

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL
HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ENERO - JUNIO
2019**

Para optar el título de médico cirujano

Autor: Mallaupoma Orellana, Mercedes María

Asesor: Mg. Santiago Ángel Cortéz Orellana

Línea de Investigación: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación: Julio -2020- junio 2021

Huancayo- Perú

2021

DEDICATORIA

En primer lugar, a mi madre. Por su vocación de siempre estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida; a mi padre por su apoyo incondicional. A todos mis familiares y amigos por ser un soporte en el transcurso de mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo por dejarme realizar mi tesis, al comité de ética e investigación de la institución; así mismo a la oficina de estadística y al servicio de historias clínicas por dejarme finalizar mi trabajo, así también a mi facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana los Andes que a través del Mg. Cortez me brindaron asesoramiento en la metodología adecuada para finalizar mi tesis.

PRESENTACIÓN

Existe un vacío de conocimiento en la esfera de salud mental no solo en nuestra ciudad sino en todo el Perú, como es sabido nunca han tenido relevancia por parte de las autoridades nacionales ya que esto se refleja en la poca y casi nula investigación en una de las enfermedades más clásicas que aquejan al ser humanos desde inicios de la civilización como es la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una patología definida como un trastorno de componente orgánico que generalmente se cronifica produciendo un deterioro y discapacidad originando una carga no solo médica sino económica y social para la comunidad y como tal debería ser entendida como un pilar de la salud pública.¹

Existen muchos indicadores sobre esta enfermedad una de ellas es el proyecto “Rethinking” de la sociedad española de psiquiatría donde se estima que la aparición de esta enfermedad en adolescentes predomina en un 0,3% y la incidencia es de 0,8% por año por cada diez mil habitantes.^{1,2}

Según los buscadores científicos lamentablemente no es un pilar de la investigación neurológica y psiquiátrica en gran parte de Latinoamérica pues los estudios que enfatizan ese acápite son pocos.¹⁻²

Por tal motivo esta enfermedad es fundamental conocer las características epidemiológicas más importantes como son los signos clínicos, siendo los más prevalentes: alucinaciones (68%), delirios (65%) y desorganización conceptual (50%), esto según el CIE-10 para el manejo temprano y oportuno de los pacientes con este trastorno.³

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) delimita que el tratamiento de estos pacientes es muy personalizado en función de su desenvolvimiento con su entorno y la reintegración a la sociedad, el manejo integral va más allá de los psicofármacos y es remplazado fundamentalmente en como reinsertarlo a la sociedad.⁴

Por ello el objetivo principal de este trabajo de investigación fue determinar el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” periodo 2019.

CONTENIDO

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Presentación.....	iv
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2. Delimitación del problema.....	13
1.3. Formulación del problema.....	14
1.3.1. Problema General.....	14
1.3.2. Problemas Específicos.....	14
1.4. Justificación.....	14
1.4.1. Social.....	14
1.4.2. Teórica.....	15
1.4.3. Metodológica.....	15
1.5. Objetivos.....	16
1.5.1. Objetivo General.....	16
1.5.2. Objetivos Específicos.....	16
CAPITULO II: MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes.....	17
A. Internacionales.....	17
B. Nacionales.....	19
C. Locales.....	21
2.2. Bases Teóricas.....	21
2.3. Definición Conceptual	32
CAPITULO III: HIPÓTESIS	38

3.1. Hipótesis general.....	38
3.2. Hipótesis específicas.....	38
3.3. Variables.....	38
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	39
4.1. Método de investigación.....	39
4.2. Tipo.....	39
4.3. Nivel	39
4.4. Diseño.....	40
4.5. Población y muestra.....	40
4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	41
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	42
4.8. Aspectos éticos	42
CAPITULO V: RESULTADOS	43
5.1. Descripción de resultados.....	43
5.1.1 Características epidemiológicas.....	43
5.1.2 Características Clínicas.....	48
5.1.3 Tipología de Esquizofrenia.....	51
5.1.4 Características de Tratamiento.....	51
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	55
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	67
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	68
Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables.....	69
Anexo 3. Instrumento	70
Anexo 4. Confiabilidad válida del instrumento.....	72
Anexo 5. Data procesamiento de los datos.....	73
Anexo 6. Autorización.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N ^o 1.	Edad de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Daniel Alcides Carrión periodo 2019	44
Tabla N ^o 2.	Rango etario de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Daniel Alcides Carrión periodo 2019	44
Tabla N ^o 3.	Lugar de nacimiento y procedencia de los pacientes con esquizofrenia	46
Tabla N ^o 4.	Aspectos epidemiológicos de los pacientes con esquizofrenia	47
Tabla N ^o 5.	Tiempo de hospitalización (días) de los pacientes con esquizofrenia	49
Tabla N ^o 6.	Rango de días de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia	49
Tabla N ^o 7.	Antecedentes y síntomas de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión periodo 2019	50
Tabla N ^o 8.	Tiempo de tratamiento (años) de los pacientes con esquizofrenia	53
Tabla N ^o 9.	Rango del tratamiento en años de los pacientes con esquizofrenia	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N ^o 1.	Sexo de los pacientes con esquizofrenia	45
Figura N ^o 2.	Grado de instrucción de los pacientes con esquizofrenia	48
Figura N ^o 3.	Tipo de esquizofrenia de los pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión	51
Figura N ^o 4.	Fármacos del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia	54

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión periodo 2019. **Material y Método:** Estudio básico observacional de nivel descriptivo y diseño no experimental-transversal, el muestreo fue no probabilístico donde se analizó a 115 pacientes con esquizofrenia que cumplían con los criterios del investigador. **Resultados:** En las características epidemiológicas lo más prevalente fue: promedio de edad 34,93 años, estado civil soltero (68,7%), ocupación desempleado (60%), sexo masculino (59,1%), persona encargada del paciente la madre (51,3%), rango etario 15-30 años (47,83%), grado de instrucción secundaria incompleta (36,5%) y procedencia Huancayo (33%). En las características clínicas: tiempo de hospitalización la media fue 25,15 días, tipología esquizofrenia paranoide (53,9%), alucinaciones (41,7%), antecedentes de abandono al tratamiento (38,3%) y delusiones (13,1%). Finalmente, en las características de tratamiento fue: tiempo promedio en tratamiento 10 años, politerapia (72,2%): biperideno (20%), risperidona(19,1%), monoterapia (27,8%).

Conclusiones: En el perfil epidemiológico de los pacientes con esquizofrenia destaca que son adultos jóvenes de sexo masculino, predominantemente solteros, procedentes de Huancayo, con secundaria incompleta y desempleados; con predominio de esquizofrenia paranoide, presentan síntomas clásicos como alucinaciones además con un tratamiento multiclase de antipsicóticos de varios años y una persona siempre a cargo de ellos.

Palabras claves: Esquizofrenia, psicotrópicos, psiquiatría, delusiones.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of patients diagnosed with schizophrenia at the Daniel Alcides Carrión Surgical Teaching Hospital for the 2019 period. **Material and Methods:** Basic observational study of descriptive level and non-experimental-cross-sectional design, the sampling was non-probabilistic where 115 patients with schizophrenia who met the researcher's criteria were analyzed. **Results:** In the epidemiological characteristics the most prevalent was: average age 34.93 years, single marital status (68.7%), unemployed occupation (60%), male (59.1%), person in charge of the patient the mother (51.3%), age range 15-30 years (47.83%), incomplete secondary education (36.5%) and Huancayo origin (33%). In the clinical characteristics: hospitalization time the mean was 25.15 days, typology paranoid schizophrenia (53.9%), hallucinations (41.7%), history of abandonment to treatment (38.3%) and delusions (13.1%). Finally, the treatment characteristics were: mean time in treatment 10years, monotherapy(27,8%), combination therapy(72,2%): biperiden (20%), risperidone (19.1%) .**Conclusions:** In the epidemiological profile of patients with schizophrenia, it stands out that they are predominantly single male young adults from Huancayo, with incomplete high school and unemployed; with a predominance of paranoid schizophrenia, they present classic symptoms such as hallucinations in addition to a multiclass treatment of antipsychotics for several years and a person always in charge of them. **Keywords:** Schizophrenia, psychotropic drugs, psychiatry, delusions.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la región Junín existe una realidad problemática para el diagnóstico oportuno de la esquizofrenia, es difícil, debido a la cantidad limitada de profesionales de la salud mental como son los psiquiatras, además se reitera los conocimientos limitados epidemiológicos que se tiene en nuestra ciudad en comparación a la ciudad de Lima.

Además, sigue siendo el diagnóstico tardío un reto complicado en países donde la salud mental no tiene cabida en la salud pública, donde la psicopatología viene llevándose a cabo con restricciones de índole económico, donde las afecciones por esquizofrenia repercuten en las esferas cognitiva, afectiva y fundamentalmente social.⁵

A nivel mundial esta enfermedad significa una carga crónica para la familia debido a que el manejo en más del 50% de pacientes requiere un tratamiento farmacológico múltiple y este requiere un alto costo económico representando la novena causa de discapacidad de personas entre 15-44 años de edad.⁶

En el Perú, no se tiene cifras exactas pero las estimaciones del Ministerio de Salud refieren que existe 260 000 personas con esta enfermedad y en Lima Metropolitana son 80 000 todos con altos costos económicos para su manejo.⁷

Existe una estigmatización respecto a estos pacientes porque se tiene un pobre conocimiento, no se conoce los aspectos epidemiológicos básicos de estos pacientes por ende el tratamiento en los muchos casos es ineficiente.

La esquizofrenia es una patología de la que se tiene un pobre conocimiento del perfil epidemiológico, pero propone nuevos retos en el manejo de la calidad de vida de estos pacientes.⁵

En la región Junín y en la provincia de Huancayo se tiene solo un estudio sobre esquizofrenia, pero no es suficiente y no se cuenta con una cifra exacta de la cantidad de pacientes con sospecha de esquizofrenia solo se tiene un calculado estimado llegando a ser en una cifra absoluta de 106 pacientes por año.⁸

1.2. Delimitación del problema

Delimitación espacial: La delimitación espacial en el siguiente trabajo de investigación es el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo en la región Junín, donde se analizó a los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia.

Delimitación temporal: La temporalidad del siguiente estudio es de 6 meses desde enero a junio del año 2019.

Delimitación temática: El objetivo es estudiar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los problemas sociodemográficos de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019?
- ¿Cuáles son las características clínicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019?
- ¿Cuál es el tipo de esquizofrenia más frecuente en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión: enero – junio 2019?
- ¿Cuál es el tipo de tratamiento para la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación social

Conocer el perfil epidemiológico nos permitirá desempeñar la prevención y promoción de la salud a través de un diagnóstico precoz y brindar un tratamiento oportuno y así evitar que estos pacientes se sientan aislados y logren algunas metas como son: trabajar, terminar la secundaria, establecer relaciones de pareja, y

contribuir positivamente con el desarrollo de su familia y comunidad; así mismo ayudar a la reinserción y se logre cambiar la realidad.

1.4.2. Justificación teórica

Se debe obtener conocimiento específico de un determinado territorio como es Huancayo o la región Junín ya que el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo es un centro de referencia.

El tratamiento de la esquizofrenia si o si requiere de manejo continuo del paciente ya que no tiene independencia para poder realizar sus actividades básicas, depende de un familiar y la prevalencia de abandono al tratamiento es alta, la frecuencia de discapacidad en estos pacientes representa el 25% de toda la población con esta enfermedad.^{7,10,11} Donde al final tener una base de datos de cómo son los pacientes en nuestra investigación llega a ser el aporte de esta tesis, la descripción básica nos ayuda a que se planteen estudios para disminuir la carga de ayuda, costo y soporte en el tratamiento para los familiares, así como para el estado.⁹⁻¹¹

1.4.3. Justificación metodológica

La presente tesis al tener una tipología descriptiva sirve para establecer primeros esbozos de un tema de investigación, es fundamental los primeros niveles de investigación por su aporte en conocimientos básicos para que luego otros estudios puedan complementar a la solución del mismo.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir los problemas sociodemográficos de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019.
- Determinar las características clínicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019.
- Identificar el tipo de esquizofrenia más frecuente en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019.
- Determinar el tipo de tratamiento para la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Hoertel N et al, en su estudio realizado en el año 2019 con una población de 353 adultos identificaron que los pacientes con esquizofrenia tenían las siguientes características: rango etario el promedio de edad fue 55 años y grado de instrucción básica 82,4%.¹²

Además, la calidad de vida social de los pacientes que no tienen familia propia estaba relacionada con menos expectativa de vida con un valor $p < 0,01$ y por ende una calidad de vida muy deteriorada del paciente.¹²

García-Alvarez L y col, en su estudio el año 2018 en España con una población de 123 pacientes con esquizofrenia evaluó y obtuvo los siguientes resultados: promedio o media de edad fue 40,7 años, sexo masculino 66,7%, estado civil soltero 66,7% y nivel educativo o grado de instrucción secundario 43,9%.¹³

Pacientes con otra alteración mental como consecuencia de una complicación de la enfermedad fue 52,8% además la situación laboral de estos

pacientes era de una discapacidad permanente llegando a cifra altas por encima del 50%.¹³

