

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE  
ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 -  
AGOSTO 2019**

PRESENTADO POR EL BACHILLER

**PIERRE AUGUSTO PEÑA FREITAS**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS  
VITUAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO

**DIRECTOR DE TESIS**

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSc, MD

**ASESOR (ES)**

DR. WILLER CHANDUVI

LIMA, PERÚ 2021

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a cada uno de los docentes de la Universidad Ricardo Palma, en especial al Dr. Willer Chanduvi por su apoyo desde comienzo a fin con consejos, enseñanzas y mucha paciencia; así como también a la Dra. Sonia Indacochea por su compromiso para ayudarme a elaborar esta tesis. Agradezco al director de la tesis, el Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas por su apoyo constante.

Al personal del Hospital Víctor Larco Herrera, quienes me facilitaron el acceso a los datos utilizados en esta investigación.

## DEDICATORIA

*A Dios por tanto amor  
brindado y guiarme en esta  
hermosa carrera.*

*A mi Mamá por su apoyo  
incondicional y estar  
siempre dispuesta a dar todo  
por mi. Te amo mi amor.*

*A mi Papá por ser mi  
ejemplo a seguir y fuerza  
para seguir adelante  
siempre; así como como  
dices familia es familia y  
cariño es cariño. Te Amo  
Papá*

*A mi Ángel, mi Papito; esto  
va para ti, Te extraño.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Se efectuó un muestreo probabilístico aleatorio simple, incluyéndose a 354 pacientes atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, siendo 118 (casos) pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 236 (controles) pacientes con otro diagnóstico. Las variables fueron: sexo, edad, antecedente familiar, violencia en la infancia y farmacodependencia. Se aplicó la prueba de chi cuadrado, se calculó el Odds Ratio y el Intervalo Confianza 95%. **Resultados:** Según el sexo un 55.90% fueron varones en los casos y un 59.30% en los controles. De acuerdo al grupo etario en los casos, el 63.60% fueron jóvenes (18-29 años) y 64% en los controles. Los factores asociados a esquizofrenia fueron: el antecedente familiar (OR: 11.63, IC 95% 5.14-26.33;  $p < 0.001$ ), la violencia en la infancia (OR: 1.97, IC 95% 1.01-3.82;  $p < 0.048$ ) y la farmacodependencia (OR: 2.67, IC 95% 1.60-4.43;  $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** Se encontró que los factores como el antecedente familiar de esquizofrenia, la violencia en la infancia y la farmacodependencia están asociados al desarrollo de esquizofrenia.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Factores de Riesgo, Antecedente familiar, Violencia doméstica, Abuso de sustancias, Estilo de Vida.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the factors associated with the development of schizophrenia in patients at the Víctor Larco Herrera Hospital during the period January 2016 - August 2019. **Materials and methods:** Observational, analytical, retrospective study of cases and controls. A simple random probability sampling was carried out, including 354 patients treated at the Víctor Larco Herrera Hospital, being 118 (cases) patients with a diagnosis of schizophrenia and 236 (controls) patients with another diagnosis. The variables were: sex, age, family history, violence in childhood and drug dependence. The chi square test was applied, the Odds Ratio and the 95% Confidence Interval were calculated. **Results:** According to sex, 55.90% were male in the cases and 59.30% in the controls. According to the age group in the cases, 63.60% were young (18-29 years) and 64% in the controls. The factors associated with schizophrenia were: family history (OR: 11.63, IC 95% 5.14-26.33;  $p < 0.001$ ), violence in childhood (OR: 1.97, IC 95% 1.01-3.82;  $p < 0.048$ ) and drug dependence (OR: 2.67, IC 95% 1.60-4.43;  $p < 0.001$ ). **Conclusions:** Factors such as family history of schizophrenia, violence in childhood and drug dependence were found to be associated with the development of schizophrenia.

**Keywords:** Schizophrenia, Risk Factors, Medical History Taking, Domestic Violence, Substance-Related Disorders, Life Style.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. Descripción de la realidad problemática: planteamiento del problema.....	10
1.2. Formulación del problema.....	11
1.3. Línea de investigación nacional y de la URP vinculada .....	11
1.4. Justificación de la investigación .....	11
1.5. Delimitación del problema .....	12
1.6. Objetivos de la investigación.....	12
1.6.2. Objetivos específicos .....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	13
2.2. Bases teóricas .....	18
2.3. Definición de conceptos operacionales .....	25
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	27
3.1. Hipótesis: general, específicas.....	27
3.2. Variables principales de investigación .....	27
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	28
4.1. Tipo y diseño de investigación .....	28
4.2. Población y muestra.....	28
4.3. Operacionalización de variables .....	30
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	31
4.5. Recolección de datos .....	31
4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos .....	31

4.7. Aspectos éticos .....	32
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	33
5.1. Resultados.....	33
5.2. Discusión de resultados .....	33
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	39
6.1. Conclusiones.....	39
6.2. Recomendaciones .....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
ANEXOS.....	46
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN	
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.	

