

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS
DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN
EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO
UNÁNUE DE TACNA. 2010-2014”**

PRESENTADO POR:

Tatiana Getsabell Arias Rojas

ASESOR:

Dr. Jorge Rolando Martin Quijada

TACNA, 2016

“ Dedicado a mi verdadero y único amor ...

...

Mi Padre...”

RESUMEN

Introducción: En la presente investigación se analizó la frecuencia y características clínico epidemiológicas de la esquizofrenia paranoia en pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría (2010-2014) del Hospital Hipólito Unánue Tacna.

Métodos: Estudio de tipo No Experimental, Retrospectivo, Observacional, Analítico y Transversal. Para dicho estudio se realizó un muestreo aleatorio simple para determinar el tamaño de la muestra, la cual estuvo conformado por 283 pacientes.

Resultados: El grupo de estudio se caracterizó por los siguientes hallazgos: presencia con predominio en el sexo masculino, procedencia urbana, edad de 20 a 29 años, solteros, en su mayoría culminaron la secundaria completa. Tiempo de enfermedad de más de 6 meses. Signos y síntomas más frecuentes: Ideas delirantes (85.9%), alucinaciones auditivas (70.70%), distorsión de la realidad (62.2%) y delirio de persecución (37.5%) siendo el estrés el factor precipitante más frecuente. El 95.4% de los pacientes presentaron recaídas. Sólo el 8.9% cuenta con seguro médico. Más del 50% ingresaron 1 a 2 veces por emergencia. La mayor frecuencia de hospitalizaciones fue de 1 a 2 veces.

Conclusiones: Los tipos más frecuentes son la esquizofrenia paranoia seguido de la esquizofrenia no específica. Predominio en el sexo masculino, grupo etario de 20 a 29 años. Asociación del estrés como factor precipitante. El sexo y el número de signos y síntomas están asociados al número de complicaciones y los factores principalmente asociados a hospitalizaciones fueron edad y ocupación.

Palabras claves: Esquizofrenia, paranoia

ABSTRAC

Introduction: In the present investigation the frequency and clinical and epidemiological characteristics of paranoia schizophrenia in patients treated at the Serv. analyzed. of Psychiatry (2010-2014) Hospital Hipólito Unánue of Tacna.

Methods: Experimental type No retrospective, observational, analytical and Transversal. For this study a simple random sampling was performed to determine the size of the sample, which was composed of 283 patients.

Results: The study group was characterized by the following findings: presence predominance in males , urban origin , age 20-29 years old, unmarried , mostly full secondary culminated with . Time of disease more than 6 months . Most common signs and symptoms : Delusions (85.9 %) , auditory hallucinations (70.70 %) , distortion of reality (62.2 %) and delusions of persecution (37.5 %) being the most common precipitating stress factor . 95.4 % of patients relapsed . Only 8.9 % have health insurance . Over 50% entered 1-2 times emergency. The higher frequency of hospitalizations was 1-2 times. **Conclusions:** The most common types are paranoid schizophrenia followed by nonspecific schizophrenia. Prevalence in man sex, age group of 20-29 years. Association of stress as a precipitating factor. Sex and the number of signs and symptoms are associated with the number of complications and hospitalizations factors were mainly associated with age and occupation.

Keywords: Schizophrenia, paranoia

ÍNDICE

“ Dedicado a mi verdadero y único amor	2
.....	2
Mi Padre...”RESUMEN	2
ABSTRAC	4
CAPITULO 1	8
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 Fundamentación del Problema	8
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Objetivos de la Investigación	11
1.4 Justificación.....	13
CAPITULO 2.....	14
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
2.2 MARCO TEÓRICO	19
2.2.1 La Esquizofrenia	19
2.2.2 Epidemiología	20
2.2.4 Evolución natural	27
2.2.6 Diagnóstico según DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)	28
2.2.7 Clasificación según OMS (CIE 10):	31
Signos de alarma de una recaída:	33
Situaciones claras de recaída.....	34
CAPITULO 3	38
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	38
3.1 Hipótesis	38
3.2 Operacionalización de las variables	38
CAPITULO 4.....	41
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.1 Diseño	41
4.2 Población y muestra.	41
Ámbito de estudio:	41
Población:.....	42
Muestra:.....	42
4.2.1 Criterios de Inclusión	43
4.2.2 Criterios de Exclusión	43
4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (ver anexos)	43
CAPÍTULO 5	44
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	44
RESULTADOS.....	46
DISCUSION	73
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
BIBLIOGRAFIA.....	80
ANEXOS.....	86

INTRODUCCIÓN

Desde el momento de nuestra concepción hasta el día de nuestra muerte, los seres humanos nos desarrollamos física e intelectualmente siendo simultáneamente sometidos a una influencia socio demográfico y ambiental. Dichos factores conviven con nosotros bajo un contexto cultural en el lugar donde nos encontremos y son las relaciones interpersonales que terminan completando esta gama de acontecimientos que favorecen o desfavorecen la formación del individuo, sin dejar de lado el factor genético que es una parte fundamental en el origen de este proceso.

Al enfrentarnos al tema de la esquizofrenia, nos encontramos con un trastorno cuyo origen aún es un tema en estudio. Siendo de este modo un reto desde el diagnóstico hasta el mismo tratamiento, puesto que las intervenciones se basan en un criterio pragmático, y de difícil interpretación ya que los pacientes a menudo presentan signos y síntomas que son un reto para aquellos que buscan prestar su apoyo médico, psicológico y social. Es un reto diario, constante y eterno en la mayoría de los pacientes que padecen esta temible enfermedad.

Por otro lado la carencia de habilidades sociales y de comunicación, provocan el rechazo de las personas de su entorno y destinando a los pacientes al aislamiento social.

En la presente investigación se analizó la frecuencia y características clínico epidemiológicas de la esquizofrenia paranoia de pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría en los últimos 5 años del Hospital Hipólito Unánue, evaluando además , las complicaciones que estuvieron presentes durante el proceso de internamiento, sin dejar de lado las recaídas e ingresos por emergencia que los pacientes tuvieron en el

transcurso de esta enfermedad y que tan dependientes son de las personas que están a cargo de su salud y cuidado; realizar esta investigación nos permitirá conocer a fondo a que nos enfrentamos, al evaluar la población de estudio en todos sus aspectos, tanto sociales como demográficos, y en qué medida se ve influida las complicaciones, recaídas y el número de hospitalizaciones que provocan durante años este padecimiento.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Según a OMS, La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Refiere asimismo que las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población.

Más del 50% de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada. La falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante. Por otro lado, las personas con esquizofrenia son menos proclives a solicitar asistencia que el resto de la población (1).

El estudio multicéntrico internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar los ratios de incidencia en ocho lugares de

siete países y la publicación del informe preliminar, mostró una incidencia de la esquizofrenia con un rango de entre 7 y 14 por 100.000. Los autores concluyeron que los resultados apoyaban la noción de que la esquizofrenia ocurría con frecuencia comparable en diferentes poblaciones.(2)

Sin embargo, una revisión de 158 estudios realizados entre 1965 y 2001 y llevados a cabo en 32 países permitió establecer una media de incidencia anual de 15,2 por 100.000, con cifras más elevadas en los países desarrollados con un rango de entre 7,7 y 43,0 por 100.000.(3) (4)

La esquizofrenia presentaba mayor incidencia en varones (2,3/1,0); los trastornos psicóticos eran más frecuentes en los grupos étnicos negros y minoritarios, y se registraron, asimismo, diferencias en edad y lugar del estudio. Los autores concluyen variaciones independientes y significativas de la esquizofrenia y otras psicosis en términos de género, edad, grupo étnico y lugar (5)

Además, debe considerarse la mortalidad en la esquizofrenia desde una perspectiva epidemiológica, ya que la mortalidad en pacientes esquizofrénicos es consistente y significativamente más alta, en una proporción entre dos y tres veces mayor, que en la población general. Las causas de este exceso de mortalidad deben buscarse en factores diversos como son suicidios y muertes violentas, mortalidad natural

no cardiaca, enfermedades cardiovasculares y uso de antipsicóticos y polifarmacia. (7)

En los establecimientos del MINSA entre enero y noviembre de 2012 se atendieron 17 mil 758 casos a nivel nacional, siendo la más recurrente el tipo paranoide. De ello, puede notarse que las regiones con más casos diagnosticados y con tratamiento son: Lima, La Libertad, Junín, Callao y Apurímac. De acuerdo a las estadísticas del sector, el trastorno esquizofrénico se presenta mayoritariamente a partir de los 18 años, es así que contamos con más de 3 mil 704 atenciones a nivel nacional a pacientes entre los 18 y 29 años, mientras que alrededor de 8 mil 153 pacientes entre 30 y 59 años reciben tratamiento. (8)

Datos recientes revelan que El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) realizó un total de 5,498 atenciones en el 2013, y en lo que va del 2014 ha alcanzado 5, 205 atenciones por esta problemática de salud. (9)

En nuestro medio no existe ningún estudio que exprese el estado actual del problema propuesto. No se tiene tipificado los subtipos ni menos los factores epidemiológicos y clínicos que describan una de las principales entidades: esquizofrenia paranoide.

1.2 Formulación del problema

1. ¿Cuál es la frecuencia según años de diagnóstico y características sociodemográficas del paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los años 2010 al 2014?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los años 2010 – 2014?
3. ¿Cómo influye las principales características epidemiológicas en las complicaciones y hospitalizaciones de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los años 2010 – 2014?

1.3 Objetivos de la Investigación

Objetivo general:

Describir la frecuencia y características clínico epidemiológicos de la esquizofrenia paranoia atendida en el servicio de psiquiatría del hospital de apoyo Hipólito Unánue de Tacna. 2010-2014

Objetivos específicos:

1. Identificar la frecuencia de diagnóstico de la esquizofrenia paranoide realizado en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna entre los años 2010 al 2014.
2. Clasificar la frecuencia según años de diagnóstico y características sociodemográficas de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los años 2010 – 2014.
3. Describir las principales características clínicas (signos y síntomas , tiempo de enfermedad , complicaciones , factores precipitantes , factores de riesgo familiares) de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los años 2010 – 2014
4. Relacionar las principales características epidemiológicas según complicaciones y hospitalizaciones de la esquizofrenia paranoide en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en los años 2010 – 2014

1.4 Justificación

La esquizofrenia es un problema que lleva consigo efectos deletéreos que alcanzan a provocar una disfunción familiar importante y dados los graves estados de invalidez que provoca, se convierte además en una carga importante para el erario público.

Es necesario considerar una amenaza al equilibrio sanitario, por ser una población acumulativa y de condición crónica, poniendo en peligro el equilibrio del sistema sanitario.

Es por estas razones que realizamos la presente investigación y poder así conocer a fondo a que nos enfrentamos. Permitirá sentar la base para estudios más profundos y generar información regional que permita priorizar acciones en un tema actualmente no abordado en los últimos años.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Laura Salguero Jiménez (10), en su estudio realizado en Bolivia, encontró que el 8% de la población tiene alteraciones psiquiátricas; de los cuales el más perturbador es la Esquizofrenia. Por lo antes mencionado se realizó un estudio observacional y descriptivo, cuantitativo y transversal en la población de pacientes ambulatorios e internados del Hospital San Juan de Dios de Cochabamba, en el primer semestre de la gestión 2012 cuyo objetivo fue determinar los factores causales más importantes y relevantes para el desarrollo de esquizofrenia. Mediante realización de encuestas a los pacientes y familiares para asociar los factores que influyeron en cada paciente y características que comparten en común a nivel ambiente o entorno familiar, para la adquisición de la enfermedad. Dentro de los resultados se pudo ver que en su mayoría las alteraciones genéticas desde el nacimiento y la herencia familiar, el estilo de vida, la dependencia farmacológica, el entorno social y económico, son los factores causales más notables para desarrollar la enfermedad.

María Luisa Zamarro (11), realizó un estudio que tuvo como finalidad fundamental el estudio de la naturaleza de la esquizofrenia en la mujer.