Orellana G y col, en su estudio del año 2017 identificaron que dentro los 42 artículos publicados sobre el manejo de esquizofrenia desde los años 2000 a 2015 en la búsqueda en portales como Medline/pubmed lo siguiente: la expectativa de vida oscilaba entre 11 a 20 años después de su primera hospitalización, además en la esfera social para los familiares es difícil reinsertarlos en la vida cotidiana, así como no contar con un enfoque adaptativo para ayudar a dichas familias.¹⁴

Espinoza D y col, en su estudio del año 2016 en Honduras determinaron que existe aproximadamente 63,6 casos nuevos en un hospital psiquiátrico, promedio de edad 23,7 años, sexo masculino 70,4%, pacientes que tenían pareja 15,9%, escolaridad básica 31,8%, antecedentes familiares de primer y segundo grado consanguíneo que padecen de esquizofrenia 31,8% y la población con trastorno mental de dicha institución que está recibiendo tratamiento farmacológico fue 84,1%.¹⁵

Benavides-Portilla M y col, en su estudio del año 2012 con una población de 1410 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, pudo determinar las principales características que fueron: sexo masculino 65%, edad osciló entre 13-89 años con un promedio de 40 años, estado civil soltero 89%, procedencia urbana 98% y residían en la ciudad de Cali 76,6%.¹⁶

El tipo de esquizofrenia indiferenciada fue el más frecuente con el 81%, seguida del tipo paranoide, y en último lugar el tipo desorganizada; así mismo

el tratamiento que más fue prescrito o usado en estos pacientes son la: clozapina 18%, biperideno 15% y levomepromazina 14%.¹⁶

2.1.2. Nacionales

González G, el año 2019 en su estudio pudo establecer características entre los años de análisis de las historias clínicas 2008-2018; un total de 435 pacientes con esquizofrenia estos presentaron las siguientes: incidencia mayor en el año 2013 siendo 2,46 por cada 10 mil personas, sexo masculino 52%, edad 21-40 años 49.9% y procedencia urbana 80,9%.¹⁷

Antecedente familiar de esquizofrenia 32,8%, síntomas más frecuentes alucinaciones 40%, ideas delirantes 24%, alteración del lenguaje 21% y retraimiento o aislamiento social 16%; por su parte la tipología paranoide significó el 69,9%, seguida de la categorizada como sin especificación 15,4%.¹⁷

Osorio-Martínez M, en su estudio del año 2017 en Lima con una población de 136 pacientes pudo identificar las siguientes variables: sexo masculino 58,1%, promedio o media de edad 29,7 años, estado civil soltero 92,6% y años de estudios o cuantos años estuvo en la escuela promedio ,11 años.¹⁸

Ocupación el 48,5% no tenían trabajo, además el tiempo de enfermedad fue la media de más de 10 años con un 60,2%; finalmente con un p valor <0,05 se asoció que los que tienen menor tiempo de enfermedad tienen una independencia mejor o no dependen mucho de un familiar directo.¹⁸

Castillo-Martell H, en el año 2012 en su estudio determinó que ,en los pacientes con esquizofrenia que estaban hospitalizados en el servicio de psiquiatría, fueron las siguientes variables: estado civil soltero 95%, ocupación laboral 36%, tasa de ocupación real fuera de su familia fue menos del 50%,

además que los aspectos de los síntomas negativos de estos pacientes producían un alejamiento y discriminación por parte de la sociedad, ocasionando que las expectativas de vida e inserción a la sociedad fueran muy pocas.⁷

Cortez-Vergara C y col, en el año 2016 realizó un estudio con una población de 372 identificó lo siguiente: rango de edades 16-72 años, promedio de 30 años, sexo masculino más predominantemente que el femenino, tipo de esquizofrenia paranoide 70,7%, catatónica 6,2%.¹⁹

En los trastornos depresivos asociados hubo episodios depresivos con síntomas psicóticos, hubo intolerancia a los fármacos o llamado tratamiento resistente 6,2%, además el uso de terapia electroconvulsiva solo fue utilizado cuando hubiera refractariedad al tratamiento siendo el 80,7%, e ideación suicida o comportamiento autolesivo 7,4%.¹⁹

En un estudio realizado en el año 2015 en el servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera con un tipo de estudio retrospectivo pudieron determinar las características sociodemográficas más resaltantes: 55% sexo femenino, grupo más frecuente 21-40 años; 61% soltero, 33% no concluyó estudios secundarios, 47% está desocupado y 71% familias disfuncionales.²⁰

En las características clínicas: 56% son continuadores, motivos de consulta heteroagresividad, conducta suicida y ansiedad; el 45% tiene antecedente psiquiátrico familiar y 43% personal, 29% comorbilidad médica y el conflicto familiar representa el 57%.²⁰

Por su parte en otro estudio realizado en el periodo completo 2018 sobre la conciencia de enfermedad, evolución clínica y adherencia al tratamiento en esquizofrenia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins siendo los

principales objetivos conocer el efecto del programa educativo sobre el insight, evoluciones clínicas y de los procesos psicoeducativos a la adherencia del tratamiento.²¹

2.1.2. Locales

Rivera H, en su estudio del año 2018 estableció las siguientes variables: en un año el total de hospitalizaciones fue 37 con el diagnóstico de esquizofrenia, lugar de nacimiento Huancayo 37,84%, rango de edad 15-30 años 40,54%, sexo masculino 62,16%, religión no especificada 51,5%, grado de instrucción no especificada 48,65% y estado civil soltero 75,68%.²²

Ocupación en su casa 43,24%, días hospitalizados rango 21-40 días 43,24%, hospitalización de larga data 48,65%; así mismo como síntomas principales las delusiones fue 48,66%, tipo de esquizofrenia paranoide 48,67%, y con un tratamiento politerapia 83,78%.²²

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Epidemiología

Se estima según los consensos de las guías americanas de trastornos mentales ,que la prevalencia es de 1% con una incidencia de 1,5% de casos nuevos en todo el mundo por cada 100 00 personas.¹² Así mismo de todos los pacientes con esquizofrenia del 15%-20% tiene los síntomas negativos y duraderos como son la disminución de la expresividad, apatías, afecto emocional bajo y falta de energía.²¹

2.2.2. Etiopatogenia y fisiopatología

Existen hipótesis sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia una de ellas es la hipótesis dopaminérgica.²²

En el año 1974, Matthysse V y colaboradores plantearon que el exceso de dopamina y una elevada sensibilidad a esta neurotransmisión originaba una alteración en la regulación normal, para ello se describe algunas vías dopaminérgicas y que están relacionadas con los principales síntomas de los pacientes con esquizofrenia.²²

Mesolímbica: Proyectada desde el área tegmental ventral del mesencéfalo a las áreas límbicas como el núcleo accumbens, teóricamente esta hiperactividad explicaría la producción de los síntomas positivos como la psicosis, además está ligada con las respuestas emocionales como la motivación, placer y la recompensa, la hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas de esta vía conllevan a conductas agresivas y hostiles esto si está asociado a un control serotoninérgico malo o deficiente.²²

Mesocortical: Proyectada desde el área tegmental ventral al córtex prefrontal ventor medial y dorsolateral, esto va ligado a la regulación de las emociones y afectividad, por lo cual un déficit dopaminérgica explicaría los síntomas negativos, así mismo la proyección del córtex dorsolateral está relacionado con las funciones cognitivas esto debido a un déficit de actividad.²²

Nigroestriada: Proyectada desde la sustancia negra hacia el tronco del encéfalo o los ganglios basales o estriado, así mismo el sistema extrapiramidal, bloqueando los receptores D2 produciendo trastorno del movimiento como la enfermedad de Parkinson como son acinesia, bradicinesia, acatisia y distonía, en cambio sí hay exceso de esta vía de dopamina, origina movimientos hiperkinéticos como corea, esto como un ejemplo claro es la discinesia tardía inducido por neurolepticos.²²

Tuberoinfundibular: Es aquella que tiene la proyección que va desde las neuronas del hipotálamo hacia la hipófisis anterior mediando las funciones neuroendocrinas, regulando la prolactina que está en función directa a la circulación sanguínea inhibiendo su liberación, por ello al recibir bloqueadores de dopamina se eleva los niveles de prolactina pudiendo originar efecto secundario como es la galactorrea, amenorrea y disfunción sexual.²²

Según Keshavan F y col, delimitan que la hipótesis conceptual más aceptada es la variación dopaminérgica siendo la desregulación dopaminérgica, por un lado: las alteraciones de las proyecciones mesolímbicas, hiperfunción subcortical, hipofunción de las proyecciones dopaminérgica mesocorticales al corte prefrontal y las vías preservadas son la nigroestriada y la tuberoinfundibular.²²

Clásicamente la esquizofrenia no tenía una explicación científica llegando a veces a tener como etiología factores multisectoriales, hoy en día la genética da posibles teorías en relación a genes involucrados a esta patología, teniendo importancia entre los genes heredados que se relacionan o interactúan con el medio ambiente.²³

El modelo fisiopatológico de la esquizofrenia es multivariable, es un fenómeno completo, con componentes identificados, uno de ellos es el carácter biológico como son los genes.²³

El componente genético (poligenético) evidencia que existen genes que modifican y alteran el metabolismo neuronal normal, los clásicos neurotransmisores involucrados son las vías de dopamina, glutamato, GABA y

acetilcolina, es así que el abordaje terapéutico siempre fue a mejorar el funcionamiento de los transmisores que están alterados en este trastorno.²³

De la Demencia precoz a la esquizofrenia

Morel B en 1856 en su tratado de enfermedades mentales fue uno de los primeros en acuñar ese término de demencia precoz que es un trastorno cognitivo en jóvenes para diferenciar en adultos mayores siendo la incapacidad de razonamiento e insensibilidad a los fenómenos del mundo exterior y extravagancia del lenguaje.²³

Kraepelin E expandió el concepto de demencia precoz con unos síntomas específicos de los que se resalta: alteraciones del pensamiento, atención, negativismo, conducta estereotipada y presencia de alucinaciones; la definía como una psicosis con deterioro temprano y permanente de la capacidad cognitiva, además incluyó dentro de demencia precoz, hebefrenia catatónica y demencia paranoide, pues entendió que estos componentes conformaban una enfermedad autónoma.²³

Esta estratificación ha durado hasta la clasificación de las enfermedades del CIE-10 que posteriormente ha sido diferenciada como entidades separadas.²³

Para Bleuler E interpreto la demencia precoz como síntomas característicos de esquizofrenia como era la alteración de las asociaciones del pensamiento es decir existía incoherencias, problemas en la afectividad, alteración de la percepción subjetiva de la personalidad, ambivalencia afectiva, intelectual y de voluntad.²³

Kraepelin se centró en el curso determinante de la enfermedad, en últimos estudios se sabe que la esquizofrenia está acompañada de deterioro de la función cognitiva muchos otros casos mantienen las funciones normales.²³

Neurodesarrollo de la esquizofrenia

En China originariamente en laboratorios de neurociencia y neurología aplicada y luego en otros países como España se demostró experimentalmente que existe alteración en la migración neuronal, que conlleva a que no se forma normal la corteza cerebral. Algunos de los experimentos son principalmente en observaciones epidemiológicas, que son:²⁴

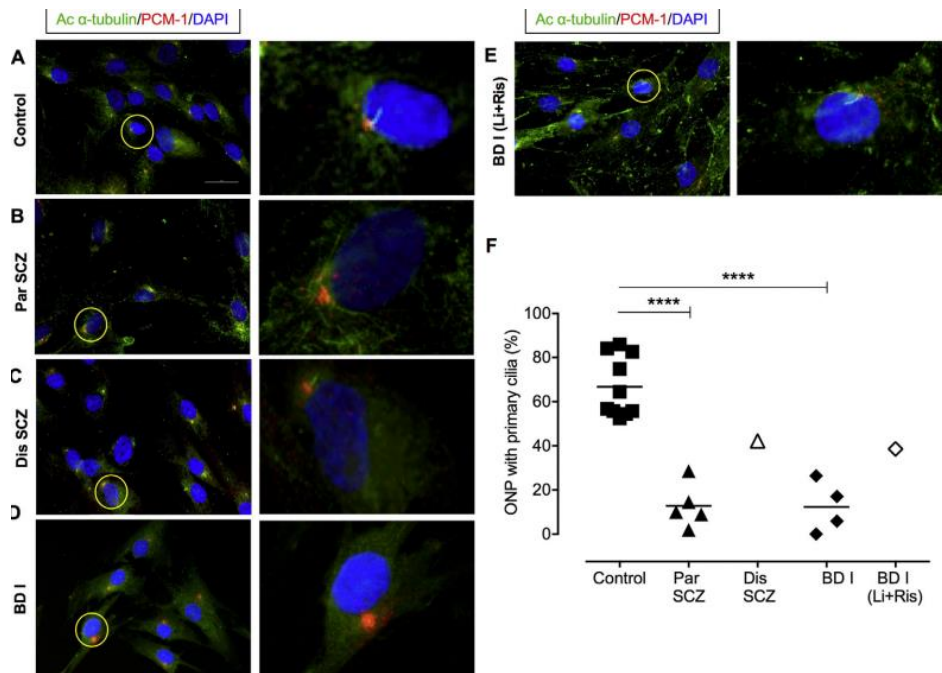
- Personas con esquizofrenia, nacieron en la primavera y esto quiere decir en el segundo trimestre sus mamás vivieron en el solsticio de invierno.
- Presentes con mayor incidencia en migrantes con carencias de vitaminas D, las madres.
- Asociada con infecciones en estudios posmortem y estudios con neuroimagen y hay disminución de las espinas o prolongaciones dendríticas y alteraciones aberrantes en corteza prefrontal.
- Los genes, la cantidad que codifican proteínas clave en el neurodesarrollo como el RGS4, CAPON, G72 Y COMT están asociados con la esquizofrenia.²⁴

