013;30(4):635-40. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Sánchez Pedraza R, Jaramillo LE, Herazo MI. Factores asociados a rehospitización temprana en psiquiatría. Biomédica [Internet]. 1 de noviembre de 2012 [citado 20 de agosto de 2021];33(2). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/705>
12. Ådhanes M, Cresswell-Smith J, Melby L, Westerlund H, Šprah L, Sfetcu R, et al. Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. Patient Educ Couns. mayo de 2020;103(5):1033-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31836249/>
13. Chan B, Goldman LE, Sarkar U, Guzman D, Critchfield J, Saha S, et al. High perceived social support and hospital readmissions in an older multi-ethnic, limited English proficiency, safety-net population. BMC Health Serv Res. 24 de mayo de 2019;19(1):334. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31126336/>
14. Hengartner MP, Passalacqua S, Andreae A, Rössler W, von Wyl A. The role of perceived social support after psychiatric hospitalisation: Post hoc analysis of a randomised controlled trial testing the effectiveness of a transitional intervention. Int J Soc Psychiatry. junio de 2017;63(4):297-306. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347183/>
15. Jaiswal A, Carmichael K, Gupta S, Siemens T, Crowley P, Carlsson A, et al. Essential Elements That Contribute to the Recovery of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Scoping Study. Front Psychiatry [Internet]. 2020

[citado 12 de agosto de 2021];11:586230. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7710894/>

16. Eklund M, Argentzell E, Bejerholm U, Tjörnstrand C, Brunt D. Wellbeing, activity and housing satisfaction - comparing residents with psychiatric disabilities in supported housing and ordinary housing with support. *BMC Psychiatry* [Internet]. 30 de agosto de 2017 [citado 12 de agosto de 2021];17(1):315. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1472-2>
17. Mirković-Hajdukov M, Spahić TE, Softić R, Bećirović E, Šimić J. Family Atmosphere and Relationships as Predictors of Heroin Addiction. *Psychiatr Danub* [Internet]. mayo de 2017 [citado 12 de agosto de 2021];29(Suppl 2):129-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28492220/>
18. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 10 de abril de 2019 [citado 12 de agosto de 2021];16(7):E1278. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6479670/>
19. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. octubre de 2020 [citado 12 de agosto de 2021];27(5):572-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpm.12608>
20. Chen H, Ma Z, Song J. [Family function and its relationship with clinical prognosis in patients with major depressive disorder]. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* [Internet]. 28 de julio de 2017 [citado 12 de agosto de 2021];42(7):843-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28845011/>
21. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process* [Internet]. septiembre de 2016 [citado 12 de agosto de 2021];55(3):460-82. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/famp.12235>
22. Townley G, Miller H, Kloos B. A little goes a long way: the impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychol* [Internet]. septiembre de 2013;52(1-2):84-96. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1007/s10464-013-9578-2>
23. Usta YY. Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 31 de agosto de 2012;13(8):3569-72. Disponible en: <http://koreascience.or.kr/journal/view.jsp?kj=POCPA9&py=2012&vnc=v13n8&sp=3569>