Estudió una muestra de 151 mujeres con esquizofrenia, del Registro acumulativo de Casos Psiquiátricos (RCP) de los Servicios de Salud Mental del sistema público de Salud de la

Comunidad de Madrid, que incluye a pacientes tras un primer contacto, llevo a las siguientes conclusiones: la edad de inicio de la enfermedad, es en promedio, 28,3 años de edad, de inicio mayoritariamente subagudo, tiempo de evolución de enfermedad de 20,7 años con predominio en mujeres que tienen hijos, el 31,5 % fuman y un 25,2 % consumen alcohol de forma moderada, puntualizando que el 67,7% de las pacientes tienen antecedentes familiares de primer o segundo grado de enfermedad mental. Además refiere que los factores que influyen como indicadores de gravedad fueron los intentos de suicidio asociados a problemas judiciales, el número de hospitalizaciones con recaídas a nivel ambulatorio.

María Elena Medina refiere en su estudio que en el grupo de pacientes esquizofrénicos el 71% de ellos fueron varones y 29% mujeres; 87% eran solteros, y 70% desempleados o subempleados. En 87% de los sujetos la esquizofrenia se inició entre los 12 y 30 años (promedio = 23 años; DE = 6.36), y 94% inició el consumo de alcohol en este mismo grupo de edad (promedio = 20 años; DE = 4.98). El 76% de los sujetos tenía menos de 10 años de evolución con esquizofrenia. Al comparar el consumo de alcohol según el AUDIT con el funcionamiento psicosocial, las áreas más alteradas fueron la social y la familiar, con resultados estadísticamente significativos. En cuanto al tiempo de evolución de la esquizofrenia y el funcionamiento psicosocial, el grupo con menos satisfacción en su funcionamiento fue el de 16-20 años. La severidad de la esquizofrenia no mostró una significancia estadística al compararla con el tipo de consumo de alcohol. Por otro lado, se ha visto que el inicio del consumo de alcohol es a una edad cada vez más temprana y que los hombres son los principales consumidores. Esta relación ha llevado a pensar a muchos investigadores que el inicio de la esquizofrenia está altamente asociado con el inicio del consumo de alcohol. (12).

Jimenez Castro refiere que la esquizofrenia está asociado a bajos niveles de escolaridad. A pesar de que este diagnóstico es ampliamente aceptado, se conoce poco sobre su prevalencia en la población latina, sobre los factores ambientales, demográficos, clínicos y otras características de estos individuos. Un mejor conocimiento sobre este diagnóstico permitiría mejorar los métodos para la detección y adecuada valoración del trastorno en el uso de sustancias en personas con trastornos mentales severos como la esquizofrenia(13).

Gomez Mena refiere que hablar, ver y recibir mensajes e instrucciones de la Virgen, de Dios, de profetas, de ángeles o del diablo; sentirse poseído por entidades demoniacas o tener la certeza de ser el anticristo, para algunos puede ser algo real, pero para especialistas en salud mental esas alucinaciones pueden ser síntoma de un delirio religioso. Refiere que la religión está íntimamente ligada a delirios(14).

Cano(15) revisa la literatura disponible sobre el pronóstico del primer episodio psicótico para el desarrollo de esquizofrenia. Se revisaron 161 artículos que cumplían con los criterios de búsqueda y que se ajustaban con el propósito del estudio. Conclusiones: El tiempo de psicosis no tratada (DUP), el nivel del funcionamiento premórbido, la presencia o predominio de síntomas negativos, el consumo comórbido de sustancias psicoactivas y el estado psicosocial fueron las características mas influyentes para el desarrollo de la esquizofrenia, en los pacientes que presentaban un primer episodio psicótico.

Saavedra Villalobos,(16) Alfredo define que autores alemanes, a comienzo del siglo, iniciaron las bases del estudio clínico

sistematizado de esquizofrenia. Autores franceses , a mediados de la centuria , introdujeron la clorpromazina en el tratamiento , iniciándose el desarrollo de la medicación antipsicótica actual , que ha permitido el despoblamiento de los hospitales psiquiátricos y estimulado el tratamiento ambulatorio y comunitario , una mayor comprensión de su psicopatogenia y el realce de las intervenciones socioterapicas. Autores europeos y norteamericanos en los últimos 4 lustros han trabajado en establecer agrupaciones sindrómicas mas abarcativas del cuadro clínico general, para rematar en el establecimiento de tres síndromes importantes en esquizofrenia, en el sentido transversal: positivos, negativos y de desorganización, que se mantiene en la evolución longitudinal a través del tiempo. También en la evolución longitudinal, autores americanos en un seguimiento de 10 años 2 subtipos: uno de esquizofrenia no Krapeliana , y otro de esquizofrenia Krapeliana , que se diferencian por una mayor acentuación en este último de la sintomatología positiva , negativa y de desorganización cognitiva , que los conducen tempranamente a un desvalimiento psicomotor a una dependencia total de los demás para su cuidado personal y para la provisión de todas sus necesidades. se analiza el trastorno del pensamiento formal esquizofrénico, los niveles de progresión e intensificación de los síntomas así como si evolución a la descarga del primer episodio los matices del cuadro sindrómico según el sexo y la edad tardía.

Nuñez Copo refiere en su estudio que eestuvieron presentes ciertas condiciones psicosociales o factores estresantes (más de uno) en el período de debut de la enfermedad en un elevado porcentaje de los casos, pero no quedaron evidenciadas estas causas como definitivas y más bien se corroboró lo planteado sobre la actuación de factores estresantes ambientales en el desencadenamiento de la enfermedad en individuos con labilidad

genética para la misma, al tener antecedentes familiares positivos de esquizofrenia. Un factor de riesgo para la esquizofrenia es el antecedente familiar de la enfermedad, ya que los hijos de padres afectados representan un grupo vulnerable para desarrollar la enfermedad, que se incrementa cuando ambos padres la padecen(17).

Gonzales Parra investiga que los actos violentos llevados a cabo por los pacientes con esquizofrenia con frecuencia resultan inexplicables para la población general, por lo que generan gran alarma social y generalizan el estigma a todo el colectivo de enfermos. Aunque no más del 10% de los actos de violencia criminal están relacionados con la enfermedad mental y la mayoría de los pacientes diagnosticados de trastorno esquizofrénico no muestran agresión patológica, estudios recientes han encontrado una asociación significativa entre violencia y esquizofrenia en ciertos grupos de pacientes(18).

Irina Esterlis y col (19) investigaron el efecto de la nicotina, molécula de sobra conocida por estar contenida en el tabaco, actúa de igual manera que un neuromensajero cerebral, la acetilcolina, que también produce su acción en los receptores nicotínicos del cerebro. Por ello, durante el estudio, los investigadores de la *Universidad de Yale* usaron una tomografía computerizada por emisión de fotones para cuantificar la disponibilidad de estos receptores en el tabaquismo, en las personas no fumadoras con esquizofrenia, y en el grupo de individuos sanos. Concluyendo *“Los datos parecen sugerir que fumar puede producir algunos beneficios clínicos para algunos pacientes, aumentando los receptores diana para la nicotina en el cerebro. Este hallazgo se suma a la evidencia de que la nicotina cerebral podría jugar un papel clave en el tratamiento de la esquizofrenia”*

Alvaro Cavieres (20) manifiesta que las personas enfermas de esquizofrenia se caracterizan por un deterioro marcado de su funcionamiento social, el que antecede al inicio de la enfermedad y es un importante predictor de su pronóstico, a mediano y largo plazo, incluyendo la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 La Esquizofrenia

2.2.1 1 Definición

La esquizofrenia (del griego ‘dividir,escindir, hendir, romper’ y ‘entendimiento, razón, mente’) es un diagnóstico psiquiátrico que se utiliza para personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad, falta de percepción de la realidad, alteraciones en la percepción o en la expresión de la alteración de la realidad.

Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan voces que otros no escuchan o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o confabular para hacerles daño. Y esto puede aterrorizarlas y convertirlas en personas retraídas y fácilmente irritables.

Las personas con esquizofrenia pueden hablar sin sentido, pueden sentarse durante horas sin moverse ni hablar e incluso puede parecer que se sienten perfectamente bien hasta que expresan lo que

verdaderamente están pensando. También la familia y la sociedad se ven afectadas por la esquizofrenia, ya que muchas personas que sufren esta enfermedad tienen dificultad para conservar un trabajo o cuidar de sí mismas, lo que las hace depender siempre de los demás. (21)

2.2.2 Epidemiología

2.2.2.1 Prevalencia mundial

La prevalencia de la esquizofrenia se ha establecido que es de alrededor del 1 % de todos los grupos culturales a nivel mundial , la esquizofrenia es una enfermedad catastrófica incapacitante con los costos sociales y económicos que padecen sus víctimas y concomitantemente la sociedad.(22)

Sin embargo, una revisión sistemática de numerosos estudios encontró en 2002 una prevalencia de vida de 0,55 %.(23) Desde entonces, también se ha documentado una prevalencia menor de esquizofrenia en países en vías de desarrollo. (24) Los inmigrantes a los países desarrollados muestran un aumento de las tasas de esquizofrenia, riesgo que se extiende a la segunda generación. (25)

Un análisis sistemático de nuestra realidad sugieren que es más preciso decir que alrededor de 7 a 8 por cada 1000 personas se verán

afectadas.(26) Más aún, algunos estudios han demostrado que la prevalencia de la esquizofrenia varía dentro de los países(27) y a nivel local y de suburbios.(28)

2.2.2.2 Antecedentes Familiares

La prevalencia de la esquizofrenia se incrementa al 10 % en los parientes de primer grado de sujetos con esquizofrenia, índice aún más alto en familias con varios miembros que presentan la enfermedad.(29)

Hay evidencia de que la heredabilidad de la esquizofrenia está por aproximadamente el 80 %.
(29) (30) (31)

2.2.2.3 Morbilidad y mortalidad

Se sabe que la esquizofrenia es una de las principales causas de discapacidad.

Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo de suicidio del 10 %. La mortalidad también aumenta a causa de enfermedades médicas, debido a una combinación de estilos de vida poco saludables, los efectos secundarios de la medicación, y una baja calidad de atención sanitaria. Debido a estos factores, la esperanza de vida de estos pacientes es de 10 a 12 años inferior a la de la población.(32)

2.2.2.4 Género

La esquizofrenia tiene más prevalencia en hombres que en mujeres (relación 1,4:1).(33) A su vez, existen evidencias de que el pronóstico es mejor en mujeres, relacionándose este dato con una tendencia a un inicio más tardío en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno.(34) Generalmente aparece antes en los hombres: el pico de aparición son las edades 20-28 años para los hombres y 26-32 años para las mujeres.(35) Las mujeres también suelen tener mejor respuesta a los tratamientos.

2.2.2.5 Edad

Los niños mayores de cinco años pueden desarrollar esquizofrenia, pero es muy raro que esta enfermedad se presente antes de la adolescencia,(36) como lo es también su inicio en la tercera edad.(37)

Los síntomas comunes en los adultos, las alucinaciones y los delirios, son extremadamente raros antes de la pubertad.(22)

2.2.3 Cuadro clínico:

No existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. (38)

La definición actual de las psicosis obliga a que los síntomas de la esquizofrenia estén presentes durante

al menos un mes en un período de al menos seis meses.(39) Una psicosis de tipo esquizofrénica de menor duración se suele denominar *trastorno esquizofreniforme*.(40)

La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana; es más precoz en los hombres que en las mujeres, y tiene en ellos un curso más deteriorante. Muchas veces es una condición que persiste toda la vida de una persona, pero también hay quienes se recuperan de ella. Los prejuicios cognitivos identificados en personas esquizofrénicas, o con riesgo de esquizofrenia (especialmente cuando están bajo estrés o en situaciones confusas), incluyen: demasiada atención a posibles amenazas, el saltar a conclusiones, hacer atribuciones externas, problemas de razonamiento acerca de situaciones sociales y estados mentales, la dificultad para distinguir el discurso interior del de una fuente externa, y dificultades con los principios de procesamiento visual y de mantener la concentración.(41)(42)(43)(44)

Algunas características cognitivas reflejan un déficit neurocognitivo global en la memoria, la atención, la capacidad para resolver problemas o la cognición social, mientras que otros pueden estar relacionados con situaciones y experiencias particulares.(45) (46)

Los síntomas de la esquizofrenia pueden desarrollarse a lo largo de semanas o meses, donde se compromete progresivamente la funcionalidad

social, según sea la intensidad, la premura y persistencia de las experiencias psicóticas.

a) Síntomas negativos

Falta de energía y motivación: es un síntoma negativo frecuente. Debido a la enfermedad, muchos pacientes pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea. Esto implica, con frecuencia, que los pacientes son incapaces de cumplir con sus obligaciones o de llevar una vida social normal.