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla N° 1. Factores sociodemográficos, antecedentes familiares, violencia en la infancia y farmacodependencia en pacientes del Hospital Victor Larco Herrera; Perú 2016 – 2019.

Tabla N° 2. Análisis bivariado de los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Victor Larco Herrera; Perú 2016 – 2019.

Tabla N° 3. Análisis multivariado de los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Victor Larco Herrera; Perú 2016 – 2019.



## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una patología que causa una alteración mental severo, generando una afectación al pensamiento, comportamiento y las emociones. Asimismo, es uno de los problemas mentales más ocurridos en la población, afectando al 1% de la población con una mayor frecuencia entre las edades de 15 y 35 años con repercusiones a lo largo de la vida del paciente.

Esta patología tiene como características generar un colapso total en la capacidad del funcionamiento en la vida, con mucha frecuencia requiere hospitalización. Estos pacientes cursan con sintomatología como delirios, alucinaciones y presencia de una dificultad extrema para la regulación adecuada de sus emociones o su comportamiento. El pensamiento se vuelve desorganizado e incoherente, llegando a ser extremadamente extraño; en cuanto a las emociones se vuelven planas y presenta una ausencia de motivación en la participación en casi la totalidad de las actividades básicas de la vida.

Existe evidencia que demuestra que la carga genética es uno de los factores mas importantes en el desarrollo de la esquizofrenia, empero, estudios realizados en personas adoptadas ha demostrado que los factores ambientales también juegan un rol importante en el desarrollo. Además, existen otras anomalías que incrementan la posibilidad del desarrollo de esta patología como las que afectan los neurotransmisores y las anomalías cerebrales; los cuales al relacionarse con los factores ambientales (violencia familiar, farmacodependencia, denutrición infantil, hipoxia al nacer, infecciones en el embarazo, violencia escolar) incrementan aun mas la probabilidad de desarrollar esta enfermedad.

Sin embargo, estudio de investigación actuales han identificado que las personas cursan con síntomas prodrómicos, que pueden seguirse durante largo tiempo para poder así determinar los mejores factores predictores para la identificación de desarrollo de esquizofrenia; asimismo, estas investigaciones nos pueden permitir lograr identificar a las personas con alta probabilidad de desarrollo de la esquizofrenia, y en este contexto, nos da la oportunidad de realizar una intervención cada vez mas precoz, logrando un mejor beneficio para el paciente.

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. Descripción de la realidad problemática: planteamiento del problema

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta que producen desorganización severa del funcionamiento social. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes)(1).

En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. Afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo(2).

El Hospital Guillermo Almenara del Seguro Social de Salud (EsSalud) informó que teniendo en cuenta el primer trimestre del año 2018, el número de pacientes atendidos con diagnóstico de esquizofrenia fué de 2 mil 895(3). Esta enfermedad suele iniciarse entre los 15-25 años en los varones, y entre los 25-35 años en las mujeres, aunque también puede comenzar en la infancia o en personas mayores. El riesgo de tener esta enfermedad durante toda la vida se ha calculado en aproximadamente 1% para la población general con un costo humano y económico enorme(4).

La esquizofrenia se ha catalogado en los últimos años como una enfermedad que es ocasionada por diferentes causas o factores que predisponen a tenerla. Algunos de los factores mencionados son: tener antecedente familiar, género, edad, nivel social, estado civil y abuso de sustancias (farmacodependencia) Las complicaciones obstétricas, se reportan en aproximadamente 20% de las historias clínicas de los esquizofrénicos.(5).

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019?

## **1.3. Línea de investigación nacional y de la URP vinculada**

Salud Mental

## **1.4. Justificación de la investigación**

De acuerdo a la acción incapacitante de la esquizofrenia y dada la naturaleza engorrosa de su etiología, realizare este trabajo con el objetivo de determinar los posibles factores asociados con el desarrollo de esta enfermedad.