En técnicas de inmuno imagen se puede ver el proceso normal de desarrollo del cilio primario; y en personas sanas se ve un desarrollo normal y en pacientes con esquizofrenia no se pudo formar correctamente.²⁴

El trastorno bipolar y la esquizofrenia paranoide tienen un origen en la etapa de desarrollo con manifestaciones, relacionadas con un proceso degenerativo dentro del proceso formativo y su integración en el sistema formado.²⁴

En el laboratorio se obtienen células pluripotenciales y se observa las neuronas en vitro y se puede probar fármacos u otros factores como el neuroepitelio olfatorio (son celular muy usada en la investigación).²⁴

Gráfico N^o1 Inmunofluorescencia del neurodesarrollo en los cuadros A, B la formación de cilios o prolongaciones es escasa (esquizofrenia) en los C, D y E personas sanas



2.2.3. Clínica y diagnóstico

Los Criterios del CIE-10 para esquizofrenia, son el comienzo agudo con trastornos graves del comportamiento siendo insidioso y este curso tiene una gran variabilidad; teniendo algunos aspectos clásicos:²⁵

1. Al menos uno:

- a) Inserción del pensamiento o difusión del mismo
- b) Ideas delirantes de ser controlado o influencia de pasividad.
- c) Voces alucinatorias.
- d) Ideas delirantes persistentes que no son adecuadas a la cultura del individuo

2. Al menos dos

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad.
- b) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismo.
- c) Manifestaciones catatónicas.
- d) Síntomas negativos como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, incongruencia de la respuesta emocional y la competencia social.

Cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal.²⁵

Según los criterios del CIE10 mencionados al menos una letra del grupo uno o al menos dos letras del segundo grupo debe presentarse más tiempo en la esquizofrenia o por lo menos 30 días.²⁵

En el diagnóstico no debe presentarse síntomas depresivos o maníacos relevantes, tampoco la presencia de una enfermedad cerebral ni una iniciación por sustancia psicotrópicas.²⁵

Los síntomas denominados positivos son alucinaciones generalmente auditivas, visuales, somáticas, olfativas y gustativas; las delusiones o delirios como creencias falsas pero fijas (de los pacientes), que son extrañas y con un contenido a menudo que se clasifica como grandioso, paranoide, nihilista u otro; otro síntoma positivo es la desorganización, es decir que el concepto del pensamiento del paciente no tiene coherencia lo cual se ve reflejado en el habla; además las formas más frecuentes son el habla o lenguaje como neologismos o una confusión de palabras.^{22,25}

Los síntomas negativos primarios son los que más duran: afecto personal plano o inexistente, dificultad considerable del habla y falta de interés o apatía, aunque existen un sinnúmero de síntomas negativos los principales son los que se mencionan.^{22,25}

Otras alteraciones neurológicas son los signos con componente neurológico, como son la catatonía, y alteraciones metabólicas; estas anomalías son principalmente los problemas del movimiento, aunque relacionado a los mismos medicamentos usados.^{22,25}

El diagnóstico según consenso del CIE 10 son tener dos de los cinco síntomas que se señalan :^{22,25}

- Alucinaciones
- Delusiones
- Discurso desorganizado

- Comportamiento desorganizado o catatónicos
- Síntomas negativos

Todo eso junto con la disfunción social y ocupacional al menos de seis meses esto obviamente antes haber descartado un problema orgánico que pudiera hacer confundir el diagnóstico.²²

2.2.4. Tratamiento

Guía de práctica clínica

“Apreciación de la guía de práctica clínica peruana sobre esquizofrenia respecto al programa de intervención temprana en psicosis”

Antes del tratamiento de un paciente con esquizofrenia se debe tener varios parámetros para poder ver la evolución del uso de antipsicóticos como son: IMC/perímetro abdominal/ritmo cardiaco/presión arterial/signos de un trastorno de movimiento como puede ser los extrapiramidales como parkinsonismos, acatisia y discinesia tardía con movimientos anormales de la cara o extremidades.²⁶

Además, también se debe realizar un examen de laboratorio, perfil bioquímico y un hemograma completo.²³ La clozapina siempre ha sido clásicamente usada como fármaco de primera línea que tenía un aporte fundamental sobre los síntomas positivos, aunque hoy en día por sus efectos secundarios se deja al último; si no responde a otros antipsicóticos de segunda generación.²⁶

Así también ,se usan agentes antipsicóticos de primera generación: Clorpromazina /Haloperidol luego, agentes antipsicóticos de segunda

generación: Olanzapina / Clozapina / Risperidona / Quetiapina. Siendo los pacientes que se benefician de olanzapina:²⁶

- Pacientes con primer episodio.
- Pacientes intolerantes atípicos.
- Pacientes con respuesta parcial.

Guía Técnica Del Hospital Víctor Larco Herrera

La selección del fármaco es muy compleja, por ello el profesional debe escoger o primar los beneficios sobre los perjuicios que podrían generar ,como son los efectos secundarios, solo existen dos clases o llamados multiclases, que son los de la primera generación ,antiguos ,que tenían efectos secundarios como el trastorno del movimiento ,y los de segunda generación ,como fue la clozapina entre otros.²⁷

Guía Técnica Del Instituto Nacional De Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi

Haloperidol eficaz y útil con una dosis según la FDA de 100 mg/ cada 24 horas, estas suelen bajar en el transcurso del tiempo y que llega a ser 10 mg-20mg/ día.²⁸

Risperidona en una dosis de 16 mg/ cada 24 horas y llegando a una dosis máxima de 6 mg-8 mg por día.²⁸

En general, la mayoría de medicamentos antipsicóticos tienen efectos adversos como sedación, inquietud e hipotensión postural.²⁸

La mala respuesta al tratamiento inicial se puede apreciar en un contexto donde al paciente no se le administra correctamente el medicamento, cayendo en el abandono, o en su defecto, las dosis no son supervisadas, por ende, el

contexto de cambiar a otro antipsicótico es muy frecuente, y está en función de las afecciones como: trastornos del movimiento, trastornos del lenguaje, apatía, aumento de los síntomas negativos, trastornos metabólicos entre otros muchos más.²⁸

Guía de práctica de la sociedad española

Agregar otro antipsicótico es muy frecuente en todo el mundo, no existe evidencia científica que este adecuada para el uso de ello, por esa razón la justificación es débil, aunque habitualmente, ante los efectos adversos como agitación, heteroagresividad es común usar un antipsicótico intramuscular u oral y además se usa una benzodiazepina más un antipsicótico.²⁹

Guía de práctica de la sociedad inglesa de psiquiatría

Para los pacientes que tienen una respuesta subóptima a la terapia antipsicótica, primero evaluamos la adherencia a la medicación, para los pacientes con incumplimiento que es problemático o conduce a recaídas frecuentes, sugerimos el uso de un antipsicótico inyectable de acción prolongada en lugar de un antipsicótico oral diario Grado 2C.³⁰

Para los pacientes que tienen una respuesta subóptima a pesar de una buena adherencia, aumentamos la dosis para alcanzar el rango terapéutico, si aún no se ha alcanzado, para aquellos que continúan teniendo una respuesta subóptima (es decir, tienen síntomas molestos continuos o recurrentes) a pesar de la dosis terapéutica durante un período de tiempo adecuado (es decir, seis semanas), sugerimos cambiar la medicación antipsicótica en lugar de aumentar aún más la dosis más allá del rango terapéutico o agregando un segundo agente con un Grado 2C.³⁰

Para los pacientes con esquizofrenia que tienen ideas suicidas persistentes a pesar del tratamiento antipsicótico, sugerimos una prueba de clozapina en lugar de un cambio a un medicamento antipsicótico diferente (no clozapina).

Se considera que en la esquizofrenia resistente al tratamiento, la elegibilidad para clozapina es justificable, la terapia antipsicótica debe durar al menos dos o tres años después de la recuperación de un episodio psicótico agudo. Para todos los demás pacientes, particularmente aquellos con tendencias suicidas o con psicosis disruptiva o severa, los medicamentos antipsicóticos son indefinidamente.³⁰

Los pacientes en tratamiento antipsicótico a largo plazo, deben ser evaluados a intervalos regulares para detectar efectos secundarios comunes, en particular, síntomas extrapiramidales, trastornos metabólicos y cambios ortostáticos.³⁰

Las intervenciones psicosociales son una terapia complementaria importante a los medicamentos antipsicóticos, estas intervenciones incluyen entrenamiento cognitivo y social, terapia cognitivo-conductual e intervenciones basadas en la familia.³⁰

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Esquizofrenia

Es un trastorno grave orgánico del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta las funciones superiores de cómo una persona piensa, siente y se comporta en función a su entorno familiar y social.³¹⁻³²

2.3.2. Esquizofrenia paranoide

Enfermedad mental que se caracteriza por la presencia clara de ideas delirantes y alucinaciones auditivas casi siempre con ideas de persecución frecuentes que suelen guardar relación con el delirio.³¹⁻³²

2.3.3. Hebefrénica

Tipo de esquizofrenia donde la alteración marcada por el componente psicomotor que incluye la inmovilidad ,siendo esta una agitación motora extrema entre otros muchos más.³¹⁻³²

2.3.4. Catatónica

Tipo de esquizofrenia donde la persona queda paralizada tanto motora y mentalmente sin capacidad de respuesta.³¹⁻³²

2.3.5. Alucinación

Es cuando una persona ve, oye, huele, sabe o siente cosas que no son reales no son estímulos verdaderos, son de carácter falso es decir no existen.³¹⁻³²

2.3.6. Delusiones

Idea que pese a que los datos que son objetivos demuestran su falsedad, se ofrece una resistencia muy importante a los campos, es por ello una percepción distorsionada.³¹⁻³²

2.3.7. Alogia

Ausencia o disminución del lenguaje normal por su contenido o aumento de una latencia en el habla.³¹⁻³²

2.3.8. Delirio

Es cuando una persona presenta creencias falsas y está convencido que las cosas son ciertas a pesar de no estar acorde con la cultura de la persona, pueden

presentarse como: ideas de ser controlado por otra persona, creer que son personajes históricos, ideas de daño o persecución”²²⁻³¹⁻³²

2.3.9. Terapia psicosocial

Es una terapia últimamente, que se enfoca en la ayuda de los pacientes en los síntomas negativos, con un componente real para tratar la calidad de vida siendo más útil la ayuda farmacológica con la ayuda psicológica, obteniendo mejores resultados.³¹⁻³²

2.3.10. Terapia Electroconvulsiva

Tratamiento usado en el último de los casos, en caso no funcione el tratamiento farmacológico, no es habitual actualmente, pero que sí tiene sus criterios para usarlo, donde se provoca convulsiones tónico clónico mediante una descarga eléctrica regulada, a nivel encefálico, previa administración de un anestésico y un relajante muscular.³¹⁻³²

2.3.11. Depresión post esquizofrenia

Trastorno incluido en la categoría depresiva prolongado, que surge principalmente después de un trastorno esquizofrénico, por ende, tiene síntomas con síntomas positivos de esta enfermedad.³¹⁻³²

2.3.12. Hospitalización prolongada

Denominada aquella que dura más de dos semanas o 14 días en una institución de salud.³¹⁻³²

2.3.13. Antipsicótico

Se refiere a diversos tipos de fármacos cuya acción fundamental es el bloque dopaminérgico, generando un efecto casi por excelencia en el control de los síntomas positivos de la esquizofrenia, como los delirios y las alucinaciones.³¹⁻³²

2.3.14. Polifarmacia coadyuvante:

Se define en la práctica, en una paciente con esquizofrenia, el uso de antipsicóticos más otros tipos como son antidepresivos, benzodiazepinas y estabilizadores del ánimo.³¹⁻³²

2.3.15. Polifarmacia multiclase:

Se define como el uso de antipsicóticos de primera generación con otro de segunda generación.³¹⁻³²

2.3.16. Polifarmacia de la misma clase

Es cuando se usan antipsicóticos que pertenecen a la misma generación, por ende, los efectos adversos entre ellos casi en la mayoría son lo mismo.³¹⁻³²

2.3.17. Polifarmacia en esquizofrenia

Se define como aquella que se hace uso de más de un fármaco simultaneo en un paciente.³¹⁻³²

2.3.18. Antipsicóticos de segunda generación

Son inhibidores de la vía dopaminérgica con menos efectos adversos como pueden ser los de depósito a diferencia de los siguientes de primera generación que tenían muchos efectos adversos como son la flufenazina decanoato o haloperidol decanoato.³¹⁻³²