Trastornos emocionales: el paciente pierde la capacidad de experimentar placer y no puede sentir emociones normales como lo hacía con anterioridad. Depresión, falta de autoconfianza o mal humor son alguno de los síntomas más frecuentes

Retraimiento social: se observa a menudo estos pacientes. El paciente puede reducir sus contactos con otras personas al mínimo e, incluso, con sus amigos y familiares. Debe evaluarse a cada paciente por separado para saber si este rechazo al contacto con otras personas es expresión de un mecanismo de defensa contra la hipersensibilidad asociada a la enfermedad, o si bien el paciente debe de ser animado a tratar de romper su aislamiento social. (47) (39)

b) Síntomas positivos

Alucinaciones: las alucinaciones son experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior. Las alucinaciones son causadas por la enfermedad. Los pacientes esquizofrénicos algunas veces oyen voces (alucinaciones auditivas) que una persona sana en la misma situación no escucha, o ven cosas (alucinaciones visuales) que otras personas no perciben. El paciente habitualmente tiene dificultades para diferenciar lo que son alucinaciones y lo que son percepciones reales.

Ideas delirantes: son creencias falsas y persistentes, que son constantes, no fluctuantes o simples deseos que no son compartidos por otros que el paciente cree reales incluso aunque haya pruebas de lo contrario.

Trastornos del pensamiento: debido al deterioro de la función cerebral, el pensamiento lógico de muchos pacientes está deteriorado si se compara con el que tenían antes de su enfermedad. Sus pensamientos y su lenguaje están alterados.

Trastorno de la autopercepción: A menudo, el paciente tiene una percepción distorsionada de sí mismo. La distinción entre él mismo y lo que le rodea puede ser borrosa.(48)

Kurt Schneider distinguió diferencias entre la esquizofrenia y otros trastornos que pueden producir psicosis como la depresión, manía, psicosis reactivas y otros. Schneider identificó y dividió en dos grupos once síntomas, siete caracterizados por una extraña

sensación de invasión proveniente del exterior y cuatro en alucinaciones auditivas y difusión del pensamiento:(49)

Síndrome de desorganización

Los trastornos afectivos y cognitivos, o «síndrome de desorganización», consisten en la fragmentación de las ideas, pérdida asociativa de ideas y expresión emocional inadecuada.(53)

Los trastornos cognitivos se caracterizan por el deterioro de la atención, de la memoria, del procesamiento de la información, de la asociación lógica, pobreza ideativa o dificultad de elaborar nuevas ideas, dificultad para el aprendizaje en serie, y trastorno de las funciones ejecutivas como planificar, secuenciar, priorizar, mantener la atención en la tarea y adaptarse a los cambios en el entorno. Los déficits cognitivos de la esquizofrenia son un factor que determina el nivel de discapacidad de los pacientes en mayor medida, quizás, que los síntomas positivos y negativos propios de la enfermedad.(54)

Entre los trastornos afectivos característicos se encuentra la respuesta inapropiada de las emociones y la presencia de una conducta extraña.(47) En menor medida también suelen coexistir otros trastornos afectivos como la manía y la depresión,(55) siendo muy característica la presencia de la depresión post-psicótica que puede desencadenar intentos suicidas.(56) Sin embargo, se debe distinguir entre afecto inapropiado y afecto embotado, ya que el

primero pertenece al síndrome de desorganización, mientras que el segundo es propio de los síntomas negativos.(47)

Los esquizofrénicos algunas veces son capaces de controlar o compensar sus delirios o alucinaciones durante las interacciones sociales, sin embargo, los trastornos afectivos y cognitivos tienen un efecto deteriorante mucho mayor.(47)

2.2.4 Evolución natural

La esquizofrenia se presenta en diferentes fases o episodios críticos agudos con tiempos de evolución variables —desde algunas semanas hasta varios meses, dependiendo del tratamiento— y diferentes modos de resolución y síntomas residuales, que constituyen la esquizofrenia crónica.(39)

1. **Fase prodrómica:** Síntomas negativos y diversos cambios en relación con la personalidad previa:

- Cambios en la conducta; por ej., aislamiento, deterioro escolar o laboral, abandono en la higiene personal.
- Cambios en el estado de ánimo; por ej., irritabilidad, depresión.
- Cambios en el pensamiento; por ej., pobre atención y concentración, confusión, suspicacia.
- Cambios físicos; por ej., alteraciones del sueño, falta de apetito, falta de energía.

2. **Fase activa o de recaída:** Aparición de síntomas positivos:

- Delirios
- Alucinaciones
- Trastornos del pensamiento
- Agitación motora o agresividad

3. **Fase residual:** Vuelta al predominio de los síntomas negativos

- Empobrecimiento del lenguaje y del pensamiento
- Pobre expresión de emociones
- Abandono en la higiene personal
- Aislamiento social
- Falta de motivación
- Deterioro en el funcionamiento social, académico y laboral

4. **Fase de recuperación:**

- Estabilización de los síntomas o mejoría clínica.
- Mejoría en el nivel de funcionamiento social, escolar o laboral.(57)

2.2.6 Diagnóstico según DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

CATEGORIA A :

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

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

CATEGORIA B :

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

CATEGORIA C:

Los signos continuos del trastorno persisten durante *un* mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

CATEGORIA D:

Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

CATEGORIA E:

El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

CATEGORIA F:

Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.(61)

2.2.7 Clasificación según OMS (CIE 10):

La clasificación propuesta por la OMS en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10 o ICD-10) en la mayoría de países incluido el nuestro; clasifica la esquizofrenia como sigue(62):

Los tipos de esquizofrenia están definidos por los síntomas que predominan en la evaluación del paciente con esquizofrenia y es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo.

Por esta falta de especificidad, en la última actualización de la clasificación americana de enfermedades mentales recientemente se han suprimido estos subtipos. No obstante, pasamos a describir las características que más definían a estos subtipos:

Por esta falta de especificidad, en la última actualización de la clasificación americana de enfermedades mentales recientemente se han suprimido estos subtipos. No obstante, pasamos a describir las características que más definían a estos subtipos:

2.2.7.1 Esquizofrenia paranoide(F20.0):

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes y alucinaciones auditivas sin

claras alteraciones en la afectividad, en el lenguaje y sin mostrar un comportamiento catatónico asociado. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de perjuicio o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática aunque suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.

Estas características psicológicas y conductuales se asocian a diversos tipos de deterioro de la función laboral o social. Aunque puede haber un notable deterioro con dificultades en múltiples dominios funcionales, el trastorno se caracteriza por una mayor heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. También se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades médicas generales, y de portabilidad, especialmente por suicidio, que se da en un 10% de los pacientes. En el subtipo paranoide, las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas son características prominentes.

Las recaídas en muchos de los casos son inevitables, pues en algunos sujetos se producen

de forma espontánea y, además, se deben a factores externos a la esquizofrenia. Los episodios propios de esta enfermedad presentan cierta tendencia a repetirse. Sin embargo, las posibilidades de recaída son más elevadas en aquellas personas que consumen drogas tales como estupefacientes y alcohol, o en aquellas que dejan el tratamiento antes de lo establecido.

Sin embargo, una persona que tenga incluso una medicación, puede encontrar obstáculos que conlleven una recaída. En estos casos las recaídas no se producen de forma repentina. Ciertos cambios de conducta en el enfermo son signos de que la enfermedad ha empeorado. Aprender a detectar dichos signos es fundamental para su prevención y ayuda.

Signos de alarma de una recaída:

Existen signos prácticamente generales, es decir, que los sufren prácticamente todas las personas con esquizofrenia. Por otra parte, existen signos que pueden ser únicos en una persona determinada.

Uno de los principales rasgos de ciertos signos son los cambios de conducta. Tras reconocer esta señal de alarma, se ha de acudir al médico. En ocasiones, el sujeto puede estar tan enfermo que no es consciente de su propia recaída, por lo que necesitará ayuda (familia, amigos, etc.). En otros

casos, las recaídas se deben a que los esquizofrénicos abandonan la medicación.

Si el médico actúa con rapidez avisado previamente por algún familiar, puede suministrarse al esquizofrénico una nueva medicación mejor adaptada para evitarle posibles daños.

Muchas veces los signos de alarma no son detectados por el propio enfermo debido a la gravedad de aquélla, por lo que para mantenerse en alerta ante cualquier recaída es de vital importancia la empatía y la comunicación. De ahí que cuanto mayor comunicación se tenga con el esquizofrénico, más fácil resultará distinguir entre las emociones normales y las señales de una recaída.

Situaciones claras de recaída

- El sujeto escucha voces.
- No es capaz de cuidarse.
- Se siente abrumado y desesperanzado con facilidad.
- Siente que no puede salir de casa.
- Percibe cosas irreales (generalmente se trata de alucinaciones auditivas verbales; más raramente, también visuales, táctiles olfatorias).
- Desvirtuación de la realidad y de sí mismo. (63)

2.2.7.2 Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica(F20.1):

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y unas alteraciones en las emociones marcadas. Puede haber ideas delirantes y alucinaciones, pero no suelen estar organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Habitualmente, este subtipo está asociado a un inicio temprano y a un curso continuo. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina **hebefrénico**.

2.2.7.3 Esquizofrenia catatónica(F20.2):

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo o peculiaridades del movimiento voluntario. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber desde el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido hasta una adopción de posturas raras o inapropiadas. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras causas u enfermedades.

2.2.7.4 Esquizofrenia indiferenciada (F20.3): cuando una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama indiferenciada.

2.2.7.5 Depresión Postesquizofrénica (F20.4): Trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después de un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos "positivos" o "negativos" (más frecuentes). Rara vez son lo suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas de un episodio depresivo grave y a menudo es difícil decidir qué síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuáles a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno de la voluntad y del empobrecimiento afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un *alto riesgo de suicidio*.

2.2.7.6 Esquizofrenia residual (F20.5): El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es acusada la existencia de ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o un lenguaje desorganizado, sobresaliendo principalmente los síntomas negativos (aislamiento emocional, social, pobreza del lenguaje, falta de interés..).

2.2.7.7 Esquizofrenia simple (F20.6): la esquizofrenia simple constituye uno de los subtipos de la esquizofrenia donde los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) son mínimos destacando otras alteraciones. Ha sido un diagnóstico que ha estado envuelto en controversias por lo que en la última edición del Manual DSM de trastornos mentales se ha suprimido así como el resto de subtipos de la esquizofrenia. Se caracteriza por un deterioro insidioso de las funciones mentales y del afecto emocional (inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social..) durante más de un año pero sin los síntomas positivos propios de la psicosis.(64)

2.2.7.8 Otras esquizofrenias (F20.8)

2.2.7.9 Esquizofrenia no especificada (F20.9) (65)

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no se ha considerado una hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Año de diagnóstico	Año calendario en que el diagnóstico fue realizado por el especialista (psiquiatría)	1. 2010 2. 2011 3. 2012 4. 2013 5. 2014	Nominal
Tiempo de enfermedad	Tiempo en meses referido en Historia Clínica hasta el diagnóstico referido por el especialista	1. menos de 30 días 2. 1 a 3 meses 3. 4 a 6 meses 4. 6 meses a mas	Nominal
Edad del Paciente	Edad Cronológica en años	1. 15 a 19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 – 49 años 5. 50 – 59 años 6. 60 – 69 años 7. 70 – 79 años 8. > 79 años	Ordinal
Estado Civil	Estado o condición conyugal	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Divorciado 5. Viudo	Nominal
Nivel de Instrucción	Grado Alcanzado	1. Analfabeto 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa	Nominal
Sexo	Fenotipo	1. Femenino 2. Masculino	Nominal