24. Greysen SR, Harrison JD, Kripalani S, Vasilevskis E, Robinson E, Metlay J, et al. Understanding patient-centred readmission factors: a multi-site, mixed-methods study. *BMJ Qual Saf.* enero de 2017;26(1):33-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769841/>
25. Sokoreli I, Cleland JG, Pauws SC, Steyerberg EW, de Vries JJG, Riistama JM, et al. Added value of frailty and social support in predicting risk of 30-day unplanned re-admission or death for patients with heart failure: An analysis from OPERA-HF. *Int J Cardiol.* 1 de marzo de 2019;278:167-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30587417/>
26. Adisa O, Jaar BG, Masud T, Sahlie A, Obadina C, Ang J, et al. Association of social worker-assessed psychosocial factors with 30-day hospital readmissions among hemodialysis patients. *BMC Nephrol.* 17 de diciembre de 2018;19(1):360. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30558578/>
27. Navathe AS, Zhong F, Lei VJ, Chang FY, Sordo M, Topaz M, et al. Hospital Readmission and Social Risk Factors Identified from Physician Notes. *Health Serv Res.* abril de 2018;53(2):1110-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28295260/>
28. Calvillo-King L, Arnold D, Eubank KJ, Lo M, Yunyongying P, Stieglitz H, et al. Impact of social factors on risk of readmission or mortality in pneumonia and heart failure: systematic review. *J Gen Intern Med [Internet].* febrero de 2013 [citado 12 de agosto de 2021];28(2):269-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614153/>
29. Warren MB, Campbell RL, Nestler DM, Pasupathy KS, Lohse CM, Koch KA, et al. Prolonged length of stay in ED psychiatric patients: a multivariable predictive model. *Am J Emerg Med.* febrero de 2016;34(2):133-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26527177/>
30. Hopko DR, Lachar D, Bailley SE, Varner RV. Assessing Predictive Factors for Extended Hospitalization at Acute Psychiatric Admission. *Psychiatr Serv.* octubre de 2001;52(10):1367-73. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.52.10.1367>
31. Julio Vallejo Ruiloba. Esquizofrenia. En: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* 8.ª ed. España: Elsevier; 2015. p. 226-34.
32. Churchill Livingstone. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. En: *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10.* España: Panamericana; 2000. p. 70-88.
33. Julio Vallejo Ruiloba. Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En: *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* 8.ª ed. España: Elsevier; 2015. p. 277-305.

34. Julio Vallejo Ruiloba. Trastornos depresivos. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8.ª ed. España: Elsevier; 2015. p. 249-76.
35. Churchill Livingstone. Trastornos del humor (afectivos). En: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. España: Panamericana; 2000. p. 89-108.
36. Julio Vallejo Ruiloba. Trastornos exógenos u orgánicos. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8.ª ed. España: Elsevier; 2015. p. 346-65.
37. Churchill Livingstone. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. En: Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. España: Panamericana; 2000. p. 25-49.
38. Demarchi-Sánchez G, Manuela Aguirre-Londoño, Nataly Yela-Solaño, Edison Viveros-Chavarria. Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. Cult Educ Soc [Internet]. 2015 [citado 12 de agosto de 2021];6(2):117-38. Disponible en: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1049>
39. Gómez-Bustamante EM, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados*. Rev Colomb Psiquiatr. 1 de marzo de 2013;42(1):72-80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-predictores-disfuncion-familiar-adolescentes-escolarizados-S0034745014600883>
40. Valentina Santa Ana Loera. Influencia de la dinámica familiar en la presencia de conductas de riesgo en adolescentes de Instituto Manuel C. Silva en Villa de Álvarez, Colima [Internet]. [Colima]: Universidad de Colima; Disponible en: <http://bvirtual.ucol.mx/consultaxcategoria.php?categoria=3&id=7359>
41. Miguel Suarez Cuba. APGAR Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Médica Paz. junio de 2014;20(1):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
42. Gloria Liliana Carrión Bravo. Funcionalidad familiar y su relación con el Sobrepeso y Obesidad en adolescentes de bachillerato - zona 7 Ecuador - 2016. [Loja - Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2017. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18305/1/TESIS%20MFC-DRA%20LILIANA%20C.%20PDF.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
Debido al estigma de la patología mental, los pacientes con patología psiquiátrica normalmente no tienen un soporte sociofamiliar adecuado	Determinar la asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 – 2018.	H1: Existe la asociación entre los factores sociofamiliares la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo 2017 – 2018.	Ingreso al servicio de Emergencia acompañado de un familiar	Observacional analítico retrospectivo	Pacientes que registran como mínimo 1 hospitalización en el Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo 2017 – 2018.	Historia clínica	Revisión de historias clínicas, indexado de datos en hoja de cálculo de MS Excel y procesamiento de datos en software estadístico SPSS
			Ingreso al servicio de Hospitalización acompañado de un familiar				
			Paciente recibe visitas durante su estancia en hospitalización				
		H0: No existe la asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el periodo 2017 – 2018.	Alta del servicio de Hospitalización acompañado de un familiar				
			Asistencia a control por consultorio externo posterior al alta				
			Funcionalidad familiar				
Readmisión del paciente							