La esquizofrenia como enfermedad que es el resultado de una serie de factores que aumentan la probabilidad de desarrollarla, si bien es cierto que las causas directas por las que la enfermedad se presenta dicha enfermedad sigue siendo materia de investigación, se sospechan muchos factores en donde los principales implicados en la aparición de esquizofrenia son: antecedente familiar, porblemas durante el embarazo o nacimiento, alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas en el cerebro, factores sociale. Se hace un énfasis en la dependencia farmacológica debido a que la presencia del consumo de sustancias farmacológicas es frecuente en el primer trimestre ya que aun no se les confirma el embarazo; asimismo debemos tener en cuenta que el consumo de sustancias farmacológicas pueden generar daños en el desarrollo del feto, incrementando la probabilidad de malformaciones congénitas y por ende daño a nivel cerebral.

Escogí el Hospital Nacional Víctor Larco Herrera por su larga historia que lo ha convertido en un hospital de referencia con gran afluencia de pacientes con esquizofrenia.

La finalidad del presente trabajo es demostrar la asociación de los factores asociados para desarrollar la esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera.

## **1.5. Delimitación del problema**

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Larco Herrera, en donde se tomaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en el periodo enero 2016 – agosto 2019 de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

## **1.6. Objetivos de la investigación**

### **1.6.1. Objetivo general**

- Evaluar los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019.

### **1.6.2. Objetivos específicos**

- Determinar la asociación de los factores sociodemográficos (edad, sexo) y el desarrollo de esquizofrenia.
- Determinar la asociación entre el antecedente familiar y el desarrollo de esquizofrenia.
- Determinar la asociación entre la violencia familiar y el desarrollo de esquizofrenia.
- Determinar la asociación entre la farmacodependencia y el desarrollo de esquizofrenia.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la Investigación

#### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

En el artículo de Jordi E, Jordi V sobre “Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia” en España en el año 2003. Se menciona a la esquizofrenia como una enfermedad compleja tanto en el ámbito clínico como en la investigación. En los últimos 20 años una nueva hipótesis ha ido ganando aceptación siendo este el modelo de neurodesarrollo postulando como vía causante de la enfermedad una alteración del desarrollo cerebral secundaria a factores genéticos como ambientales. Como es conocido el riesgo a desarrollar esquizofrenia está directamente asociado al grado de parentesco o carga biológica compartida referido a familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos. Se menciona además factores ambientales que junto con la carga genética nos da el origen de la enfermedad(6).

En el estudio realizado por Antonio Núñez, Carmen Frómeta y Dulce Echevarria sobre “Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud “28 de septiembre”” en Cuba en 2011. El cual es un estudio analítico observacional de casos y controles; en donde la muestra incluye 40 casos de esquizofrenia y 80 controles sin este diagnostico. Cuyo objetivo fue de determinar los posibles factores ambientales y genéticos asociados con el debut de la esquizofrenia; de donde resulta que, el antecedente familiar de esquizofrenia se presento en el 90% de casos con un OR de 39,0; IC95% = 10,91 – 153,7. Concluyen que hubo mayor porcentaje de pacientes afectadas en familiares de primer grado. Como también, el estado civil soltero resultó significativo al debut con un OR de 3.45; IC95% = 1,25 – 9,66; Además menciona que la edad no fue significativo; al igual que el género(7).

En el estudio realizado por Laura Salguero y Janette Soraide sobre “Factores asociados para el desarrollo de la Esquizofrenia y su incidencia en pacientes del Hospital San Juan de Dios gestión 2012” en Bolivia en 2012. Menciona que ahí el 8% de la población padece de problemas psiquiátricas; entre los cuales el de los cuales el más perturbador es la Esquizofrenia. El tipo de estudio fue observacional y descriptivo, cuantitativo y transversal. Objetivo: determinar que factores son

revelantes para desarrollar esquizofrenia. Tuvo como resultado que el antecedente familiar, estilo de vida y farmacodependencia fueron los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar esquizofrenia(8).

En el estudio realizado por Maydoli Cardet Escalona, Olga Antonia Álvarez Estrabao, José Reyes Vega “Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con esquizofrenia” en Cuba en el 2013. La muestra que se utilizó fue de 30 casos y 60 controles con el objetivo de determinar si existen factores que tienen relación con esquizofrenia. Resultó que existe factores que tienen relación de esquizofrenia como el antecedente familiar, antecedente de desnutrición materna 50% (casos) y 38.2% (controles), bajo peso al nacer 30.8% (casos) y 26.4% (controles). En el que concluyen que existe factores genéticos que aumentan el riesgo de padecer esquizofrenia con un OR = 4,82; IC 95% = 3,19-21,1 que demuestra la fuerte asociación existente entre el factor de riesgo genético y la enfermedad. (9).