Residencia	Lugar donde vive al momento del diagnóstico	1. Rural 2. Urbana	Nominal
Ocupación	Principal ocupación	1. Empleado remunerado 2. Empleado no remunerado 3. Obrero dependiente 4. Obrero independiente 5. Estudiante 6. No trabaja	Nominal
Religión	Creencia religiosa que practica el paciente	1. Si 2. No 3. No consultado	Nominal
Síntomas y signos	Primeros síntomas que orientaron el diagnóstico. Síntomas principales descritos en Historia clínica	1. Ausentismo 2. Alucinaciones 3. Ideas delirantes 4. Distorsión de la realidad 5. Expresión facial no cambiante 6. Disminución de movimientos espontáneos 7. Disminución de gestos expresivos 8. Contacto visual 9. Respuesta afectiva 10. Lenguaje alterado 11. Alucinaciones auditivas 12. Alucinaciones visuales 13. Alucinaciones táctiles 14. Delirios 15. Agresión 16. Otros (a explorarse en historial clínico)	Nominal
Factores precipitantes	Aquel factor(es) que en el momento del diagnóstico se consideraron clínicamente como asociados a inicio del mal	1. Muerte de un familiar 2. Estado estresante 3. Otros: _____ (se consignará el o los factores que pudieron estar asociados)	Nominal
Antecedentes familiares	Asociados al mal como antecedentes	1. Madre con esquizofrenia 2. Padre con esquizofrenia 3. Otro familiar con esquizofrenia : _____	Nominal
Complicaciones de la enfermedad	Según clasificación clínica	1. Abuso de sustancias 2. Problemas físicos 3. Intento de suicidio	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> 4. Intento u acto Homicidio 5. Violencia 6. Problemas legales 7. Enfermedades mentales concomitantes (ejm:depresión) 8. Otros_____ 	
Hábitos nocivos	Consumo periódico	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tabaco 2. Alcohol 3. Sustancia psicoactiva:_____ 4. Tranquilizantes: _____ 	Nominal
Estado de aseguramiento	Estado de aseguramiento registrado y que contemple asistencia médica y hospitalización formal.	<ul style="list-style-type: none"> 1. SIS 2. ESSALUD 3. Privado 4. Otro:_____ 5. Ninguno 	Nominal
Nivel de dependencia	Presencia de asistencia o apoyo familiar consignada en la historia clínica. Acompañante inicial en periodo de diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Acude sólo y sin asistencia 2. Padre 3. Madre 4. Ambos 5. Hermanos 6. Abuelos 7. Esposa(so) 8. Otros:_____ 	Nominal
Hospitalizaciones	Nº de hospitalizaciones o internamientos asociados al daño en estudio	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. 1 a 2 veces 3. 3 a más 	Intervalo
Ingresos por emergencia por crisis	Se consignará el número de emergencias por crisis tratadas en emergencia	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. 1 a 2 veces 3. 3 a 4 veces 4. 5 a 6 veces 5. Más de 6 veces 	Razón
Controles médicos	Nº de controles al año	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1 a 2 / año 2. 3 a 4 / año 3. 5 a 6 / año 4. Mensual en el último año 	Nominal
Evolución de la enfermedad	Nº de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Nominal

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

La presente investigación es de tipo No Experimental, Retrospectivo, Observacional, Analítico y Transversal.

4.2 Población y muestra.

Ámbito de estudio:

Estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue el cual es un establecimiento categorizado en el nivel II-2. Es el único hospital de referencia del Ministerio de Salud para la Región Tacna. Cuenta con los departamentos de Medicina, Cirugía Gineco-Obstetricia y Pediatría.

El servicio de psiquiatría cuenta actualmente con 22 camas, 2 enfermeras y 2 técnicos por turno. Cuenta además con 03 Psiquiatras, 01 residente, 01 psicóloga permanente y una asistente social. Sólo se hospitalizan pacientes mayores de 17 años.

Además se cuenta con un área llamada "Hospital de Día" donde se trata principalmente adicciones. Se cuenta además con un psicólogo para el área de adicciones , un segundo psicólogo para el área de psicosis y un tercer psicólogo para el área de hospitalización.

Población:

El servicio de Psiquiatría atendió a 1365 pacientes entre los años 2010-2014, actualmente registrados en el sistema de informática del hospital Hipólito Unánue de Tacna y servicio de informática regional. De los cuales 1074 eran Esquizofrenia Paranoideas

Muestra:

Se realizó un muestreo aleatorio simple para determinar el tamaño muestral del periodo en estudio (2010-2014) determinado por la siguiente función:

$$n = \frac{N * Z^{2*} p * (1 - p)}{d^2 * (N - 1) + Z^{2*} p * (1 - p)}$$

$$n = 283$$

$$N = 1074$$

$$Z = 1.96 \text{ (95 \% nivel de confianza)}$$

$$p = 0.5 \text{ (50 \%)}$$

$$d = \text{nivel de error de 5 \% (0.05)}$$

La asignación por años fue por muestreo proporcional según el siguiente detalle:

	CASOS	%	Tamaño de muestra
2010	177	16.48	47
2011	173	16.11	45
2012	169	15.74	45
2013	265	24.67	70
2014	290	27.00	76
	1074	100	283

4.2.1 Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia.
2. De ambos sexos
3. Mayores de 15 años
4. Atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna.
5. Atendidos entre los años 2010 al 2014

4.2.2 Criterios de Exclusión

1. Archivos incompletos.
2. Pacientes con otros tipos de esquizofrenia confirmada.

4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (ver anexos)

Se utilizó un instrumento de recolección de datos con las variables correspondientes a cada objetivo trazado.

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó un cuestionario estructurado, el cual fue aplicado por el investigador y un equipo de 3 personas entrenadas en la investigación.

Dicho personal de apoyo fue capacitado en los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales correctamente depurado.

Consideraciones éticas

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Todos los datos recolectados fueron para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identifico los datos particulares de los pacientes.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboró cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en tablas y gráficos utilizando el programa SPSS versión 21. Se utilizará la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

RESULTADOS

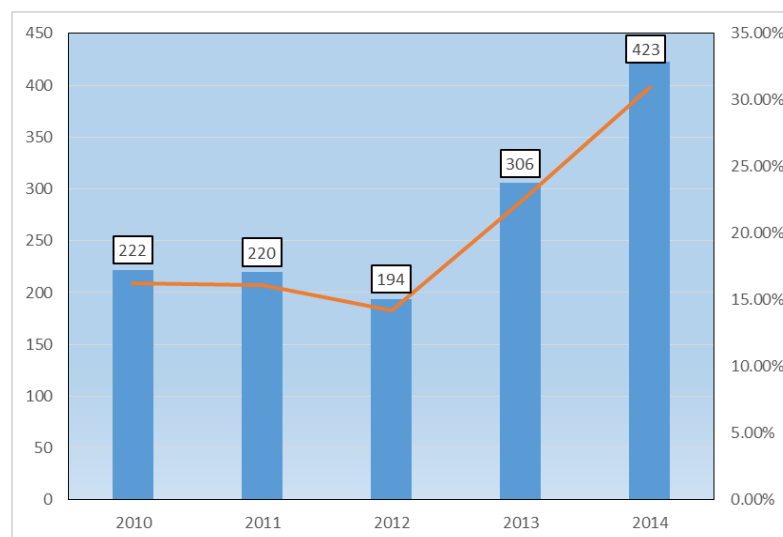
TABLA 01

**FRECUENCIA DE ESQUIZOFRENIA DIAGNOSTICADA EN EL
SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. 2010-2014**

		ESQUIZOFRENIA	
		N	%
AÑO	2010	222	16.26%
	2011	220	16.12%
	2012	194	14.21%
	2013	306	22.42%
	2014	423	30.99%
	Total	1365	100.00%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

Graf. 01 : Frecuencia de esquizofrenia



Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 01 y grafica 01 se observa la frecuencia de esquizofrenia y su tendencia entre los años 2010 al 2014. En el año 2010 se observaron 222 casos (16.26%) hasta llegar a un total de 423 casos registrados en el año 2014 (30.99%). En el quinquenio en estudio se tiene registrados 1365 casos de esquizofrenia en todos sus subtipos. En la gráfica 01 se puede observar la tendencia considerablemente a partir del año 2012 donde existe un aumento considerable de la morbilidad.

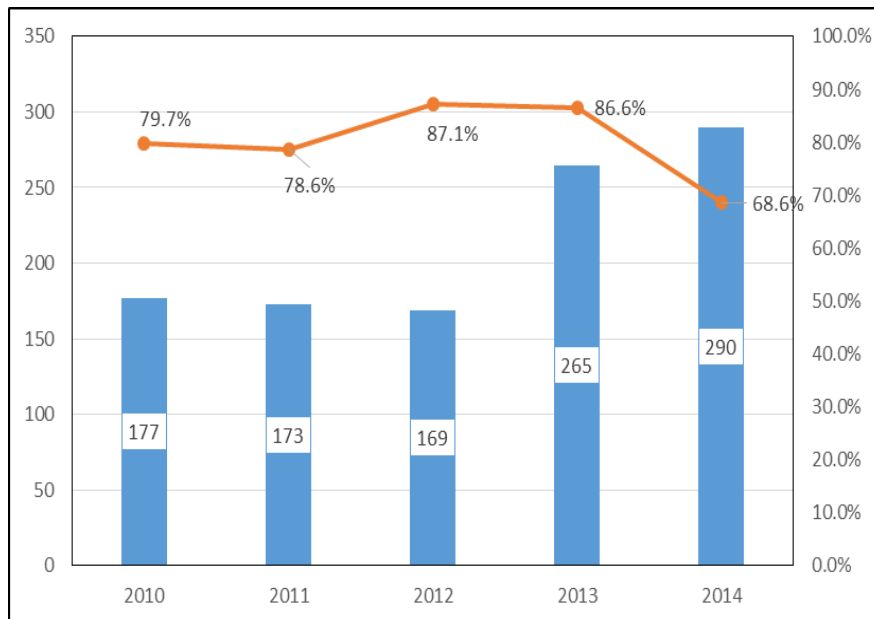
TABLA 02

PREVALENCIA DE LOS PRINCIPALES TIPO DE ESQUIZOFRENIA DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

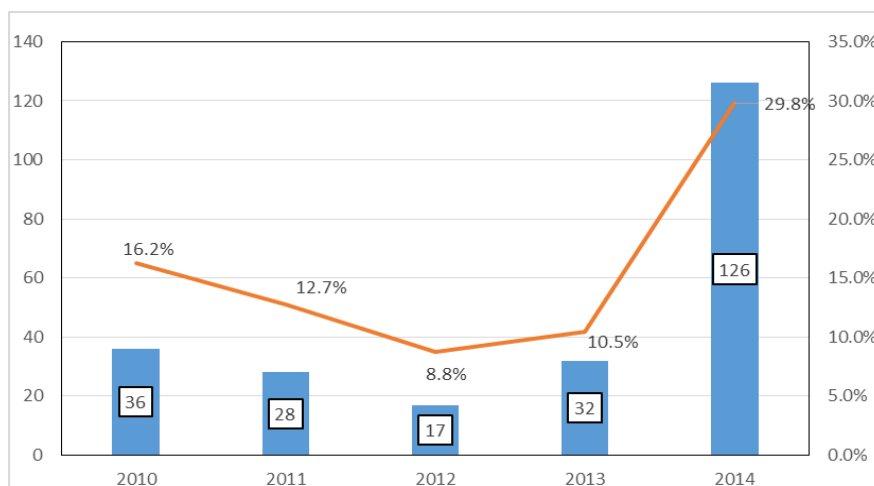
AÑO	TIPO DE ESQUIZOFRENIA															
	ESQUIZOFRENIA CATATONICA		ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA		ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA		ESQUIZOFRENIA PARANOIDE		ESQUIZOFRENIA RESIDUAL		ESQUIZOFRENIA SIMPLE		OTRAS ESQUIZOFRENIAS		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2010	0	0.0%	1	.5%	36	16.2%	177	79.7%	0	0.0%	1	.5%	7	3.2%	222	100.0%
2011	0	0.0%	0	0.0%	28	12.7%	173	78.6%	2	.9%	0	0.0%	17	7.7%	220	100.0%
2012	0	0.0%	0	0.0%	17	8.8%	169	87.1%	0	0.0%	3	1.5%	5	2.6%	194	100.0%
2013	0	0.0%	0	0.0%	32	10.5%	265	86.6%	2	.7%	0	0.0%	7	2.3%	306	100.0%
2014	1	.2%	0	0.0%	126	29.8%	290	68.6%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.4%	423	100.0%
Total	1	.1%	1	.1%	239	17.5%	1074	78.7%	4	.3%	4	.3%	42	3.1%	1365	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

GRAF. 02: Prevalencia de esquizofrenia paranoia.



GRAF. 02 : Prevalencia de esquizofrenia no especificada.



En la tabla 02 se observa la distribución de frecuencia de las esquizofrenias según año y tipo. Podemos observar que la mayor frecuencia la representa la esquizofrenia paranoia (78,7%) seguido de la esquizofrenia no específica (17,5%). En el año 2010 la frecuencia de la esquizofrenia paranoia fue del 79.7 %, en el 2011 78.6%, en el 2012 del 87.1 %, en el 2013 de 86.6 % y en el 2014 del 68.6%.