2.3.19. Clozapina

Medicamento usado en caso no haya respuesta adecuada a los psicofármacos, con efectos muy buenos con los síntomas positivos, es de segunda generación.³¹⁻³²

2.3.20. Biperideno

Agente antiparkinsoniano,anticolinérgico;disminuye el exceso colinérgico en la vía nigro estriada del encéfalo;esta indicado en la prevención y corrección de síntomas extrapiramidales.³¹⁻³²

2.3.21. Risperidona

Antagonista mono aminérgico selectivo, posee una alta capacidad de unirse en los receptores bioquímicos denominados 5-HT2 y dopaminérgico, es de segunda generación.³¹⁻³²

2.3.22. Haloperidol

Neuroléptico que pertenece a la familia de las butirofenonas, antagonista de los receptores dopaminérgico es así que está clasificado como los neurolépticos de mayor potencia, no tiene actividad antihistamínica ni anticolinérgica, es de primera generación.³¹⁻³²

2.3.23. Clonazepam

Pertenece a la familia de los benzodiazepinas donde actúa inhibiendo la vía mediada por el receptor GABA.³¹⁻³²

2.3.24. Flufenazina decanoato

Medicamento que se usa para los síntomas positivos de la esquizofrenia, bloquea receptores dopaminérgicos, son de primera generación.³¹⁻³²

2.3.25. Quetiapina

Antipsicótico atípico con su afinidad por el componente cerebral 5-HT2 y receptores D1/D2 de dopamina, pero a su vez tiene efecto en el alfa adrenérgicos e histaminérgicos, es de segunda generación.³¹⁻³²

2.3.26. Sulpirida

Antagonista específico en los receptores dopaminérgico D2 y D3, es de primera generación.³¹⁻³²

2.3.27. Decanoato haloperidol

Está indicado para el tratamiento de mantenimiento en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos particularmente en aquellos que requieren terapia neuroléptica prolongada, además es una forma de acción prolongada de Haloperidol.³¹⁻³²

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

El siguiente trabajo por la naturaleza del estudio no cuenta con una hipótesis solo se realizó la caracterización a través de frecuencias absolutas y relativas, además según Sampieri el presente estudio no tiene la intención de hacer formulaciones o pronosticar un hecho o dato.³⁶

3.2. Variables

En la siguiente investigación la variable se dimensionó en lo siguiente: epidemiológico, clínico, tipo de esquizofrenia y tipo de tratamiento; es un estudio de tipo descriptivo, es decir se limita a medir las dimensiones para posteriormente describirlas. Hernández Sampieri.³⁶

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

La presente investigación es de carácter cuantitativo según la taxonomía de la investigación, tienen un componente métrico en otras palabras es cuantificable la variable de estudio, por ende, posee esa característica dicho estudio.³³

4.2. Tipo de investigación

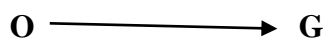
Básico porque tiene un carácter puramente cognoscitivo de aportar conocimiento; observacional porque su función es solo describir la variable de estudio tal como se muestra en la población, y además posee un carácter retrospectivo porque el análisis de los datos es posterior al planteamiento del objetivo estudio, los sucesos ya sucedieron y solo se realiza la recolección de datos ya medidos.³³⁻³⁴

4.3. Nivel de investigación

El presente estudio es de nivel Descriptivo porque presenta frecuencias absolutas y relativas en gráficos de barras y diagrama de sectores, es el primer paso o base para posteriores estudios.³³⁻³⁴

4.4. Diseño de investigación

El diseño de estudio es descriptivo simple no experimental-transversal ya que el investigador busca y recoger información en forma directa para describir el perfil epidemiológico que en este caso son los pacientes con esquizofrenia.³³



O: Descripción del perfil epidemiológico de los pacientes con esquizofrenia

4.5. Población y Muestra

4.5.1. Población

La población son los pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión con el diagnóstico de esquizofrenia de la unidad de hospitalización de psiquiatría de dicha institución periodo enero-junio del 2019 planteado por el investigador, donde según refiere la oficina de estadística es de aproximadamente de 151 pacientes.

4.5.2. Muestra

El muestreo fue no probabilístico por criterios del investigador o intencional,²⁶ siendo la muestra final la que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión planteados por el investigador, resultando al final de esta selección 115 historias clínicas que cuenten con los datos necesarios para el estudio.

4.5.3. Criterios de inclusión:

- Pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmatorio de esquizofrenia registrado en la historia clínica realizado por el psiquiatra del servicio de

psiquiatría del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”: enero-junio del 2019.

- Pacientes que estén dentro del rango de estudio.

4.5.4. Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con historias clínicas incompletas o datos confusos.
- Pacientes que tengan otra enfermedad que podrían generar dudas o confusión sobre el diagnóstico del paciente.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Técnica

La técnica de la presente tesis específicamente es la documentación o el análisis documental.³⁵

4.6.2. Instrumento

El instrumento para la siguiente tesis fue una ficha de recolección de datos elaborada por la médica Rivera H, el cual cuenta con una validación debidamente, lo que si se hizo para el presente estudio fue determinar la confiabilidad de dicho instrumento.²²

Confiabilidad

Siendo los resultados lo siguiente para una cantidad de 15 ítems ($k = 15$), la sumatoria de las variantes individuales ($\Sigma V_i = 12,10$) y la sumatoria de las varianzas totales ($\Sigma V_t = 35,65$). El alfa de Cronbach fue igual 0.7995; este valor tiene un grado de confiabilidad alta. (Nunnally y Bernstein 1994)^{33-34,36}

4.7. Técnica De Procesamiento y Análisis De Datos

Se realizó una plataforma previa al análisis de datos, de esta manera poder procesarlos, la base de datos en primer lugar se creó en el software Microsoft Excel 2013, la cual incluyó las variables descritas previamente. Posteriormente los datos obtenidos con la ficha de recolección han sido tabulados en la base de datos en otros programas estadísticos como SPSS25.0, EPIDAT 4.1 y Excel 16 para así presentar los resultados con sus gráficos correspondientes.³³⁻³⁴

4.8. Aspectos Éticos De La Investigación

Se revisó las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión “Huancayo únicamente con fines académicos, con la aprobación del comité de ética en primer lugar del hospital y luego por el comité de ética de la Facultad De Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes, todo esto consignado en el Anexo-6

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los siguientes resultados en lineamiento con nuestro objetivo principal, se revisó a 115 pacientes a través de sus historias clínicas que tenían el diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo periodo 2019.

5.1.Descripción de resultados

5.1.1. Características epidemiológicas

En los resultados ,de la edad se describe que la media o promedio fue 34, 93 años con una desviación de 12,16, en un intervalo al 95% (11,10-58.76), en el rango etario se puede ver ,que la más frecuente fue de 15-30 años (47,83%) esto visto en la tabla N⁰2.

**Tabla N⁰1 Edad de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Regional Docente
Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión periodo 2019**

Media (Promedio)	34,93
Mínimo	15
Máximo	62
Desviación estándar	12,16
Intervalo de confianza al 95% para los datos	(11,10 - 58,76)

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Tabla N^o2 Rango etario de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión periodo 2019

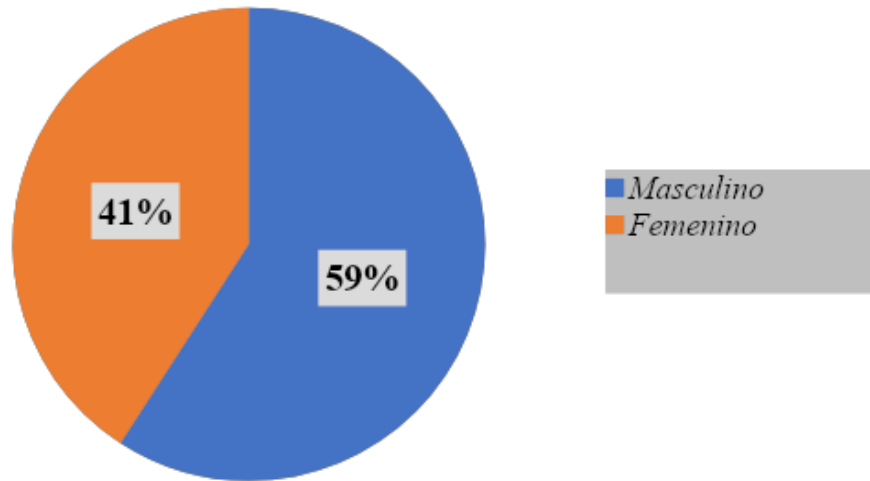
RANGO ETARIO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15-30 años	55	47,83
31-45 años	25	21,74
46-60 años	33	28,70
> de 60 años	2	1,74
Total	115	100,0

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Respecto al sexo la mayoría de pacientes fue masculino (59,1%), esto visto en la figura N^o1. En la descripción del lugar de nacimiento, la mayoría de pacientes son de Huancayo y El Tambo (19,1%), y (16,5%) respectivamente; así mismo la

procedencia de los pacientes fue Huancayo y El Tambo (33%), y (23,5%), esto visto en la tabla N°3.

Figura N0 1 Sexo de los pacientes con esquizofrenia



Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Tabla N°3 Lugar de nacimiento y procedencia de los pacientes con esquizofrenia

LUGAR DE NACIMIENTO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
---------------------	----------------	----------------

Huancayo	22	19,1
El Tambo	19	16,5
Jauja	10	8,7
La Oroya	9	7,8
Tarma	9	7,8
La Merced	8	7,0
Huancavelica	7	6,1
Huánuco	7	6,1
Satipo	7	6,1
Concepción	4	3,5
Ayacucho	3	2,6
Cerro de Pasco	3	2,6
Otros	7	6,1
PROCEDENCIA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Huancayo	38	33,0
El Tambo	27	23,5
Chilca	12	10,4
Chupaca	10	8,7
Concepción	10	8,7
Jauja	8	7,0
Total	115	100,0

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

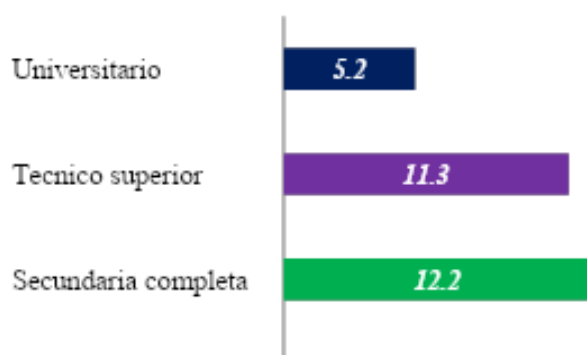
Respecto a la religión de los pacientes, se determinó que en primer lugar fue la católica (64,3%), en el estado civil la gran mayoría es soltero (68,7%) y en cuanto a la persona que se encarga del paciente o su acompañante la más frecuente fue la madre (51,3%), seguido del padre (18,3%), todo esto visto en la tabla N⁰4. Además, según el grado de instrucción se pudo determinar que el más prevalente fue secundaria incompleta (36,5%) y según la ocupación de estos pacientes el (60%), es desempleado, todo esto visto en la tabla N⁰4 y figura N⁰2.

Tabla N°4 Aspectos sociodemográfico de los pacientes con esquizofrenia

RELIGIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Católica(o)	74	64,3
Evangélico(a)	22	19,1
Otros	7	6,1
Adventista	6	5,2
No especifica	6	5,2
ESTADO CIVIL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltero	79	68,7
Casado	17	14,8
No especificado	13	11,3
Divorciado	6	5,2
PERSONA RESPONSABLE	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Madre	59	51,3
Padre	21	18,3
Hijo	19	16,5
Hermanos	11	9,6
Primo	3	2,6
Nadie	2	1,7
OCUPACIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Desempleado/casa	69	60,0
Estudiante	22	19,1
Docente	15	13,0
No específica	9	7,8
Total	115	100,0

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Figura N0 2 Grado de instrucción de los pacientes con esquizofrenia



Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

5.1.2. Características clínicas

En la descripción de las características clínicas en primer lugar fue el tiempo de hospitalización en días donde la media resultó ser 25,15 días, con una desviación estándar de 15,48 y con un IC al 95% (11,15-38,75). En el rango de número de días de hospitalización el más frecuente fue 21-40 días (43,5%) todo esto visto en las tablas N°5 y tabla N°6

Tabla N°5 Tiempo de hospitalización (días) de los pacientes con esquizofrenia

Media (Promedio)	25,15
Mediana	27
Mínimo	7
Máximo	71
Desviación estándar	15,48
Intervalo de confianza al 95% para los datos	(11,15 - 38,75)

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Tabla N^o6 Rango de días de hospitalización de los pacientes con esquizofrenia

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
0-20 días	44	38,3
21-40 días	50	43,5
41-60 días	15	13,0
61-80 días	6	5,2
Total	115	100,0

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Antecedentes y síntomas

En la descripción de los antecedentes de los pacientes se encontraron lo siguiente: el principal antecedente fue el abandono de tratamiento (38,3%), por su parte en los síntomas las principales fueron :alucinaciones (41,7%), y delusiones (13,1%), esto visto en la tabla N^o 7.