2. Operacionalización de variables

	Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	Ingreso al servicio de Emergencia acompañado de un familiar	Registro que el paciente esté acompañado por un familiar durante su atención de emergencia y admisión a sala de observación	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
2	Ingreso al servicio de Hospitalización acompañado de un familiar	Registro que el paciente esté acompañado por un familiar al momento de ser hospitalizado en un pabellón de pacientes agudos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
3	Paciente recibe visitas durante su estancia en hospitalización	Registro que el paciente sea visitado durante el tiempo que se encuentra hospitalizado en un pabellón de pacientes agudos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
4	Alta del servicio de Hospitalización acompañado de un familiar	Registro que, al momento que se indica el alta del paciente, un familiar se apersona al hospital a recogerlo	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
5	Asistencia a control por consultorio externo posterior al alta	Registro que el paciente acude a control por consultorio externo dentro de los 4 meses posteriores al alta	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Sí
							1 = No
6	Funcionalidad familiar	Familia que promueve el desarrollo integral de los miembros de la misma y un estado de salud favorable para ellos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	HC	0 = Funcional
							1 = Disfuncional
7	Readmisión del paciente	Número de hospitalizaciones mayor o igual a 2 en 1 año	Dependiente	Cualitativa	Nominal	HC	0 = No RP
							1 = RP

3. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES SOCIOFAMILIARES

NÚMERO DE REGISTRO:

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

FECHA:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Ingreso al servicio de Emergencia acompañado de un familiar	
Ingreso al servicio de Hospitalización acompañado de un familiar	
Paciente recibe visitas durante su estancia en hospitalización	
Alta del servicio de Hospitalización acompañado de un familiar	
Asistencia a control por consultorio externo posterior al alta	
Funcionalidad familiar	
Readmisión del paciente	

4. Solicitud de autorización del hospital

Lima, junio del 2023

Doctora,

Elizabeth Rivera Chávez

Directora general del Hospital Víctor Larco Herrera

Av. El Ejército 600 – Magdalena del Mar – Lima

Estimada doctora,

Yo, Rodolfo Daniel Roa Llamosas, identificado con DNI N°: 72706259 y CMP N°: 84399, médico residente de psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera, me dirijo a usted para manifestarle lo siguiente:

Que, siendo requisito para la culminación del posgrado en el programa de segunda especialidad de la Universidad Ricardo Palma la presentación de una investigación realizada por el estudiante del posgrado en mención.

Solicito autorización para que mi persona realice el proyecto de investigación titulado “Asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 – 2018”.

Atentamente,

Rodolfo Daniel Roa Llamosas

DNI N° 72706259

CMP N° 84399

5. Solicitud de evaluación por comité de ética URP

CARTA DE SOLICITUD

ASUNTO: SOLICITUD DE EVALUACION AL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Me es grato dirigirme a usted Doctora Sonia Indacochea Cáceda, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Ricardo Palma, para poder solicitar la evaluación de mi proyecto de investigación con el cual optaré por el título de médico psiquiatra.

El título del nombre del proyecto de investigación en cuestión es: “Asociación entre los factores sociofamiliares y la readmisión del paciente en los pabellones del servicio de hospitalización agudos del Hospital Víctor Larco Herrera en el período 2017 – 2018”

Expresándole mis respetos y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Rodolfo Daniel Roa Llamosas

DNI N° 72706259

CMP N° 84399