En la gráfica 02 y 03 podemos observar la tendencia de estos dos últimos tipos, donde en la esquizofrenia paranoia, la cual es la más frecuente, denota un decrecimiento de 86.6 % (N = 265) en el año 2013 a 68.6% (N=290) en el año 2014. Probablemente esta se deba a que como en la gráfica 02 se observa hayan pasado ser diagnosticadas un mayor número de casos de esquizofrenias no específicas, donde podemos observar que en el año 2013 represento 10.5% (N=32) pasando a un 29.8% (N=126) en el año 2014. Esta presunción ameritaría un trabajo de investigación que confirme esta sospecha.

TABLA 03

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA EDAD , ESTADO CIVIL Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		SEXO					
		FEMENINO		MASCULINO		Total	
		N	%	N	%	N	%
EDAD	15 A 19 AÑOS	4	28.6%	10	71.4%	14(4.9%)	100.0%
	20 A 29 AÑOS	50	45.0%	61	55.0%	111(39,22%)	100.0%
	30 A 39 AÑOS	51	45.9%	60	54.1%	111(39,22%)	100.0%
	40 A 49 AÑOS	16	48.5%	17	51.5%	33(11.67%)	100.0%
	50 A 59 AÑOS	10	71.4%	4	28.6%	14(4.9%)	100.0%
	Total	131	46.3%	152	53.7%	283	100.0%
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)	88	41.7%	123	58.3%	211 (74.6%)	100.0%
	CASADO(A)	5	62.5%	3	37.5%	8(2.82%)	100.0%
	CONVIVIENTE	25	67.6%	12	32.4%	37(13.07%)	100.0%
	DIVORCIADO(A)	12	46.2%	14	53.8%	26(9.19%)	100.0%
	VIUDO(A)	1	100.0%	0	0.0%	1(0.35%)	100.0%
	Total	131	46.3%	152	53.7%	283	100.0%
GRADO DE INSTRUCCION	ANALFABETO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	PRI. INCOMPLETA	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	PRI. COMPLETA	6	40.0%	9	60.0%	15(5.31%)	100.0%
	SEC. INCOMPLETA	44	50.0%	44	50.0%	88(31.09%)	100.0%
	SEC. COMPLETA	57	40.7%	83	59.3%	140(49.47%)	100.0%
	SUP. INCOMPLETA	24	60.0%	16	40.0%	40(14.13%)	100.0%
	SUP. COMPLETA	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Total	131	46.3%	152	53.7%	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 03 se observa la distribución de la edad, estado civil y grado de instrucción según sexo de los pacientes obtenidos por muestreo aleatorio proporcional (N=283) entre los años 2010 al 2014.

Según edad se observa que la mayor frecuencia se encuentra en los grupos de 20 a 29 años (N=111) y 30 y 39 años (N= 111). En el primer

grupo el 45.0% fue de sexo femenino y el 55% de sexo masculino. En el segundo grupo el 45.9 % fue de sexo femenino y el 54.1% de sexo masculino. Hay una pequeña proporción mayor de casos en el sexo masculino según la edad.

Según estado civil se observa que la mayor frecuencia se encuentra en el grupo de solteros (N=211) donde el 41.7% era de sexo femenino y el 58.3% de sexo masculino. El grupo con estado civil de conviviente (N=37) el 67.6% era de sexo femenino y el 32.4% era de sexo masculino. Podemos afirmar que el sexo femenino predomina la condición de contar con pareja no observándose en igual proporción esta característica en los varones con esquizofrenia paranoia.

Según grado de instrucción se observa que la mayor frecuencia se encuentra en el grupo de pacientes con secundaria completa (N= 140), donde el 59,3 % fueron de sexo masculino y 40.7% fueron de sexo femenino, no obstante también se observa un grupo significativo de aquellos que llegaron a estudiar la secundaria sin culminarla (N=88), siendo de igual proporción en ambos sexos.

En el grupo con superior incompleta (N=40), la mayor proporción con esta condición fue del sexo femenino (60%), comparado al del sexo masculino (40%).

TABLA 04

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA RELIGION, OCUPACION Y RESIDENCIA SEGÚN SEXO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		SEXO					
		FEMENINO		MASCULINO		Total	
		N	%	N	%	N	%
RELIGION	NO CONSULTADO	5	41.7%	7	58.3%	12(4.24%)	100.0%
	SI	123	46.6 %	141	53.40 %	264 (93.2%)	100.0%
	NO	3	42.9%	4	57.1%	7(2.48%)	100.0%
	Total	131	46.28%	152	53.72%	283	100%
OCUPACION	OBRERO INDEPENDIENTE	16	20.0%	64	80.0%	80(28.27%)	100.0%
	ESTUDIANTE	21	55.3%	17	44.7%	38(13.43%)	100.0%
	NO TRABAJA	94	57.0%	71	43.0%	165(58.3%)	100.0%
	Total	131	46.28%	152	53.72%	283	100%
RESIDENCIA	RURAL	1	50.0%	1	50.0%	2(0.71%)	100.0%
	URBANA	130	46.26%	151	53.7%	281(99.29)	100.0%
	Total	131	46.28%	152	53.72	283	100%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 04 se observa la distribución de frecuencia de la religión, ocupación y residencia según sexo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia.

Podemos observar que según religión el grupo el grupo que tenía una creencia religiosa o pertenecía a una grupo religioso (N=264) tuvo la mayor frecuencia, siendo 93.2 % siendo el 46.6 % de sexo femenino y 53.40 % de sexo masculino.

Además podemos observar que en relación a la ocupación del paciente, la mayor frecuencia de casos de esquizofrenia son aquellos que no tienen trabajo o no la ejercen como tal (N=165), siendo en este grupo el 57,0% de sexo femenino y 43,0% de sexo masculino. Sin embargo podemos observar un grupo (N=80), que laboran como obreros independientes, siendo el 80 % de sexo masculino y 20% de sexo femenino. Se puede

presumir que la condición de enfermedad permite en un considerable grupo de casos , mantenerse insertado en el mundo laboral y social.
Según residencia, la gran mayoría es de procedencia urbana (N=281).

TABLA 05

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE TIEMPO DE ENFERMEDAD EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA.
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014**

		N	%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	1 A 3 MESES	3	1.1%
	4 A 6 MESES	8	2.8%
	MAS DE 6 MESES	272	96.1%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 05 se observa la distribución de frecuencia del tiempo de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia paranoia, tuvieron en su gran mayoría el intervalo de tiempo de padecer los signos y síntomas, más de 6 meses (N=272) representando el 96.1% del total.

TABLA 06**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014**

	N	%
IDEAS DELIRANTES	243	85.90%
ALUCINACIONES AUDITIVAS	200	70.70%
DISTORSION DE LA REALIDAD	199	70.30%
DELIRIO DE PERSECUCIÓN	106	37.50%
VIOLENCIA/AGRESIVIDAD	60	21.20%
HABLA SOLO	49	17.30%
LABILIDAD EMOCIONAL	47	16.60%
AUSENTISMO	36	12.70%
 AISLAMIENTO	36	12.70%
 MIEDOS	33	11.70%
 MALA HIGIENE	23	8.10%
 DEAMBULACIÓN	18	6.40%
 ANSIEDAD	16	5.70%
 INDIFERENCIA	15	5.30%
 ALUCINACIONES VISUALES	14	4.90%
 HIPOACTIVIDAD	10	3.50%
 INSOMNIO	9	3.20%
 EXPRESIÓN FACIAL NO CAMBIANTE	0	0.00%
 DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS ESPONTÁNEOS	0	0.00%
 DISMINUCIÓN DE GESTOS EXPRESIVOS	0	0.00%
 CONTACTO VISUAL	0	0.00%
 RESPUESTA AFECTIVA	0	0.00%
 LENGUAJE ALTERADO	0	0.00%
 ALUCINACIONES TÁCTILES	0	0.00%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 06 se observa los principales signos y síntomas presentes en los pacientes con esquizofrenia paranoia.

Los signos y síntomas más frecuentes fueron: Ideas delirantes (85.9%), alucinaciones auditivas (70.70%), distorsión de la realidad (62.2%) y delirio de persecución (37.5%).

Los signos y signos con menor frecuencia fueron insomnio (3.2%), hipoactividad (3.5%) y alucinaciones visuales (4.9%).

Cabe destacar que un paciente pudo tener más de un signo y síntoma al mismo tiempo y que además aquellos síntomas que estuvieron presentes en la búsqueda y no fueron hallados, pudieron haber estado presentes en los pacientes, sugiriendo la elaboración de un protocolo de evaluación a elaborar y promover mayores relacionados a la presentación clínica de estos pacientes.

TABLA 07

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS PROBABLES FACTORES PRECIPITANTES DE LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
ESTADO ESTRESANTE	NO	37	16.6%
	SI	186	83.4%
	Total	223	100.0%
OTROS	NO	180	80.7%
	PROBLEMAS DESEMPLEÑO LABORAL	17	7.6%
	PROBLEMAS DE PAREJA	13	5.8%
	PROBLEMAS ECONOMICOS	13	5.8%
	Total	223	100.0%
MUERTE DE UN FAMILIAR	NO	222	99.6%
	SI	1	0.45%
	Total	223	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 07 se observa los probables factores precipitantes de la esquizofrenia paranoia y el número de factores presentes en los mismos. Se observa que el 83.4 % presento el estado estresante como factor precipitante, seguidos por problemas de desempeño laboral, problemas de parejas y problemas económicos con un 7,6%, 5,8% respectivamente. Se observa además que se identificó al menos un factor precipitante en el 76,3% de los casos.

TABLA 08

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LA PRESENCIA DE ANTECEDENTE FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
N° DE ANTECEDENTE FAMILIAR	SIN ANTECEDENTE FAMILIAR	262	92.6%
	CON ANTECEDENTE FAMILIAR	21	7.4%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 08 se observa la distribución de frecuencia de la presencia de antecedentes familiares en pacientes con esquizofrenia paranoia.

Se observa que el 92,6% no presento antecedentes familiares con la misma patología.

TABLA 09

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES ANTECEDENTES FAMILIARES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
OTRO	PRIMO	7	33.3%
	TIO	6	28.6%
	ABUELO	2	9.5%
	NO	6	28.6%
	Total	21	100.0%
PADRE CON ESQUIZOFRENIA	NO	17	81.0%
	SI	4	19.0%
	Total	21	100.0%
MADRE CON ESQUIZOFRENIA	NO	19	90.5%
	SI	2	9.5%
	Total	21	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 09 se observa la distribución de frecuencia del grupo con antecedentes familiares (N=21) en pacientes con esquizofrenia paranoia. Se observa que de aquellos pacientes con antecedentes familiares, el 33,3% tuvieron a un miembro de la familia de segunda generación como es el caso de primos, seguido de un 28,57% a un tío y en tercer lugar de frecuencia al padre (19,05%), que en este último caso sería de parentesco directo.

TABLA 10

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES HABITOS NOCIVOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
ALCOHOL	NO	246	86.9%
	SI	37	13.1%
	Total	283	100.0%
TRANQUILIZANTES	NO	274	96.8%
	SI	9	3.2%
	Total	283	100.0%
TABACO	NO	281	99.3%
	SI	2	0.7%
	Total	283	100.0%
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO	283	100.0%
	SI	0	0.0%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 10 se observa la distribución de frecuencia de los principales hábitos nocivos en pacientes con esquizofrenia paranoia.

Se observa que solo el 13,1% presentaba como hábito nocivo el consumo de alcohol seguido de un 3.2% el consumo de tranquilizantes.

TABLA 11

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. 2010-2014**

		N	%
VIOLENCIA	NO	180	63.60%
	SI	103	36.40%
	Total	283	100.00%
ENFERMEDADES MENTALES CONCOMITANTES	NO	211	74.60%
	SI	72	25.40%
	Total	283	100.00%
INTENTOS DE SUICIDIO	NO	236	83.40%
	SI	47	16.60%
	Total	283	100.00%
PROBLEMAS LEGALES	NO	265	93.60%
	SI	18	6.40%
	Total	283	100.00%
PROBLEMAS FISICOS	NO	277	97.90%
	SI	6	2.10%
	Total	283	100.00%
INTENTO U ACTO DE HOMICIDIO	NO	280	98.90%
	SI	3	1.10%
	Total	283	100.00%
ABUSO DE SUSTANCIAS	NO	282	99.60%
	SI	1	0.40%
	Total	283	100.00%
COMPLICACIONES	SIN COMPLICACIONES	0	0.00%
	1,00	102	36.00%
	2,00	133	47.00%
	3,00	40	14.10%
	4,00	8	2.80%
	Total	283	100.00%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 11 se observa la distribución de frecuencia de las principales complicaciones en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia.