**Tabla N°7 Antecedentes y síntomas de los pacientes con esquizofrenia del Hospital
Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión periodo 2019**

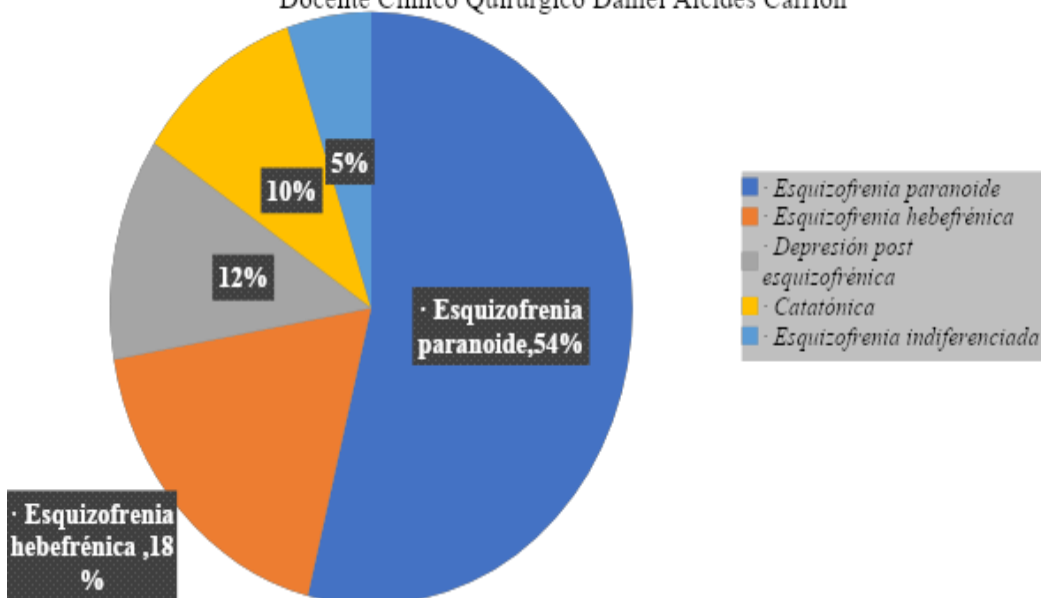
ANTECEDENTES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Abandono de tratamiento	44	38,3
• Consumo de sustancia	33	28,7
• Hospitalización prolongada	21	18,3
• Padres con esquizofrenia	17	14,7
SINTOMAS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Alucinaciones	48	41,7
• Delusiones	15	13,1
• Trastorno lenguaje (alogia)	15	13,0
• Agitación psicomotriz/inmovilidad motora	11	9,6
• Falsas percepciones	10	8,7
• Conducta desorganizada	4	3,5
• Abulia	4	3,5
• Anhedonia	4	3,5
• Apatía	2	1,7
• Disforia	2	1,7
Total	115	100,0

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

5.1.3. Tipología de la esquizofrenia

En la descripción de los resultados de la clasificación o tipología de la esquizofrenia de los pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo se puede visualizar lo siguientes: que el tipo de esquizofrenia más frecuente fue el tipo esquizofrenia paranoide (53,9%), seguido de esquizofrenia hebefrénica (18,3%), esto visto en la Figura N^o3.

Figura N^o 3 Tipo de esquizofrenia de los pacientes del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrion



Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

5.1.4. Tratamiento de la esquizofrenia

En el tratamiento de la esquizofrenia se describió el tiempo de tratamiento que lleva el paciente esto en años con su medicación ,determinándose que el tiempo promedio fue de 10,16 años, en un intervalo de confianza al 95% fue (2,03-18,29); por su parte en el rango de tiempo de tratamiento el más frecuente fue entre 6 a 10 años con un 73,9%. Por su parte en el tratamiento de la esquizofrenia la politerapia fue 72,2% , mientras que en la monoteria fue 27,8%, todo esto visto en las tablas N⁰8 y N⁰9.

Ahora en los fármacos más usados para el tratamiento de la esquizofrenia se determinó que fármacos encabezan esa lista en primer lugar el Biperideno 20%, Risperidona 19,1%, y Haloperidol 18,3%, todo esto visto en la figura N⁰4.

Tabla N^o8 Tiempo de tratamiento (años) de los pacientes con esquizofrenia

Media (Promedio)	10,16
Mediana	9
Mínimo	2
Máximo	22
Desviación estándar	4,15
Intervalo de confianza al 95% para los datos	(2,03 - 18,29)

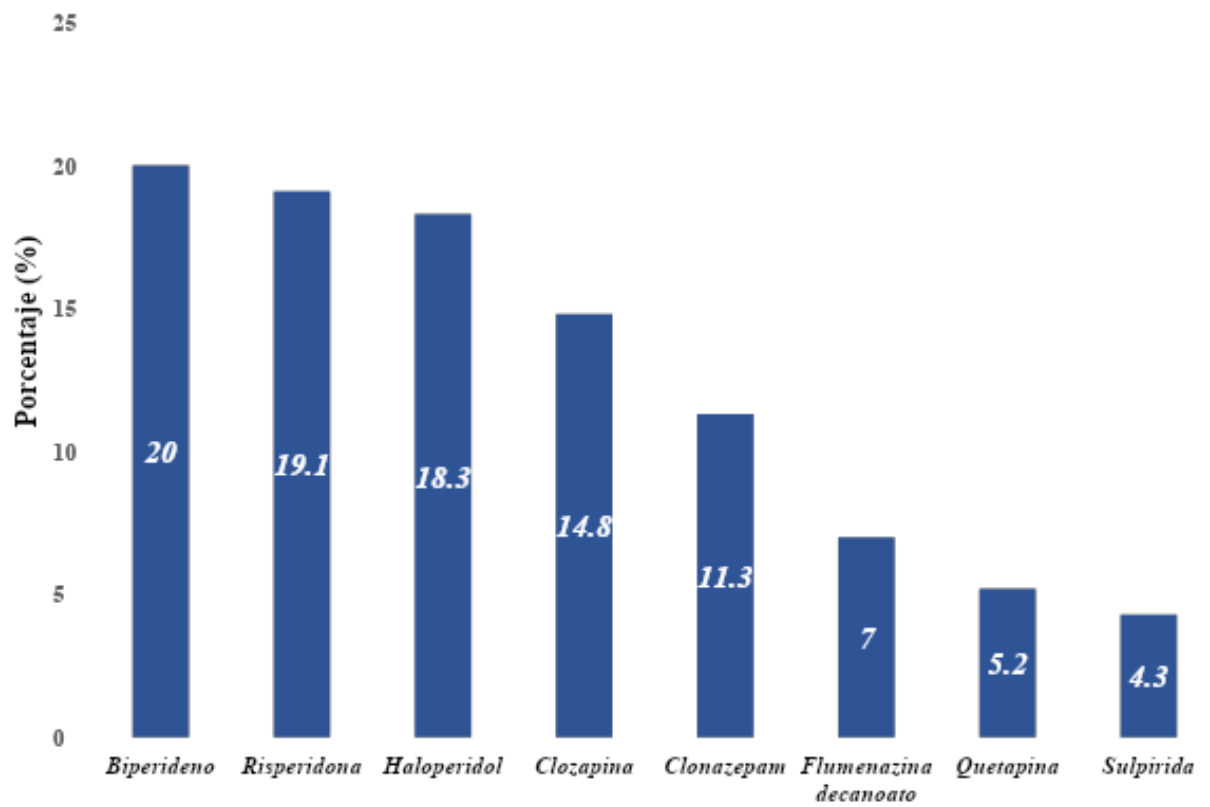
Fuente: Base de datos del HRDCQDA

Tabla N^o9 Rango del tratamiento en años de los pacientes con esquizofrenia

TIEMPO (AÑOS)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• < 5 años	4	3,5
• 6-10 años	85	73,9
• 11-15 años	8	7,0
• > 16 años	18	15,7
TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
• Politerapia	83	72,2
• Monoterapia	32	27,8
Total	115	100,0

Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

Figura N0 4 Fármacos del tratamiento de los pacientes con esquizofrenia



Fuente: Base de datos del HRDCQDAC

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En nuestro estudio las características epidemiológicas de los pacientes con esquizofrenia fueron: promedio de edad 34, 93 años, rango etario 15-30 años (47,83%), sexo masculino (59,1%), lugar de nacimiento Huancayo y El tambo (19,1%), y (16,5%) respectivamente.

Procedencia Huancayo (33%) y El tambo (23,5%). La religión de la mayoría de pacientes fue católica (64,3%), estado civil soltero (68,7%), persona encargada del paciente su madre (51,3%), grado de instrucción secundaria incompleta (36,5%) y ocupación desempleado (60%).

Resultados congruentes como el de Hoertel N et al, en su estudio en Francia donde identificaron en los pacientes con esquizofrenia: promedio de edad 55 años y grado de instrucción básica 82,4%.¹² Garcia-Alvarez L y col, en España evaluó y determinó que la media de edad fue 40,7 años, sexo masculino 66,7%, estado civil soltero 66,7%, grado de instrucción secundario 43,9%, y situación laboral desempleado por encima del 50%.¹³

Espinoza D y col, en su estudio describió las siguientes características: promedio de edad 23,7 años, sexo masculino 70,4%, tenían pareja 15,9% y escolaridad básica 31,8%.¹⁵ En el Perú Castillo-Martell H determina que el estado civil soltero fue 95%, ocupación laboral 36% y tasa de ocupación real fue menos del 50%.⁷

El análisis que uno puede asumir es que en la mayoría de variables descritas son congruentes a datos o registros de hospitales e instituciones del país y de Latinoamérica, solo varía respecto al grado de instrucción sabiendo que la realidad demográfica de nuestra región es muy distinta al de la capital o países desarrollados.

En las características clínicas se describió que el tiempo de hospitalización en días la media fue 25,15 días, en los antecedentes se identificó que el principal fue el abandono de tratamiento (38,3%); en los síntomas las principales fueron alucinaciones (41,7%), y delusiones (13,1%).

Orellana G y col, en su estudio en Chile descubrieron en pacientes con esquizofrenia rango etario de 11 a 20 años, que ya tuvieron su primera hospitalización.¹⁴ Espinoza D y col, en Honduras determinaron en los aspectos clínicos, que los antecedentes familiares de primer y segundo grado consanguíneo de los pacientes tenían esquizofrenia el (31,8%) y además el (84,1%) estaba recibiendo tratamiento farmacológico.¹⁵

González G, también refiere en su trabajo que el antecedente familiar de esquizofrenia fue de (32,8%), los síntomas más frecuentes fueron las alucinaciones (40%), las ideas delirantes (24%), alteración del lenguaje (21%) y retraimiento o aislamiento social (16%).¹⁷ Rivera H, en su estudio en Huancayo identificó en el área clínica los siguientes: días hospitalizados 21-40 días (43,24%), hospitalización de larga data (48,65%); y como síntomas principales las delusiones fue(48,66%).²⁰

Argumentando sobre la clínica, es resaltante saber que la mayoría de pacientes estuvieron hospitalizados por largos periodos de tiempo, esto refleja que el manejo y abandono por parte de la familia es muy frecuente, pensando que la solución es meramente asistencial, cuando si se realizará los protocolos adecuados el paciente podría estar en su casa tratando de reintegrarse a su comunidad, además que la sintomatología clásica habitual de internamiento fue las alucinaciones.

En cuanto a la tipología de la esquizofrenia la más frecuente fue el tipo esquizofrenia paranoide (53,9%); datos que discrepan solo con el estudio de

Benavides-Portilla M y col, donde en Colombia específicamente en el Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle Cali, se identificó que el tipo de esquizofrenia indiferenciada fue el más frecuente con el 81%, seguida del tipo paranoide.¹⁶

En cambio, Gonzáles G, en el hospital Belén de Trujillo la tipología paranoide fue 69,9%, seguida de la sin especificación 15,4%.¹⁷ Cortez-Vergara C y col, en el Hospital Honorio Delgado-Hideyo Nogochi determinó que el tipo de esquizofrenia paranoide fue 70,7%, catatónica 6,2%.¹⁹ Así mismo Rivera H, en su estudio realizado en Huancayo estableció que el tipo de esquizofrenia paranoide fue 48,67%.²⁰

Los estudios a nivel mundial sobre el tipo más frecuente de esquizofrenia son muy concordantes con nuestros resultados siendo gran parte de ellos el de tipo paranoide, teniendo como característica habitual que el debut de estos pacientes sean las alucinaciones de tipo auditivo más que visual.

En el tratamiento de la esquizofrenia el tiempo de tratamiento promedio fue de 10 años, la politerapia fue 72,2%, monoterapia fue 27,8% y los fármacos más usados fueron: risperidona 19,1%, haloperidol 18,3% y biperideno 20%,

Benavides-Portilla M y col, identificó que los fármacos más usados fueron clozapina 18%, biperideno 15% y levomepromazina 14%.¹⁶ y Cortez-Vergara C y col, establecieron que hubo intolerancia a los fármacos y el uso de terapia electroconvulsiva en refractariedad al tratamiento representó 80,7% y en ideación suicida o comportamiento autolesivo 7,4%.¹⁹ Rivera H, en Huancayo determinó que existe tratamiento politerapia de antipsicóticos 83,78%.²⁰

El tratamiento en la bibliografía refiere que, el uso de medicamentos de primera generación es beneficioso en la medida que los síntomas negativos son bajos, el uso

combinado de antipsicóticos de varias clases o generaciones no evidencian mejoría o reducción de hospitalizaciones en el transcurso de los años, es fundamental que la prescripción de los fármacos tenga una responsabilidad ética.