Se observa que las complicaciones más frecuentes son Actos de violencia (36,4%), enfermedades mentales concomitantes (25,4%) e intento de suicidio (16.6%).

Además podemos observar que todos los pacientes presentaron por lo menos 1 complicación de la enfermedad. En su mayoría el grupo en estudio presento hasta 2 complicaciones (83 %).

TABLA 12

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LAS RECAIDAS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014**

		N	%
RECAIDAS	NO	13	4.6%
	SI	270	95.4%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 12 se observa la distribución de frecuencia de las recaídas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia.

Se observa que las recaídas tuvieron un porcentaje del 95.4 % en la población en estudio.

TABLA 13

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL ESTADO DE ASEGURAMIENTO Y NIVEL DE DEPENDENCIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
ESTADO DE ASEGURAMIENTO	SIS	24	8.5%
	ESSALUD	0	0.0%
	PRIVADO	0	0.0%
	OTRO	1	.4%
	SIN SEGURO	258	91.2%
	Total	283	100.0%
NIVEL DE DEPENDENCIA	ACUDE SOLO Y SIN ASISTENCIA	49	17.3%
	PADRE	30	10.6%
	MADRE	54	19.1%
	AMBOS	55	19.4%
	HERMANOS	34	12.0%
	ABUELOS	4	1.4%
	ESPOSA	20	7.1%
	OTRO	37	13.1%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 13 se observa la distribución de frecuencia del estado de aseguramiento y nivel de dependencia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia.

Se observa que solo el 8.5% cuenta con un estado de aseguramiento.

Concomitantemente se observa que el 82,7 % presentan algún tipo de dependencia familiar, de los cuales destaca padre y madre (19.4%), madre (19.1%) y hermanos (12,0%).

TABLA 14

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE ATENCION POR EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
INGRESOS POR EMERGENCIA	NUNCA	11	3.9%
	1 A 2 VECES	155	54.8%
	3 A 4 VECES	95	33.6%
	5 A 6 VECES	16	5.7%
	MAS DE 6 VECES	6	2.1%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 14 se observa la frecuencia de atención por el servicio de emergencia en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia. Se observa que del total de pacientes, el 54,8% ingresaron 1 a 2 veces por emergencia, seguidos de aquellos que ingresaron hasta 3 a 4 veces (33,6%).

TABLA 15

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE HOSPITALIZACIONES DE LOS
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA.
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014**

		N	%
HOSPITALIZACIONES	NUNCA	9	3.2%
	1 A 2 VECES	204	72.1%
	3 A MAS	70	24.7%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 15 se observa la distribución de frecuencia de hospitalizaciones de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoia.

Se observa que del total de pacientes el 72,1% estuvo 1 a 2 oportunidades hospitalizado, seguidos de aquellos pacientes que lo estuvieron en 3 o más oportunidades (24.7%)

TABLA 16

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS CONTROLES MEDICOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
CONTROLES MEDICOS	1 A 2 VECES POR AÑO	31	10.95
	3 A 4 VECES POR AÑO	147	51.94
	5 A 6 VECES POR AÑO	64	22.62
	MENSUAL	41	14.49
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 16 se observa la distribución de frecuencia de los controles médicos en el servicio de psiquiatría de los pacientes con esquizofrenia paranoia.

Se observa que el 51,94% tuvo al menos 3 a 4 veces controles por año, seguido de 5 a 6 veces por año en un 22,62 %.

TABLA 17

FRECUENCIA DE SEXO Y SIGNOS Y SINTOMAS SEGÚN LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

								p
		1 A 2 COMPLICACIONES		3 A 4 COMPLICACIONES		Total		
		N	%	N	%	N	%	
SEXO	FEMENINO	117	89.3%	14	10.7%	131	100.0%	0.009
	MASCULINO	118	77.6%	34	22.4%	152	100.0%	
	Total	235	83.0%	48	17.0%	283	100.0%	
N° DE SIGNOS Y SINTOMAS	1 A 2	41	82.0%	9	18.0%	50	100.0%	0.000
	3 A 5	186	86.1%	30	13.9%	216	100.0%	
	6 A MAS	8	47.1%	9	52.9%	17	100.0%	
	Total	235	83.0%	48	17.0%	283	100.0%	

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 17 se observa la asociación de las variables sexo y numero de signos y síntomas. Se lograron identificar del total de variables estudiadas que tanto sexo (p : 0.009) y el número de signos y síntomas (p: 0.000) están asociados al número de complicaciones presentes en el paciente con esquizofrenia.

Según sexo del total de pacientes de sexo femenino (N=131) el 89.3% tuvo de 1 a 2 complicaciones. En el grupo de sexo masculino (N=152) el 22.4 % presento de 3 a 4 complicaciones comparado a un solo 10,7 % en el sexo femenino. Esta diferencia es altamente significativa.

A menor número de signos y síntomas menor número de complicaciones. En aquellos pacientes con 1 a 2 síntomas (N=50) y de 3 a 5 síntomas (N=216) la presencia de complicaciones fue de 82.0% y 86.1% respectivamente. A diferencia del grupo con más de 6 signos de síntomas

donde la mayor proporción presento de 3 a 4 complicaciones (52.9%). Se puede observar una tendencia a que a mayor presencia de signos y síntomas, se puede esperar una mayor probabilidad de que se presente alguna complicación.

TABLA 18

**PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A HOSPITALIZACION EN
LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA
PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014**

		HOSPITALIZACIONES								p
		NUNCA		1 A 2 VECES		3 A MAS		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
EDAD	15 A 19 AÑOS	1	7.1%	12	85.7%	1	7.1%	14	100.0%	0.000
	20 A 29 AÑOS	2	1.8%	92	82.9%	17	15.3%	111	100.0%	
	30 A 39 AÑOS	6	5.4%	76	68.5%	29	26.1%	111	100.0%	
	40 A 49 AÑOS	0	0.0%	22	66.7%	11	33.3%	33	100.0%	
	50 A 59 AÑOS	0	0.0%	2	14.3%	12	85.7%	14	100.0%	
	Total	9	3.2%	204	72.1%	70	24.7%	283	100.0%	
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)	5	2.4%	165	78.2%	41	19.4%	211	100.0%	0.000
	CASADO(A)	2	25.0%	2	25.0%	4	50.0%	8	100.0%	
	CONVIVIENTE	2	5.4%	27	73.0%	8	21.6%	37	100.0%	
	DIVORCIADO(A)	0	0.0%	9	34.6%	17	65.4%	26	100.0%	
	VIUDO(A)	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	9	3.2%	204	72.1%	70	24.7%	283	100.0%	
OCUPACION	OBRAERO INDEP.	4	5.0%	46	57.5%	30	37.5%	80	100.0%	0.008
	ESTUDIANTE	1	2.6%	33	86.8%	4	10.5%	38	100.0%	
	NO TRABAJA	4	2.4%	125	75.8%	36	21.8%	165	100.0%	
	Total	9	3.2%	204	72.1%	70	24.7%	283	100.0%	

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

En la tabla 18 se observa los factores principalmente asociados al número de hospitalizaciones en los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoia.

Los factores principalmente asociados fueron edad (p: 0.000), estado civil (p: 0.000) y ocupación (p: 0.008).

Según edad podemos afirmar que a mayor edad es mayor el número de hospitalizaciones. En el grupo de 15 a 19 años (N=14) el 7.1 % presento 3 a más hospitalizaciones. En el grupo de 50 a 59 años (N=14) el 85,7% el número de hospitalizaciones fue de 3 a más. En los diferentes grupos de edad estos valores van aumentando. Existe una diferencia altamente significativa según edad y la probabilidad de tener 3 a más hospitalizaciones.

Según estado civil en la condición de divorciado (N= 26) el 65.4% ha tenido de 3 a más hospitalizaciones y esta diferencia es altamente significativa a los diferentes grupos.

Según ocupación en el grupo de obreros independientes (N=80) el 37.5% tuvo de 3 a más hospitalizaciones seguido del grupo que no trabaja (N=165) el 21.8 % tuvo de 3 a más hospitalizaciones. Estas diferencias son altamente significativas.

DISCUSION

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias que ocasionan una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y labores de las personas que la sufren, que se inicia generalmente en la adolescencia, que tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para la cual, no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos. La atención a las personas con esquizofrenia, ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas, por lo que el periodo estudiado en esta investigación permite visualizar que otras necesidades se requieren para el adecuado manejo de estos casos.

La frecuencia mundial de la esquizofrenia es alrededor del 1% en todos los grupos culturales a nivel mundial(16), pero se encuentra prevalencias menores en países en vías de desarrollo como el nuestro donde según Bhugra D. (24), no refiriéndose datos exactos por países pero si menores a los señalados por la OMS. En nuestro trabajo encontramos una frecuencia de 1365 casos de esquizofrenia de un total poblacional de 264, 957 de 15 a mas años, dando una prevalencia del 0.5%(66).

Respecto a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio tenemos que según la edad encontrada que la mayor frecuencia se encuentra en los grupos etarios de 20 a 29 años y 30 a 39 años. Además se evidencia que el sexo masculino es el que predomina. Información que es corroborado por Marco M Picchioni (33) quien refiere en su estudio que la esquizofrenia tiene más prevalencia en hombres que en mujeres (relación 1,4:1), lo mismo que el estudio de D. Castle y cols. (35) que manifiestan que el pico de aparición de la esquizofrenia son las edades de 20-28 años para los hombres y 26-32 años para las mujeres.

En un trabajo realizado por Paul S. Gerstein, MD (34) argumenta, que existen evidencias que el pronóstico es mejor en mujeres, relacionándose este dato con una tendencia a un inicio más tardío en ese sexo, probablemente por el efecto antidopaminérgico del estrógeno.

Según estado civil, Maria Elena Medina (12) refiere el 87% de los pacientes esquizofrénicos en su estudio eran solteros. En nuestro trabajo esta condición representó el 74.55%. Jimenez Castro afirma que pacientes con esquizofrenia está asociado a bajos niveles de escolaridad(13). En nuestro estudio encontramos que el 49.46% cuenta con secundaria completa seguido de un 31.09% con secundaria incompleta.

Gomez Mena refiere que la religión está íntimamente ligada a delirios, no refiere características por grupos religiosos, pero si incluye a la religión en general como un factor asociado en estados graves. En nuestro estudio, la población observada tiene como condición religiosa católica y no católica al 93.28%. Esto amerita otro estudio que permita profundizar que tipo de ideas delirantes tienen nuestros pacientes y si estos están asociados a alguna preferencia religiosa.

Si bien es cierto que la esquizofrenia es una enfermedad limitante o incapacitante, en nuestra investigación se detectó al indagar sobre la ocupación del paciente, que un 28.26% tenía una ocupación independiente o esporádica. Se puede presumir que la condición de enfermedad permite aún, en un mínimo porcentaje, desarrollar o mantenerse insertado en el mundo laboral y social con demanda física mas no intelectual. Hecho que la OMS (67) revela manifestando la idea de que la esquizofrenia se asocia a una incapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral; lo mismo que Paul S Gerstein, MD(22), quien define a la esquizofrenia como una enfermedad catastrófica incapacitante. Por otro lado **María Elena Medina** (12) en su estudio encontró que 70% de sus pacientes en estudio fueron desempleados o subempleados.

Según tiempo de enfermedad, nuestro grupo de estudio presenta un tiempo de enfermedad de más de 6 meses en el 96.1%. El DSMI V menciona que la presencia de síntomas puede presentarse en un periodo de 1 mes hasta 6 meses, para establecer el diagnóstico. OMS reafirma esto.

En cuanto a los signos y síntomas más frecuentes encontrados en los pacientes del presente estudio fueron: alucinaciones, ideas delirantes, distorsión de la realidad y alteración del comportamiento, además de la presencia de 3 a 5 signos y/ síntomas presentes en un mismo paciente. Idea que es respaldada por Janssen-Cilag S.A (6) que al recolectar información sobre la presencia de signos y síntomas de la esquizofrenia paranoia encuentra como más frecuentes la presencia de claras ideas delirantes y alucinaciones auditivas, sin alteraciones en la afectividad; además relaciona la presencia de otros signos y síntomas como la ansiedad, el retraimiento y tendencia a discutir.

Respecto a la frecuencia de antecedentes familiares en pacientes con esquizofrenia paranoia, se encontró que el 92,6% de la población objeto de estudio no presentó antecedentes familiares con la misma patología. Sin embargo Giugni M, y col. (29) y MCGuffin P y cols. (30); manifiestan que hay evidencias de que la heredabilidad de la esquizofrenia está por aproximadamente el 80 %, dato que difiere a los hallazgos encontrados en el presente estudio. Por otro lado Frankenburg (25) en su investigación manifiesta que población de inmigrantes afectados por la esquizofrenia, tienen como antecedentes miembros de segunda línea.

Además se observa que el 16.6 % de los pacientes, tuvieron intento de suicidio. Hecho que corrobora María Luisa Zamorro (9) quien encontró

que el 25,2 % de los casos han realizado al menos un intento de suicidio, siendo factor importante para el incremento de la mortalidad.

Solo el 8.9% de los pacientes objeto de estudio cuentan con un seguro de salud, lo cual hace presagiar que el resto de pacientes no tendrán una adecuada atención y tratamiento, sumado a q que existen un grupo considerable (13.7%) que refiere acudir sin compañía a la consulta, quedando un gran número que depende de la presencia y disponibilidad de un familiar u otro del entorno para asistir a recibir tratamiento o controles de manera oportuna.

Copo(17) refiere en su estudio factores estresantes (más de uno) en el período de debut de la enfermedad en un elevado porcentaje de los casos, en nuestro estudio el 83.4% presentó dicha característica asociada. Estudios futuros podrían profundizar en evaluar los estados estresantes contribuyendo así a un mejor abordaje de la prevención de las crisis.

Asimismo Copo(17) afirma que un factor de riesgo para la esquizofrenia es el antecedente familiar de la enfermedad, ya que los hijos de padres afectados representan un grupo vulnerable para desarrollar la enfermedad, que se incrementa cuando ambos padres la padecen. Observamos que el 92.6% de nuestro grupo de estudio no presenta antecedentes familiares cercanos que tengan el mismo diagnóstico.. de aquellos que si lo tenía (7.4%) los más relacionados fueron los familiares de 2da. Línea (primo, tío, abuelo) . No obstante Frankenburg (25) menciona en su investigación que inmigrantes con esquizofrenia tenían como antecedente un miembro de la familia de segunda línea , como el hallazgo en el presente estudio.

Medina comenta en su trabajo que la esquizofrenia no mostró una significancia estadística al compararla con el tipo de consumo de alcohol. Se ha visto que el inicio del consumo de alcohol es a una edad cada vez más temprana y que los hombres son los principales consumidores. En nuestro grupo de trabajo y observando lo registrado en las historias

clínicas, sólo el 13% de nuestros pacientes presentaba como hábito nocivo el consumo de alcohol. Dicha característica debería ser estudiada en trabajos prospectivos de asociación de hábitos nocivos, ya que Irina Esterlis y col (19) manifiesta en su investigación que pacientes con esquizofrenia tiene el habito de fumar, y quedo demostrado que el efecto de la nicotina mejora considerablemente la sintomatología de estos pacientes.

Gonzales Parra(18) afirma que los actos violentos por pacientes con esquizofrenia con frecuencia resultan inexplicables para la población general, creando estigmatización y aislamiento de estos pacientes. Asimismo publica que estudios recientes han encontrado una asociación significativa entre violencia y esquizofrenia en ciertos grupos de pacientes. En nuestro trabajo la presencia de violencia está en el 36.4% de los pacientes. Cifra considerada alta comparada con el trabajo de Gonzales, quien refiere que esta condición no supera el 10%.

Finalmente Alvaro Cavieres (20) manifiesta que las personas enfermas de esquizofrenia se caracterizan por un deterioro marcado de su funcionamiento social, el que antecede al inicio de la enfermedad y es un importante predictor de su pronóstico, a mediano y largo plazo, incluyendo la frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones, situación presente en esta investigación encontrando que el 95.4 % ha presentado recaidas a lo largo de su enfermedad que el 54,8% ingresaron 1 a 2 veces por emergencia, seguidos de aquellos que ingresaron hasta 3 a 4 veces (33,6%) y que del total de paciente el 72,1% estuvo 1 a 2 oportunidades hospitalizado, seguidos de aquellos pacientes que lo estuvieron en 3 o más oportunidades (24.7%).

CONCLUSIONES

1. En el quinquenio en estudio se tiene registrados 1365 casos de esquizofrenia en todos sus subtipos. La mayor frecuencia la representa la esquizofrenia paranoia (78,7%) seguido de la esquizofrenia no específica (17,5%).
2. En el año 2010 la frecuencia de la esquizofrenia paranoia fue del 79.7 %, en el 2011 78.6%, en el 2012 del 87.1 %, en el 2013 de 86.6 % y en el 2014 del 68.6%. Las características con mayor frecuencia fue: procedencia fue urbana (99.29%), edad de 20 a 39 años (78.4%), estado civil de soltero (74.5%), grado de instrucción con secundaria completa (49.46%).
3. El 96.1% tuvo un tiempo de enfermedad de más de 6 meses. Los signos y síntomas más frecuentes: Ideas delirantes (85.9%), alucinaciones auditivas (70.70%), distorsión de la realidad (62.2%) y delirio de persecución (37.5%). El 83.4 % presento el estado estresando como factor precipitante. El 92,6% no presento antecedentes familiares con la misma patología. Solo el 13,1% presentaba como habito nocivo el consumo de alcohol. Las complicaciones más frecuentes fueron Actos de violencia (36,4%), enfermedades mentales concomitantes (25,4%) e intento de suicidio (16.6%). Las recaídas fueron en el 95,4%. Solo el 8.9% cuenta con un seguro médico. El 82,7 % presentan algún tipo de dependencia familiar. El 54,8% ingresaron 1 a 2 veces por emergencia. El 72,1 % estuvo 1 a 2 oportunidades hospitalizado.
4. Se observó que el sexo (p: 0.009) y el número de signos y síntomas (p: 0.000) están asociados al número de complicaciones presentes en el paciente con esquizofrenia. Los factores principalmente asociados a hospitalizaciones fueron edad (p: 0.000), estado civil (p: 0.000) y ocupación (p: 0.008).

RECOMENDACIONES

1. Realizar un trabajo de investigación que permita conocer las características que pudiesen explicar la mayor tendencia en el último año de esquizofrenia no específica y la disminución de la frecuencia en la esquizofrenia paranoia.
2. Profundizar con una investigación adicional que identifica los factores asociados a las recaídas y asistencia por crisis al servicio de emergencia.
3. Elaborar un protocolo de evaluación del paciente esquizofrénico que permita una uniformidad de criterios para posteriores estudios.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS | Esquizofrenia [Internet]. WHO. [citado 21 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
2. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1992;20:1-97.
3. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand.* enero de 2005;111(1):4-11.
4. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 28 de abril de 2004;2:13.
5. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry.* marzo de 2006;63(3):250-8.
6. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* mayo de 2005;2(5):e141.
7. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Texto. [Internet]. [citado 6 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/resumida/apartado02/consideraciones02.html>
8. Boletín epidemiológico Número 04, 2013 Semana epidemiológica 04 (al 26 de enero de 2013) [Internet]. [citado 6 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.saludayacucho.gob.pe/web/images/DEVSP/epidemiologia/boletines/archivos/Boletin_04_2013.pdf
9. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 6 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.inism.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/040.html>
10. Salguero Jiménez L, Soraide J. Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión 2012. *Rev Científica Cienc Médica.* 2012;15(2):18-21.

11. TESIS DOCTORAL ESQ-M M^a LUISA ZAMARRO 2010 PDF A-U - 43247_zamarro_arranz_luisa.pdf [Internet]. [citado 12 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/7814/43247_zamarro_arranz_luisa.pdf?sequence=1
12. Icaza MEM-M, Martínez LRD, Salcedo VV, García FJ, Collazos MV. Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. *Salud Ment* [Internet]. 2005 [citado 14 de enero de 2016];28(4):40-8. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1367520>
13. Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2011 [citado 14 de enero de 2016];39(2):123-30. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395996/>
14. Gomez Mena, Carolina. La Jornada: En la cultura latina el esquizofrénico suele involucrar la religión en su delirio. 2014 [Internet]. [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.jornada.unam.mx/2014/11/18/sociedad/033n1soc>
15. Cano JF, Fierro-Urresta M, Vanegas CR, Alzate M, Olarte A, Cendales R, et al. Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico [Internet]. *Revista de Salud Pública*. 2007 [citado 23 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219062014>
16. Saavedra Villalobos A. Aspectos clínicos actuales de la esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatr*. septiembre de 1997;60(supl.1):S29-38.
17. Nuñez Copo, Antonio. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud «28 de septiembre»2014. [Internet]. [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_2_13/mgi05213.htm
18. Silvia GONZÁLEZ PARRA. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría* (2008) – Núm 2-4 – Vol. 71 [Internet]. [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3146107.pdf>
19. Demuestran una curiosa relación entre la esquizofrenia y el tabaco [Internet]. *Medciencia*. [citado 17 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.medciencia.com/demuestran-una-curiosa-relacion-entre-la-esquizofrenia-y-el-tabaco/>
20. Cavieres F. A, Valdebenito V. M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. junio de 2005;43(2):97-108.

21. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med* [Internet]. mayo de 2005 [citado 6 de enero de 2016];2(5). Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1140952/>
22. Emergent Treatment of Schizophrenia: Overview, Patient History, Physical Examination. 9 de diciembre de 2015 [citado 8 de enero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://emedicine.medscape.com/article/805988-overview>
23. Prevalence and incidence Studies of Schizophrenic Disorders: a Systematic Review of the Literature. Elliot M Goldner, MHSc MD, Lorena Hsu y col. November 2002. *The Canadian Journal of Psychiatry - Review Paper* [Internet]. [citado 8 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2002/november/goldner.pdf>
24. Bhugra D. The Global Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*. 31 de mayo de 2005;2(5):e151.
25. Schizophrenia: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 6 de octubre de 2015 [citado 8 de enero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://emedicine.medscape.com/article/288259-overview>
26. How Prevalent Is Schizophrenia? *PLoS Med*. 31 de mayo de 2005;2(5):e146.
27. JAMA Network | JAMA Psychiatry | Heterogeneity in Incidence Rates of Schizophrenia and Other Psychotic Syndromes: Findings From the 3-Center AESOP Study [Internet]. [citado 8 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209393&resultclick=1>
28. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Murray RM, et al. Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 30 de abril de 2007;42(6):438-45.
29. Giugni M, Bordones D, Malavé B, Grimón F, Monguet JM. Herramienta de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia. *Univ Cienc Tecnol*. marzo de 2009;13(50):051-8.
30. McGuffin P, Owen MJ, Gottesman II. *Psychiatric Genetics and Genomics*. OUP Oxford; 2004. 508 p.
31. Large-scale genomics unveils the genetic architecture of psychiatric disorders [Internet]. [citado 8 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4112149/>

32. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* septiembre de 2000;177:212-7.
33. Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. *BMJ.* 14 de julio de 2007;335(7610):91-5.
34. Emergent Treatment of Schizophrenia: Overview, Patient History, Physical Examination. 9 de diciembre de 2015 [citado 8 de enero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://emedicine.medscape.com/article/805988-overview>
35. The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965-84. | *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. [citado 8 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://bjp.rcpsych.org/content/159/6/790.abstract>
36. Kumra S, Shaw M, Merka P, Nakayama E, Augustin R. Childhood-onset schizophrenia: research update. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* diciembre de 2001;46(10):923-30.
37. Aquilina C. *Psychosis in the Elderly* Editors: ANNE HASSETT, DAVID AMES AND EDMOND CHIU London: Taylor and Francis, 2005, £49.95. Hardback, pp. 259. ISBN 1 841843 946. *Int Psychogeriatr.* septiembre de 2006;18(03):572-4.
38. Schizophrenia: A Review - *American Family Physician* [Internet]. [citado 8 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.aafp.org/afp/2007/0615/p1821.html>
39. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermería psiquiátrica: principios y prácticas.* Elsevier España; 2006. 930 p.
40. Schizophrenia | *BehaveNet* [Internet]. [citado 8 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://behave.net.com/schizophrenia#301>
41. Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci.* marzo de 2004;29(2):102-13.
42. Broome MR, Woolley JB, Tabraham P, Johns LC, Bramon E, Murray GK, et al. What causes the onset of psychosis? *Schizophr Res.* 1 de noviembre de 2005;79(1):23-34.
43. Brüne M, Abdel-Hamid M, Lehmkämer C, Sonntag C. Mental state attribution, neurocognitive functioning, and psychopathology: what predicts poor social competence in schizophrenia best? *Schizophr Res.* mayo de 2007;92(1-3):151-9.
44. Sitskoorn MM, Aleman A, Ebisch SJH, Appels MCM, Kahn RS. Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 1 de diciembre de 2004;71(2-3):285-95.