A continuación, se enumera las limitaciones que tiene este trabajo de investigación y que con las normas de ética damos a conocer: en primer lugar, al ser un estudio retrospectivo las medidas o los datos no fueron realizados por el mismo investigador por ende existe un sesgo de tener la certeza de que los datos son fidedignos aun sin embargo por estar registrado en las historias clínicas posee el carácter de veraz y legal.

Por otro lado, al ser un estudio realizado en la situación de la pandemia del COVID-19 la recolección de datos no se pudo realizar búsquedas muy exhaustivas de los datos de estos pacientes en los rangos propuestos, por ende, tener una población y muestra más grande hubiera sido importante.

Finalmente, el estudio por un tema de factibilidad no se pudo realizar un muestreo probabilístico, ya que poder escoger aleatoriamente mi población de estudio no se pudo por lo que la cantidad de esta es muy pequeña y no se cuenta con todos los datos necesarios para el estudio, es así que se escogió los registros que tenían todos los datos completos por ello fue un muestreo no probabilístico.

CONCLUSIONES

1. El perfil sociodemográficos de los pacientes con esquizofrenia son :el promedio de edad fue (34, 93) años, sexo masculino (59,1%), procedencia Huancayo (33%), la religión de la mayoría de los pacientes fue católica (64,3%), estado civil soltero (68,7%), persona encargada del paciente la madre (51,3%), grado de instrucción secundaria incompleta (36,5%) y desempleado el (60%).
2. El tiempo de hospitalización cuando fueron internados en el servicio de Psiquiatría el promedio fue 25,15 días; el principal antecedente de los pacientes fue el abandono de tratamiento (38,3%), y los síntomas principales fueron: alucinaciones (41,7%), y delusiones (13,1%).
3. El tipo de esquizofrenia más frecuente fue la esquizofrenia paranoide (53,9%).
4. El tiempo promedio de tratamiento de los pacientes fue 10 años, la monoterapia fue (27,8%), politerapia (72,2%); finalmente los fármacos más usados fueron: Risperidona (19,1%), Haloperidol (18,3%) y Biperideno (20%).

RECOMENDACIONES

1. Crear una guía clínica propia de la institución, para resolver los problemas sociodemográficos dónde se priorice el diagnóstico precoz y tratamiento integral que contemple problemas psicosociales a través de intervenciones sociales, para resolver los problemas sociodemográficos de desempleo, el no concluir la secundaria y la dependencia familiar. También se propone mejorar un programa de promoción y educación en salud mental, específicamente para esquizofrenia para el reconocimiento precoz de los síntomas premórbidos y del primer episodio psicótico con el objetivo de diagnosticar precozmente la enfermedad.
2. Siendo el problema de mayor importancia las recaídas, se recomienda una guía clínica institucional que dé relevancia al manejo ambulatorio para evitar las recaídas, disminuir el tiempo de hospitalización y mejorar el control sintomático de los pacientes.
3. Crear un programa de tratamiento específico para esquizofrenia paranoide ya que esta es la más frecuente.
4. Se debe reforzar la asistencia social ya que el tratamiento es de larga data y los fármacos de los pacientes no cuenta con los recursos económicos para desarrollar un plan de mejora y sostenimiento social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atencio-Paulino J, Sedano C, Castañeda E. Desarrollo de las Publicaciones Sobre Neurología en Latinoamérica A Través del SCImago Journal And Country Rank. Revista Ecuatoriana de Neurología. 2019; 28(3): 1-2.
2. Atencio-Paulino J, Paucar-Huaman W, Condor-Elizarbe I. Publicación científica en especialidades de Neurología y Psiquiatría en el Perú a través del SCImago Journal and Country Rank. Rev Neuro-Psiquiatr. 2019;82(3):227-9.
3. Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon J, Arrojo M, Bravo-Ortiz M, Cabrera-Cifuentes A, et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2017;10(1):4-20.
4. Taborda E, Montoya L, Gómez N, Arteaga L, Correa O. Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45(2):118-23.
5. García R, Aliste F, Soto G. Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. Rev Colomb Psiquiatr. julio de 2018;47(3):170-6.
6. Minsa. RESOLUCIONES HVLH – Hospital Victor Larco Herrera [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2020].
Disponibile en: <https://larcoherrera.gob.pe/resoluciones-hvlh-2/>
7. Castillo-Martell H. Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima. Rev An Salud Ment. 2016;30(2).
8. Condori N. Más de 17 mil casos de esquizofrenia fueron atendidos por Minsa el 2012 [Internet]. rpp.pe. 2013 [citado 4 de diciembre de 2020].

Disponible en: <https://rpp.pe/vital/salud/mas-de-17-mil-casos-de-esquizofrenia-fueron-atendidos-por-minsa-el-2012-noticia-562400>

9. Atencio-Paulino J, Condor-Elizarbe I, Paucar-Huaman W. Desarrollo de la colaboración en publicaciones sobre salud pública en Latinoamérica y el Caribe. *Gac Sanit.* 22 de mayo de 2020; 34:214-5.
10. Vílchez L, Turco E, Varillas R, Salgado C, Salazar M, Carmona Clavijo G, et al. El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. *An Fac Med.* 2019;80(3):389-96.
11. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, de la Hoz A, Tamayo N, García J, Jaramillo L. Tratamiento con antipsicóticos de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014; 44:29-39.
12. Hoertel N, Rotenberg L, Blanco C, Pascal de Raykeer R, Hanon C, Kaladjian A, et al. Psychiatric symptoms and quality of life in older adults with schizophrenia spectrum disorder: results from a multicenter study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;270(6):673-88.
13. Garcia-Alvarez L, Garcia-Portilla M, Saiz P, Fonseca-Pedrero E, Bobes-Bascaran M, Gomar J, et al. Validación española de la escala de evaluación de los síntomas negativos-16 (NSA-16) en pacientes con esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(3):169-75.
14. Orellana G, Rodríguez M, González N, Durán E, Orellana G, Rodríguez M, et al. Esquizofrenia y su asociación con enfermedades médicas crónicas. *Revista médica de Chile.* 2017;145(8):1047-53.

15. Espinoza D, Sosa C, Espinoza E, Sierra M. Factores Asociados A La Esquizofrenia En Pacientes Atendidos En El Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras. Rev Fac Cienc Méd. 2015;1(1):1-18.
16. Benavides-Portilla M, Beitia-Cardona P, Osorio-Ospina C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá. 2016;3(2):146-60.
17. González G. Características Clínico Epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018 [Internet] [Tesis para optar título médico cirujano]. [Trujillo]: Universidad Cesar Vallejo; 2019.
18. Osorio-Martínez M. Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. Anales de la Facultad de Medicina. 2017;78(1):17-22.
19. Cortez-Vergara C, Cruzado L, Rojas-Rojas I, Sánchez-Fernández M, Ladd-Huarachi G. Características clínicas de pacientes tratados con terapia electroconvulsiva en un hospital público de Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016;33(1):100-5.
20. MINSA. Análisis situacional de establecimientos hospitalarios (ASEH) año 2016. Hospital Víctor Larco Herrera [Internet]. Ministerio de Salud del Perú; 2016. Disponible:
https://larcoherrera.gob.pe/wpcontent/uploads/2020/08/RD_079_2017_DG_HVLH.pdf

21. Salud Mental de España. Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en centros de salud mental [Internet]. Elseiver. Vol. 1. Murcia: Elseiver; 2009.
Disponible:https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
22. Rivera H. Prevalencia de la esquizofrenia en la unidad de hospitalización psiquiatría del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo – periodo 2017. [Internet] [Tesis para optar título médico cirujano]. [Huancayo]; 2018 [citado 5 de diciembre de 2020].
23. Barreira I. De la psicosis a la esquizofrenia. Genealogía de un concepto y su impacto en la actualidad. *Epistemología*. 28 de octubre de 2019;4(1):5-32
24. Muñoz-Estrada J, Lora-Castellanos A, Meza I, Alarcón Elizalde S, Benítez-King G. Primary cilium formation is diminished in schizophrenia and bipolar disorder: A possible marker for these psychiatric diseases. *Schizophrenia Research*. 1 de mayo de 2018;195:412-20.
25. CIE-10. Criterios diagnosticos del CIE-10 Esquizofrenia [Internet]. Clasificación de enfermedades. 2018 [citado 1 de junio de 2021]. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/trastornos/ESQUIZOFRENIA/cie.php>
26. Valle R. Apreciación de la guía de práctica clínica peruana sobre esquizofrenia respecto al programa de intervención temprana en psicosis. *Anales de la Facultad de Medicina*. marzo de 2020;81(1):125-6.
27. Autoridades del Hospital Larco Herrera. “Proyecto De Guía Técnica Para Uso De Clozapina (Clz) En El Hospital Víctor Larco Herrera” [Internet]. 2014. Disponible

en: <https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/GUIA-TECNICA-PARA-USO-DE-CLOZAPINA-r..pdf>

28. Instituto Nacional de Salud mental Honorio delgado Hiedyo Nogochi. Guia de practica clinica para el tratamiento del síndrome psicótico en emergencia [Internet]. 2009.

Disponible: <http://www.insm.gob.pe/departamentos/emergencia/archivos/RD290-2009-DG-INSMHDHN.pdf>

29. Ministerio de salud de España. Guia de practica clinica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Internet]. es.

Disponible:https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

30. López FJC. Actualizada la guía NICE para la Psicosis y la Esquizofrenia en adultos [Internet]. 2014 [citado 1 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-de-interes/guias/453-actualizada-la-guia-nice-para-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-en-adultos>

31. Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2020 [citado 4 de diciembre de 2020].

32. Stroup S, Marder S. Pharmacotherapy for schizophrenia: Acute and maintenance phase treatment - UpToDate [Internet]. Uptodate. 2020 [citado 5 de diciembre de 2020].

33. Supo J, Zacarías H. Metodología De La Investigación Científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. 1.a ed. Vol. 1. Arequipa: Independently published; 2020. 352 p.

34. Supo J. Taxonomía de la investigación: El arte de clasificar aplicado a la investigación científica. 1st edition. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2015. 70 p.
35. Supo J. Cómo elegir una muestra: Técnicas para seleccionar una muestra representativa. 1.a ed. Vol. 1. Arequipa: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2013. 72 p.
36. Hernández-Sampieri R. Metodología De La Investigación. México; 2014. 600 p.

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia
2. Matriz de operacionalización de variables
3. Instrumento de la investigación
4. Confiabilidad válida del instrumento
5. La data de procesamiento de datos
6. Autorización del proyecto de investigación

ANEXO-1 MATRIZ DE CONSISTENCIA
PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DOCENTE CLINICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRION DE ENERO - JUNIO 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
Problema General:	Objetivo General:			Población	Tipo de Investigación		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Docente C. Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019? 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital Docente C. Quirúrgico Daniel Alcides Carrión: enero-junio del 2019. 	No tiene una hipótesis la presente tesis por la naturaleza del nivel de estudio.	Estudio de una variable "Monovariable"	Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el área de psiquiatría del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión": enero-junio del 2019.	Cuantitativo Observacional Nivel de Investigación Descriptivo	Ficha de recolección de datos	Se utilizo la estadística descriptiva para las frecuencias y para los gráficos diagramas de barra y de sectores.
Específicos	Específicos		Variable:	Muestra	Diseño de Investigación		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los problemas sociodemográficos de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia? ¿Cuáles son las características clínicas de la esquizofrenia? <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el tipo de esquizofrenia más frecuente? ¿Cuál es el tipo de tratamiento para la esquizofrenia en pacientes atendidos? 	<ul style="list-style-type: none"> Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Determinar las características clínicas de la esquizofrenia Identificar el tipo de esquizofrenia más frecuente Determinar el tipo de tratamiento para la esquizofrenia 		Perfil epidemiológico de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Dimensionado: <ul style="list-style-type: none"> Epidemiológico Clínicos Tipología Tratamiento 	Tipo no probabilístico, en este caso por criterio del investigador o intencional siendo la muestra final 115 pacientes.	No experimental-transversal Método Retrospectivo Técnica Análisis documental	Validado en este caso juicio de expertos y confiabilidad alfa de Cronbach	Los programas estadísticos fueron SPSS25.0, Excel 16, epidat y Medclac.