45. Kurtz MM. Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophr Res.* 1 de abril de 2005;74(1):15-26.
46. Bentall RP, Fernyhough C, Morrison AP, Lewis S, Corcoran R. Prospects for a cognitive-developmental account of psychotic experiences. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc.* junio de 2007;46(Pt 2):155-73.
47. Aldaz JA, Vázquez C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación.* Siglo XXI de España Editores, S.A.; 1996. 492 p.
48. Alcmeón - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica - Esquizofrenia: Dimensiones y Psicopatología Clínica [Internet]. [citado 11 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.alcmeon.com.ar/8/29/Donnoli.htm>
49. Shea SC. *Entrevista Psiquiátrica.* Elsevier España; 2002. 792 p.
50. Ortiz LA, Ballesteros JC, Carrasco MM. *Psiquiatría geriátrica.* Elsevier España; 2006. 1020 p.
51. Peralta V, Cuesta MJ. Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 15 de julio de 1998;44(2):107-14.
52. Vázquez-Barquero JL, Lastra I, Cuesta Nuñez MJ, Herrera Castanedo S, Dunn G. Patterns of positive and negative symptoms in first episode schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* junio de 1996;168(6):693-701.
53. Adams and Victor's principles of neurology - NLM Catalog - NCBI [Internet]. [citado 11 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101480914>
54. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry.* marzo de 1996;153(3):321-30.
55. Kaymaz N, Van Os J, Murray et al. (2004) revisited: is bipolar disorder identical to schizophrenia without developmental impairment? *Acta Psychiatr Scand.* 1 de octubre de 2009;120(4):249-52.
56. Greiffenstein RJT, Roldan LEY. *Psiquiatría.* Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004. 484 p.
57. Programa de Prevención de Psicosis [Internet]. [citado 11 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=2&cat=1
58. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull.* marzo de 2009;35(2):383-402.

59. Severance EG, Yolken RH, Eaton WW. Autoimmune diseases, gastrointestinal disorders and the microbiome in schizophrenia: more than a gut feeling. *Schizophr Res.* 14 de julio de 2014;
60. Kouidrat Y, Amad A, Lalau J-D, Loas G. Eating Disorders in Schizophrenia: Implications for Research and Management. *Schizophr Res Treat* [Internet]. 2014 [citado 11 de enero de 2016];2014. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251071/>
61. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2013 [citado 5 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657>
62. J.Tomas, X.Gastaminza .ESQUIZOFRENIA - esquizofrenia-clinica-clasificacion-diagnostica.pdf. Londres 2013 [Internet]. [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.familianova-schola.com/files/esquizofrenia-clinica-clasificacion-diagnostica.pdf>
63. EL ESQUIZOFRENICO PARANOIDE, INIMPUTABLE, COMO AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD. BARCELONA 2014. Dr. Jose Rafael Parada [Internet]. [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12252/1/EL%20ESQUIZO%20FRENICO%20PARANOIDE,%20INIMPUTABLE,%20COMO%20AUSENCIA%20DE%20RESPONSABILIDAD.pdf>
64. Tipos de esquizofrenia | Esquizofrenia24x7 [Internet]. 2015 [citado 11 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.esquizofrenia24x7.com/tipos-de-esquizofrenia>
65. OMS. criterios diagnósticos CIE-10. Esquizofrenia [Internet]. 2014 [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/ESQUIZOFRENIA/cie.php>
66. MINSA. Direccion Regional de Salud Tacna - 2014 [Internet]. [citado 14 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/>
67. OMS | Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 5 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/es/>

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Año de diagnóstico
 1. 2010
 2. 2011
 3. 2012
 4. 2013
 5. 2014
2. Tiempo de enfermedad
 1. menos de 30 días
 2. 1 a 3 meses
 3. 4 a 6 meses
 4. 6 meses a mas
3. Edad del Paciente
 1. 15 a 19 años
 2. 20 a 29 años
 3. 30 a 39 años
 4. 40 – 49 años
 5. 50 – 59 años
 6. 60 – 69 años
 7. 70 – 79 años
4. Estado Civil
 1. Soltero
 2. Casado
 3. Conviviente
 4. Divorciado
 5. Viudo
5. Nivel de Instrucción
 1. Analfabeto
 2. Primaria Incompleta
 3. Primaria Completa
 4. Secundaria Incompleta
 5. Secundaria Completa
 6. Superior Incompleta
 7. Superior Completa
6. Sexo
 1. Femenino
 2. Masculino
7. Residencia
 1. Rural
 2. Urbana
8. Ocupación
 1. Empleado remunerado
 2. Empleado no remunerado
 3. Obrero dependiente
 4. Obrero independiente
 5. Estudiante
 6. No trabaja
9. Religión
 1. Pertenece a un grupo religioso
 2. No pertenece a un grupo religioso
 3. No fue preguntado
10. Signos y síntomas
 1. Ausentismo
 2. Alucinaciones
 3. Ideas delirantes
 4. Distorsión de la realidad
 5. Expresión facial no cambiante
 6. Disminución de movimientos espontáneos
 7. Disminución de gestos expresivos
 8. Contacto visual
 9. Respuesta afectiva
 10. Lenguaje alterado
 11. Alucinaciones auditivas
 12. Alucinaciones visuales
 13. Alucinaciones táctiles

- 14. Delirios
- 15. Agresión
- 16. Otros (a explorarse en historial clínico)

- 11. Factores precipitantes
 - 1. Muerte de un familiar
 - 2. Estado estresante
 - 3. Otros: _____

- 12. Antecedentes de riesgo
 - 1. Madre con esquizofrenia
 - 2. Padre con esquizofrenia
 - 3. Otro familiar con esquizofrenia : _____

- 13. Complicaciones de la enfermedad
 - 1. Abuso de sustancias
 - 2. Problemas físicos
 - 3. Intentos de suicidio
 - 4. Intento u acto de homicidio
 - 5. Violencia
 - 6. Problemas legales
 - 7. Enfermedades mentales concomitantes (ejm : depresión)

- 14. Hábitos nocivos
 - 1. Tabaco
 - 2. Alcohol
 - 3. Sustancia psicoactiva: _____
 - 4. Tranquilizantes: _____

- 15. Estado de aseguramiento
 - 1. SIS
 - 2. ESSALUD
 - 3. Privado
 - 4. Otro: _____
 - 5. Ninguno

- 16. Nivel de dependencia
 - 1. Acude sólo y sin asistencia
 - 2. Padre
 - 3. Madre
 - 4. Ambos
 - 5. Hermanos
 - 6. Abuelos
 - 7. Esposa(so)
 - 8. Otros: _____

- 17. Hospitalizaciones
 - 1. Nunca
 - 2. 1 a 2 veces
 - 3. 3 a más

- 18. Ingresos por emergencia por crisis
 - 6. Nunca
 - 7. 1 a 2 veces
 - 8. 3 a 4 veces
 - 9. 5 a 6 veces
 - 10. Más de 6 veces

- 19. Tratamiento:
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____

- 20. Controles médicos
 - 1. 1 a 2 / año
 - 2. 3 a 4 / año
 - 3. 5 a 6 / año
 - 4. Mensual

- 21. Evolución de la enfermedad:
 - 1. Recaídas Si - No

Anexo 02

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS FARMACOS MAS UTILIZADOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

			N	%
FARMACO	ANTIPSIKOTICO	RISPERIDONA	180	63.60
		HALOPERIDOL	145	51.24
		CLORPROMAZINA	59	20.85
		AMISULPRIDA	49	17.31
		LEVOMEPRIMAZINA	34	12.01
		CLOZAPINA	21	7.42
		ZIPRASIDONA	3	1.06
		SULPIRIDA	3	1.06
	ANTIPARKINSONIANO	BIPERIDENO	210	74.20
	ANTIPSIKOTICO DE DEPOSITO	FLUFENAZINA DECANOATO	53	18.73
		DECANOATO DE HALOPERIDOL	38	13.43
	BENZODIAZEPINA	MIDAZOLAN	148	52.30
		CLONAZEPAM	76	26.86
		DIAZEPAM	53	18.73
		ALPRAZOLAM	8	2.83
	ANTIDEPRESIVOS	FLUOXETINA	54	19.08
		CLOMIPRAMINA	11	3.89
		SERTRALINA	6	2.12
		PAROXETINA	1	0.35
	ANTIPILEPTICO	LAMOTRIGINA	19	6.71
		PREGABALINA	16	5.65
		ACIDO VALPROICO	2	0.71
	OTROS	COMPLEJO B	9	3.18

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

Anexo 03

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE FARMACOS ANTIPSICOTICOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIA. HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2010-2014

		N	%
N° DE ANTIPSICOTICOS	NINGUNO	9	3.2%
	1,00	57	20.1%
	2,00	142	50.2%
	3,00	59	20.8%
	4,00	16	5.7%
	Total	283	100.0%

Fuente Hospital Hipólito Unánue Tacna/Serv. Psiquiatría

Anexo 04

SE INCREMENTA COBERTURA DEL SIS EN TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL

- **El SIS transfirió cerca de S/. 5 millones para atención de sus afiliados en establecimientos especializados**
- **Se incluye psicoterapias individuales, grupales y familiares, consejería especializada, evaluación psicológica y tratamientos de electrochoque**

A partir de hoy los afiliados al Seguro Integral de Salud con patologías vinculadas a salud mental tendrán atención gratuita en psicoterapias individuales, grupales y familiares, consejerías especializadas, evaluaciones psicológicas y tratamientos de electroplexia, conocido como electrochoque, entre los más utilizados, confirmó el Jefe del Seguro Integral de Salud, Pedro Grillo Rojas.

Indicó que la ampliación en el financiamiento de los servicios de salud mental para asegurados SIS refuerza el compromiso del Estado por lograr la cobertura universal. "La mejora de las tarifas del SIS para las atenciones de salud mental beneficia a los establecimientos y a los asegurados, con un costo real por el servicio, a cambio de atenciones con calidad y oportunidad", dijo.

Grillo Rojas explicó que se realizó la valorización de los procedimientos médicos señalados de manera conjunta entre el SIS y los establecimientos de salud con el fin de garantizar la atención oportuna y gratuita de los asegurados Seguro Integral de Salud.

En ese marco, suscribió la primera adenda del Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud con los directores del Instituto Nacional de Salud Mental y los hospitales Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán.

Oscar Ugarte Ubillúz, Jefe del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del Minsa señaló que el convenio firmado garantiza el financiamiento prioritario de atenciones en salud mental en el marco de un plan articulado entre los hospitales, el instituto y el Seguro Integral de Salud.

En ese sentido, apuntó que se debe reforzar la atención en salud mental en las postas y centros de salud los que próximamente brindarán atención en doble turno a partir de las 2 de la tarde

Atenciones

El Jefe del SIS informó que desde la firma del convenio "Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud" el 2013 con los establecimientos especializados en salud mental, se realizaron más de 27 mil atenciones a afiliados SIS.

Además de los nuevos procedimientos incluidos en la cobertura del SIS, también se financia las atenciones y tratamiento por esquizofrenia, ansiedad, depresión y alcoholismo, que comprende como consulta psiquiátrica, control psicológico, psicoterapia, tratamiento farmacológico, hospitalización, emergencia, y en los casos que se requiera, interconsulta a neurología.

Además los exámenes de laboratorio y otros análisis que se necesite, de acuerdo al plan de trabajo que disponga el médico tratante.

El Seguro Integral de Salud garantiza la gratuidad y pago por adelantado de todas las atenciones de los pacientes afiliados al SIS con enfermedades mentales. Por ello, entre enero y julio de este año transfirió un aproximado de S/. 5 millones para la atención de los afiliados.



Lima, 11 de Agosto de 2014

Nota de Prensa N° 31 -2014-OGIIT-SIS

Para mayores informes llamar al: 514 5555 Anexos 2405