ANEXO-2 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variab l	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores finales	Tipo de variable	Instrumen to	Escala medición	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA	Trastorno con base orgánica o neurológica donde el principal rasgo es la afectación en los transmisores por lo cual no existe un funcionamiento normal neuronal.	Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia entre los meses de enero a junio del año 2019 en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión donde se medirá en sus componentes: ● Epidemiológica ● Clínica ● Tipo ● Tratamiento	1. Dimensión sociodemográfica	1.1. Edad	▪ 15-30 años/31-45 años/46-60 años/>60 años	Cuantitativa discreta	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Intervalo	
				1.2. Sexo	▪ Masculino/femenino	Cualitativo dicotómico			
				1.3. Lugar de nacimiento	▪ Huancayo/El Tambo/Chupaca/Chilca/Concepción/Jauja/etc.	Cualitativo politómico			
				1.4. Procedencia	▪ Huancayo/El Tambo/Chupaca/Chilca/Concepción/Jauja/etc.				Nominal
				1.5. Religión	▪ Católico/evangélico/adventista/otros.				
				1.6. Estado civil	▪ Soltero/casado/divorciado/otros.				
				1.7. Persona responsable/acompañante	▪ Madre/padre/hermanos/hijos/primos/otros.				
				1.8. Grado de instrucción	▪ Sin instrucción/primaria/secundaria/técnico/superior	Ordinal			
			2. Dimensión Clínica	2.1. Tiempo de hospitalización (días)	▪ 0-7 días/7-14 días/15-30 días/>30 días	Cuantitativa discreta	Intervalo		
				2.2. Antecedentes	▪ Abandono de tratamiento/consumo de sustancia/hospitalización prolongada/padres con esquizofrenia	Cualitativo politómico			
				2.3. Síntomas	Alucinaciones/Delusiones/alucia/trastornos emocionales/agitación-psicomotriz/falsa percepciones/conducta desorganizada			Nominal	
			3. Tipología	3.1. Tipo	▪ Esquizofrenia paranoide/hebefrenica/depresión post esquizofrenia/catatónica/indiferenciada	Cuantitativa discreta	Intervalo		
			4. Dimensión tratamiento	4.1. Tiempo (años)	< 5 años/6-10 años/11-15 años/>16 años				
				4.2. Monoterapia	▪ Si/no			Cualitativo dicotómico	
				4.3. Politerapia	▪ Si/no				
				4.4. Fármacos recetados	▪ Biperideno/risperidona/haloperidol/clonazepam/flume nazina decanoato/quetiapina/sulpirida	Cualitativo politómico	Nominal		

ANEXO-3 INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DOCENTE CLINICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRION DE ENERO - JUNIO 2019”

1. Número de historia clínica: () otros
2. Edad:.....
3. Sexo:
- () Masculino
- () Femenino
4. Lugar de Nacimiento
- () Huancayo
- () El Tambo
- () Chupaca
- () Chilca
- () Concepción
- () Jauja
- () otros
5. Procedencia
- () Huancayo
- () El Tambo
- () Chupaca
- () Chilca
- () Concepción
- () Jauja
- () otros
6. Religión
- () Católico
- () Evangélico
- () Adventista
7. Estado civil
- () Soltero
- () Casado
- () Divorciado
- () otros
8. Persona responsable del paciente
- () Madre
- () Padre
- () Hermanos
- () Hijos
- () Primos
- () otros
9. Grado de instrucción
- () Sin instrucción
- () Primaria incompleta
- () Primaria completa
- () Secundaria competa
- () Secundaria completa
- () Técnico
- () Superior universitaria
10. Tiempo de hospitalización (días)
- () 0-7 días
- () 7-14 días
- () 15-30 días

() >30 días

11. Antecedentes

() Abandono de tratamiento

() consumo de sustancia

() hospitalización prolongada

() padres con esquizofrenia

12. Síntomas

() Alucinaciones

() Delusiones

() Heteroagresividad

() Alogia

() Trastornos emocionales

() Agitación psicomotriz

() Falsa percepciones

() Conducta desorganizada

13. Tipo

() Esquizofrenia paranoide

() Hebefrenica

() Depresión post esquizofrenia

() Catatónica

() Indiferenciada

14. Tiempo (años) de tratamiento

() < 5 años

() 6-10 años

() 11-15 años

() >16 años

15. Monoterapia

() Si

() no

16. Politerapia

() Si

() no

17. Fármacos recetados

() Biperideno

() Risperidona

() Haloperidol

() Clonazepam

() Flumenazina decanoato

() Quetiapina

() Sulpirida

() otros

ANEXO-4 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

<i>ID</i>	<i>ITEM 1</i>	<i>ITEM 2</i>	<i>ITEM 3</i>	<i>ITEM 4</i>	<i>ITEM 5</i>	<i>ITEM 6</i>	<i>ITEM 7</i>	<i>ITEM 8</i>	<i>ITEM 9</i>	<i>ITEM 10</i>	<i>ITEM 11</i>	<i>ITEM 12</i>	<i>ITEM 13</i>	<i>ITEM 14</i>	<i>ITEM 15</i>	<i>Total</i>
1	0	0	0	0	1	5	0	0	0	1	0	0	1	1	5	14
2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7
3	0	2	2	0	1	5	1	0	3	1	0	1	1	0	1	18
4	1	0	3	2	1	5	1	0	4	2	1	0	1	0	1	22
5	1	3	0	0	1	5	0	1	3	2	0	1	1	1	4	23
6	0	0	4	3	1	5	1	3	0	2	0	0	1	1	1	22
7	1	2	4	0	0	5	0	0	1	2	1	0	1	1	1	19
8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	0	1	7
11	0	2	1	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	9
12	0	1	4	2	2	2	0	1	0	2	2	1	1	0	1	19
13	1	0	4	3	1	2	2	3	1	2	2	0	1	0	1	23
14	1	2	1	1	1	2	1	3	0	2	2	1	1	0	3	21
15	1	2	2	1	2	2	1	2	1	3	2	0	1	0	2	22
16	0	4	0	0	0	0	1	1	1	2	3	0	1	0	0	13
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	5	3	2	2	2	1	3	5	1	3	0	1	0	1	30
19	0	0	5	0	0	1	1	1	6	5	0	0	0	0	2	21
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varianza	0.2275	2.16	2.8875	1.06	0.56	4.0275	0.35	1.3	3.14	1.6275	1.1475	0.1875	0.2275	0.16	1.86	

Alfa de Cronbach= $\alpha = (K/(K-1)) * [1 - (\sum Vi / \sum Vt)]$

$\alpha = 0,7995$

ANEXO- 5 LA DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Mercedes[1].sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 21 de 21 variables

	Lugar de nacimiento	Edad	Sexo	Religion	Grado de instrucción	Estado civil	Ocupacion	Procedencia	Hospitalización
1	Huancayo	35	Femenino	Catolica(o)	Primaria completa	Casado	Estudiante	pilcomayo	2
2	Huancayo	42	Femenino	Catolica(o)	Primaria completa	no especificado	Docente	Concepcion	3
3	Huancayo	46	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	2
4	Huancayo	35	Masculino	Evangelico(a)	Secundaria completa	Soltero	Desempleado/casa	otros	2
5	Huancayo	22	Masculino	Catolica(o)	Sin instruccion	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	1
6	Huancayo	22	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Estudiante	Concepcion	2
7	Huancayo	42	Femenino	Evangelico(a)	Primaria completa	no especificado	Desempleado/casa	Concepcion	2
8	Huancayo	35	Masculino	Evangelico(a)	Secundaria completa	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	2
9	Huancayo	22	Masculino	Catolica(o)	Tecnico superior	Soltero	Desempleado/casa	Concepcion	4
10	Huancayo	50	Femenino	Otros	Universitario	Soltero	Estudiante	Huancayo	2
11	Huancayo	46	Femenino	Catolica(o)	Secundaria completa	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	7
12	Huancayo	47	Masculino	Evangelico(a)	Secundaria incompleta	Casado	No especifica	pilcomayo	1
13	Huancayo	30	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	4
14	Huancayo	29	Masculino	Evangelico(a)	Tecnico superior	Soltero	Desempleado/casa	Chilca	4
15	Huancayo	35	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Casado	Desempleado/casa	Chupaca	2
16	Huancayo	38	Masculino	Aventista	Secundaria incompleta	Soltero	No especifica	otros	3
17	Huancayo	47	Femenino	Catolica(o)	Tecnico superior	Soltero	Estudiante	Huancayo	2
18	Huancayo	27	Femenino	Catolica(o)	Primaria completa	Soltero	Estudiante	Chilca	3
19	Huancayo	62	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	no especificado	Desempleado/casa	Chilca	2
20	Huancayo	25	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	No especifica	Huancayo	3
21	Huancayo	50	Femenino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Docente	Concepcion	4
22	Huancayo	19	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	2
23	El Tambo	27	Femenino	Catolica(o)	Secundaria completa	Soltero	Estudiante	El tambo	2

1

Vista de datos Vista de variables

Activar Windows. Ve a Configuración para activar Windows.

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Lugardenaci...	Numérico	12	0	Lugar de nacim...	{0, Huancay...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
2	Edad	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
3	Sexo	Numérico	9	0		{0, Femenin...	Ninguno	9	Derecha	Nominal	Entrada
4	Religion	Numérico	13	0		{0, Catolica(...	Ninguno	13	Derecha	Nominal	Entrada
5	Gradodeinst...	Numérico	22	0	Grado de instru...	{0, Sin instr...	Ninguno	22	Derecha	Nominal	Entrada
6	Estadocivil	Numérico	13	0	Estado civil	{0, Soltero}...	Ninguno	13	Derecha	Nominal	Entrada
7	Ocupacion	Numérico	22	0		{0, Desempl...	Ninguno	22	Derecha	Nominal	Entrada
8	Procedencia	Numérico	10	0		{0, Huancay...	Ninguno	10	Derecha	Nominal	Entrada
9	Hospitalzaci...	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
10	Acompañan...	Numérico	14	0	Acompañante (...	{0, padre}...	Ninguno	14	Derecha	Nominal	Entrada
11	Antecedentes	Numérico	23	0		{0, Abondon...	Ninguno	23	Derecha	Nominal	Entrada
12	tiempodetr...	Numérico	2	0	tiempo de trtmi...	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
13	Polifarmacia...	Numérico	2	0	Polifarmacia an...	{0, no}...	Ninguno	11	Derecha	Nominal	Entrada
14	Polifarmcia...	Numérico	2	0	Polifarmcia mul...	{0, No}...	Ninguno	10	Derecha	Nominal	Entrada
15	Farmacos	Numérico	21	0		{0, Biperide...	Ninguno	21	Derecha	Nominal	Entrada
16	Sintomas	Numérico	22	0		{0, Agitacio...	Ninguno	22	Derecha	Nominal	Entrada
17	Tipodeezqui...	Numérico	26	0	Tipo de ezquizo...	{0, Ezquizof...	Ninguno	26	Derecha	Nominal	Entrada
18	Rec_edad	Numérico	8	2	Rec_edad	{,00, 15-30 ...	Ninguno	10	Derecha	Nominal	Entrada
19	PrimarioÚlti...	Numérico	1	0	Indicador de ca...	{0, Caso du...	Ninguno	17	Derecha	Ordinal	Entrada
20	DIAS_HOS...	Numérico	8	2	DIAS_HOSPIT...	{,00, 0-20 di...	Ninguno	22	Derecha	Nominal	Entrada
21	rtec_teimpo...	Numérico	8	2	rtec_teimpo_tra...	{,00, < 5 añ...	Ninguno	22	Derecha	Nominal	Entrada
22											
23											
24											
25											
26											

Activar Windows

Ve a Configuración para



Visible: 21 de 21 variables

	Lugardenacimie nto	Edad	Sexo	Religion	Gradodeinstrucción	Estadocivil	Ocupacion	Procedencia	Hospitalzacio
73	Satipo	30	Masculino	Catolica(o)	Sin instruccion	Soltero	No esepcifica	El tambo	
74	Satipo	47	Masculino	Catolica(o)	Tecnico superore	Soltero	Desempleado/casa	Chilca	
75	Satipo	15	Femenino	Catolica(o)	Tecnico superore	Soltero	No esepcifica	El tambo	
76	Satipo	46	Femenino	Catolica(o)	Primaria competa	Soltero	Estudiante	pilcomayo	
77	La merced	35	Masculino	Catolica(o)	Primaria incompetela	Casado	Desempleado/casa	Huancayo	
78	La merced	29	Masculino	Catolica(o)	Sin instruccion	Casado	Desempleado/casa	Huancayo	
79	La merced	31	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	
80	La merced	50	Femenino	No especifica	Univeresitraio	no especificado	Desempleado/casa	Chilca	
81	La merced	50	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Docente	El tambo	
82	La merced	29	Masculino	Catolica(o)	Secundari competa	Soltero	Estudiante	Chilca	
83	La merced	35	Femenino	Catolica(o)	Univeresitraio	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	
84	La merced	46	Femenino	Catolica(o)	Secundari competa	Soltero	No esepcifica	El tambo	
85	Huancavelica	48	Femenino	Evangelico(a)	Univeresitraio	Casado	Desempleado/casa	pilcomayo	
86	Huancavelica	31	Masculino	Otros	Tecnico superore	Divorciado	Desempleado/casa	Chilca	
87	Huancavelica	28	Masculino	Evangelico(a)	Secundari competa	Divorciado	No esepcifica	Huancayo	
88	Huancavelica	50	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	
89	Huancavelica	17	Masculino	Catolica(o)	Primaria competa	Soltero	Desempleado/casa	Chupaca	
90	Huancavelica	29	Masculino	No especifica	Primaria competa	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	
91	Huancavelica	17	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	Chilca	
92	Huanuco	31	Femenino	No especifica	Univeresitraio	no especificado	Docente	Huancayo	
93	Huanuco	42	Femenino	Evangelico(a)	Secundari competa	Casado	Desempleado/casa	Chupaca	
94	Huanuco	15	Femenino	Catolica(o)	Primaria competa	no especificado	Docente	Huancayo	
95	Huanuco	35	Femenino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Estudiante	Chupaca	
96	Huanuco	22	Femenino	Catolica(o)	Primaria incompetela	Soltero	Desempleado/casa	Chupaca	



Visible: 21 de 21 variables

	Lugardenacimie nto	Edad	Sexo	Religion	Gradodeinstrucción	Estadocivil	Ocupacion	Procedencia	Hospitalizacio
99	Otros	31	Femenino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	
100	Otros	48	Femenino	Evangelico(a)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	jauja	
101	Otros	46	Masculino	Evangelico(a)	Tecnico superore	Soltero	No especifica	otros	
102	Otros	40	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Estudiante	Chupaca	
103	Otros	30	Femenino	Catolica(o)	Primaria incompelta	no especificado	Desempleado/casa	jauja	
104	Otros	30	Femenino	Evangelico(a)	Primaria incompelta	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	
105	Otros	17	Femenino	Aventista	Secundaria incompleta	Soltero	Estudiante	otros	
106	Cerro de pasco	29	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	
107	Cerro de pasco	31	Masculino	Catolica(o)	Tecnico superore	Casado	Desempleado/casa	Huancayo	
108	Cerro de pasco	21	Masculino	No especifica	Tecnico superore	Soltero	Desempleado/casa	Huancayo	
109	Ayacucho	28	Masculino	Catolica(o)	Univeresitraio	Soltero	Desempleado/casa	Chilca	
110	Ayacucho	29	Femenino	Evangelico(a)	Tecnico superore	Soltero	Docente	El tambo	
111	Ayacucho	25	Masculino	Catolica(o)	Secundaria incompleta	Soltero	Desempleado/casa	El tambo	
112	Concepcion	25	Masculino	Catolica(o)	Primaria incompelta	Casado	Desempleado/casa	El tambo	
113	Concepcion	22	Masculino	Catolica(o)	Sin instruccion	Divorciado	Desempleado/casa	Huancayo	
114	Concepcion	19	Femenino	Catolica(o)	Primaria competa	Divorciado	Estudiante	El tambo	
115	Concepcion	19	Masculino	Catolica(o)	Primaria competa	no especificado	Desempleado/casa	El tambo	
116									
117									
118									
119									
120									
121									



DIAS_HOSPITALIZA... 1,00

Visible: 20 de 20 variables

	Farmacos	Sintomas	Tipodeezquizofrenia	Rec_edad	DIAS_HOSPITALIZACION	rtec_teiempo_tratamnt
93	Biperideno	Trastorno emociaeles	Ezquizofneia paranoide	31-45 años	0-20 dias	6-10 años
94	Flumenazina decanoato	Delusiones	Ezquizofneia paranoide	15-30 años	0-20 dias	> 16 años
95	Flumenazina decanoato	Delusiones	esquizofneia inderenciad	31-45 años	61-80 días	> 16 años
96	Quetapina	Delusiones	esquizofneia inderenciad	15-30 años	0-20 dias	6-10 años
97	Biperideno	Delusiones	Depreson post ezquifornica	46-60 años	0-20 dias	6-10 años
98	Haloperidol	Delusiones	Depreson post ezquifornica	15-30 años	41-60 dias	6-10 años
99	Biperideno	Delusiones	Ezquizofneia paranoide	31-45 años	0-20 dias	6-10 años
100	Biperideno	Delusiones	Ezquizofneia paranoide	46-60 años	21-40 dias	< 5 años
101	Sulpirida	Trastorno emociaeles	esquizofneia inderenciad	46-60 años	41-60 dias	> 16 años
102	Haloperidol	Delusiones	Depreson post ezquifornica	31-45 años	0-20 dias	> 16 años
103	Clozapina	Delusiones	Depreson post ezquifornica	15-30 años	41-60 dias	6-10 años
104	Haloperidol	Alogia	Depreson post ezquifornica	15-30 años	61-80 días	> 16 años
105	Biperideno	Delusiones	Ezquizofneia paranoide	15-30 años	0-20 dias	6-10 años
106	Clozapina	Trastorno emociaeles	Ezquifronia hebefrenica	15-30 años	61-80 días	6-10 años
107	Biperideno	Delusiones	Ezquizofneia paranoide	31-45 años	21-40 dias	6-10 años
108	Biperideno	Agresividad	Catatonica	15-30 años	21-40 dias	6-10 años
109	Flumenazina decanoato	Agresividad	Ezquizofneia paranoide	15-30 años	21-40 dias	6-10 años
110	Risperidona	Trastorno emociaeles	Ezquizofneia paranoide	15-30 años	0-20 dias	6-10 años
111	Quetapina	Agresividad	Ezquifronia hebefrenica	15-30 años	0-20 dias	6-10 años
112	Risperidona	Delusiones	Ezquizofneia paranoide	15-30 años	0-20 dias	6-10 años
113	Sulpirida	Agresividad	Ezquifronia hebefrenica	15-30 años	0-20 dias	11-15 años
114	Risperidona	Alogia	Ezquifronia hebefrenica	15-30 años	21-40 dias	> 16 años
115	Clonazepam	Alogia	Ezquifronia hebefrenica	15-30 años	0-20 dias	6-10 años

Vista de datos Vista de variables

Actual Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Mercedes[1].sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 21 de 21 variables

	Hospitalizacion	Acompañante persona responsable	Antecedentes	tiempo de tratamientos	Polifarmacia atípicos de la misma clase	Polifarmacia múltiple	Farmacos	Sintomas
1	22	padre	Abandono de tratamiento	8	no	Si	Risperidona	Agitación psicotr
2	30	hijos	consumo de sustancia	10	no	Si	Clozapina	Agresividad
3	28	madre	padres con esquizofrenia	12	si	No	Biperideno	Delusiones
4	28	madre	padres con esquizofrenia	9	si	Si	Haloperidol	Delusiones
5	12	hijos	Abandono de tratamiento	22	si	No	Risperidona	Falsas percepciones
6	27	madre	consumo de sustancia	15	si	Si	Biperideno	Trastorno emocia
7	27	madre	padres con esquizofrenia	9	si	Si	Haloperidol	Alogia
8	27	hijos	hospitalización prolongada	6	no	Si	Risperidona	Falsas percepciones
9	43	hijos	Abandono de tratamiento	17	no	No	Clonazepam	Agitación psicotr
10	7	Hermanos	padres con esquizofrenia	9	no	No	Haloperidol	Agresividad
11	71	madre	Abandono de tratamiento	8	no	No	Biperideno	Delusiones
12	11	madre	consumo de sustancia	10	no	Si	Flumenazina decanoato	Delusiones
13	46	madre	consumo de sustancia	9	no	Si	Quetapina	Trastorno emocia
14	43	padre	consumo de sustancia	9	no	Si	Sulpirida	Delusiones
15	27	madre	hospitalización prolongada	9	no	Si	Clozapina	Alogia
16	30	padre	hospitalización prolongada	9	no	Si	Flumenazina decanoato	Alogia
17	22	padre	padres con esquizofrenia	9	no	No	Haloperidol	Alogia
18	30	madre	hospitalización prolongada	7	no	Si	Biperideno	Agitación psicotr
19	22	madre	padres con esquizofrenia	9	no	No	Clozapina	Alogia
20	30	madre	Abandono de tratamiento	8	no	Si	Risperidona	Agitación psicotr
21	46	padre	Abandono de tratamiento	10	no	Si	Clonazepam	Delusiones
22	29	madre	hospitalización prolongada	10	no	Si	Biperideno	Falsas percepciones
23	7	madre	Abandono de tratamiento	12	si	Si	Biperideno	Agitación psicotr

4

Vista de datos Vista de variables

Active Windows

Ve a Configuración para activar Windows.

ANEXO-6 AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO


GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL R.D.C.Q. "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO
OFICINA DE APOYO A LA CAPACITACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

Huancayo, 14 de noviembre del 2019.

CARTA N° 353 -2019-HRDCO-DAC-HYO-OACDI.

Señora:

CPC. B. Doris, MEZA MALPICA.

JEFE DE LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA.

PRESENTE.-

ASUNTO: TRABAJO DE INVESTIGACION.

REFERENTE: SOLICITUD S/N CON EXPEDIENTE N° 2563742.

Por medio de la presente es grato dirigirme a Ud., para saludarla cordialmente, a nombre del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A., Carrión y la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, en atención al documento de la referencia; con el Informe de la **Evaluación y Aprobación del proyecto de tesis, del Comité de Investigación del Hospital** y el visto bueno de la jefatura de Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, esta Dirección **AUTORIZA** la revisión de Historias Clínicas, los **meses de febrero y marzo del 2020, solo para fines de investigación**, de acuerdo a la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, para el desarrollo del Proyecto de Investigación Científica titulado **"Perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el HRDCQDAC"** presentado por la bachiller doña: Mercedes María, MALLAUPOMA ORELLANA, para optar el título profesional de **Médico Cirujano**, estudiante de la Universidad Peruana los Andes.

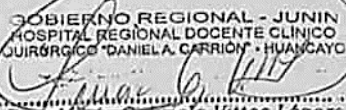
En espera de la atención a la presente, solicito brindarle las facilidades del caso, reciba Ud., las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



M. C. G. CRUZ
Archivo,
MGVL/JCVQ
MDS/mmr
Interesado(a).



GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO
QUIRÚRGICO "DANIEL A. CARRIÓN" - HUANCAYO

Dra. María Gabriela Vites Lázaro
DIRECTORA GENERAL
CMP. 44222 CME. 2755 a

HRDCO "DAC" - HYO	
REG N°	3848234
EXP. N°	2563742

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Aprobada con Resolución N° 003-2005-AU

Que, el Asesor cumple con la labor de orientación y supervisión permanente de ejecución del Proyecto de Investigación, que en un plazo no mayor de un año presentará el informe de culminación de su labor de asesoría del trabajo final¹²;

Que, si por la naturaleza del Proyecto de Investigación fuera necesario un tiempo mayor él (los) interesado (s) solicitará (n) la ampliación por un año que es improrrogable, y con informe del asesor, se concederá mediante Resolución de Decanato, previo informe del Coordinador de Grados y Títulos. Cumplido el plazo y no habiendo concluido la tesis, podrá solicitar cambio de Proyecto de Investigación, así como del asesor¹³;

Que, el estudiante MALLAUPOMA ORELLANA MERCEDES MARÍA, alumno de la Facultad de Medicina Humana mediante Solicitud N° 698204 de fecha 18.10.2019 peticiona al Director de la Unidad de Investigación de la Facultad verificación de similitud por Turnitin de Plan de Tesis **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ENERO - JUNIO 2019**;

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana mediante Oficio N° 384-2019-DUI-FMH-UPLA de fecha 30.10.2019, informa al Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad que el Plan de Tesis presentado por el estudiante MALLAUPOMA ORELLANA MERCEDES MARÍA, ha cumplido con la revisión por el software de similitud TURNITIN y revisión por el Comité de Ética de la Facultad; asimismo, se ha designado como asesor al Mg. Santiago Cortez Orellana;

Que, el Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana mediante Oficio N° 468-2019-CGT/FMH-UPLA de fecha 04.11.2019 opina procedente la inscripción de nuevo Plan de Tesis denominado: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ENERO - JUNIO 2019**; presentado por la estudiante MALLAUPOMA ORELLANA MERCEDES MARÍA alumna de la Facultad de Medicina Humana; asimismo informa que el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana ha **designado** como **ASESOR** del mencionado Plan de Tesis al Mg. Santiago Cortez Orellana;

Que, el señor Decano (e) de la Facultad de Medicina Humana mediante Proveído N° 2369-2019-D-FMH-UPLA de fecha 05.11.2019, remite el expediente a la Secretaria Docente para emisión de la Resolución pertinente;

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220, Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes adecuado a la Ley N° 30220, Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes y demás disposiciones legales vigentes, se;

RESUELVE:

- Art.1° APROBAR** la inscripción del Plan de Tesis denominado: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ENERO - JUNIO 2019**; presentado por la estudiante MALLAUPOMA ORELLANA MERCEDES MARÍA, alumna de la Facultad de Medicina Humana.
- Art. 2° DESIGNAR** como Asesor para el desarrollo de la Tesis mencionada en el Artículo 1° de la presente Resolución al Mg. Santiago Cortez Orellana.
- Art. 3° ENCARGAR** al Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana y al Asesor el cumplimiento de la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



DR. ROBERTO BERNARDO CANGAHUALA
DECANO (e)



SEGUNDO RONALD SAMAME TALLEDO
SECRETARIO DOCENTE

Distribución: CGT/INTERESADOS (01)/ASESOR/ ARCHIVO
RBC/RST/lsabel