En el estudio realizado por Dagoberto Espinoza Murra y colaboradores sobre “factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras” en Honduras en el 2015. Se estudiaron 132 pacientes en total de los cuales el 40.9% eran hombres y 59.1% eran mujeres; según los casos el 70.4% eran hombres, en cambio se encontró que el 73.9% eran mujeres en los controles. Tuvo como resultado que existe agregación familiar en relación al desarrollo de esquizofrenia (10).

En el estudio realizado por Lilia Uribe, Iriana Montealegre, José Díaz, sobre “Consumo de cannabis como factor asociado a primer episodio psicótico en pacientes atendidos en Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, durante el año 2016”. Con el objetivo, de dar características de los pacientes con el primer episodio psicótico e identificar si existe asociación con el consumo de cannabis. El tipo de estudio utilizado fue observacional de cohorte retrospectivo con casos y control; cuya muestra fue de 80 casos y 160 controles. De manera que el consumo de alcohol dio un OR = 6,93; de acuerdo al consumo de cannabis con frecuencia diaria se halló que el OR = 8,8; por último se observa que el sexo y estado civil no fueron estadísticamente significativos(11).

El estudio realizado por Carmen Quinde Quinde y Jazmin Aguilera, sobre “Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes adultos de la sala de emergencia en un

hospital de especialidad de la ciudad de Guayaquil de octubre 2016 a marzo 2017” en Ecuador en 2017. Señala la presencia de diferentes teorías sobre la posible etiología de la esquizofrenia; entre las cuales se encuentran las alteraciones bioquímicas, genéticas, virales, autoinmunitarios y neurofisiológicos. El tipo de estudio que se utilizó fue descriptivo, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la esquizofrenia. La muestra del estudio fueron pacientes adultos de un servicio de psiquiatría en Guayaquil. Teniendo como resultado que el 37% de pacientes tiene antecedente familiar, 45% de pacientes tienen alguna alteración bioquímica o fisiológica, 25% de pacientes tuvieron infecciones virales y con 10% la desnutrición intrauterina(12).

En este estudio Lázaro Moreira, Yannyk Palenzuela, Yaimara Dorta sobre “Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría”, en Cuba realizado en el 2018. Tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgos asociados al debut esquizofrénico en pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría; con una muestra de 79 casos y 79 controles aleatorizados. En dicho estudio se puede observar que el antecedente familiar de esquizofrenia es de 36,7% en los casos frente a 20,9% de los controles; el cual nos muestra un factor altamente significativo. Mientras, que la personalidad premórbida dio 44,3% para los casos y 29,7% de los controles, el estado civil soltero se observó que un 28,5% para los casos y 15,8% para los controles y finalmente la familia disfuncional resultó en 39,2% para los casos y 28,5% para los controles. Por lo tanto concluyen que el aporte genético como antecedente familiar de esquizofrenia fue determinante para el debut esquizofrénico(13).

En el estudio de Astrid Herrera, Andrea Sanyer, titulado “Consumo de sustancias psicotropicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019” en Ecuador, realizado en el 2019. Tuvo como objetivo: Analizar el consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el HTMC; ésta investigación es un estudio descriptivo, transversal y observacional; la muestra estuvo conformada por 113 pacientes; en el cual, se encontró que el 36.28% de pacientes esquizofrénicos consumían sustancias psicotrópicas y que la sustancia más consumida fue el alcohol (78.05%); así como también el sexo masculino fue más frecuente con 68.29%. La edad promedio de

consumidores fue de 43.40 años y la edad media al diagnosticar la enfermedad fue de 27.51 años(14).

### **2.1.1. Antecedentes Nacionales**

En la tesis realizada por Lina Ccama Callo sobre “Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, Arequipa – 2016”. Cuyo objetivo fué determinar la prevalencia y describir el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia; la muestra de dicho estudio consta de 255 pacientes; como resultado, se halló que el 72.5% (185) de la muestra (255) un elevado consumo de sustancias psicoactiva; en relacion al tipo de sustancia: cigarrillos 66.5% (112), alcohol 94.6% (175), marihuana 11.9% (22), cocaína 7% (13), sedantes 3.8% (7), inhalantes 3.8% (7); finalmente, la mayor prevalencia (60%) (111) al consumo de sustancias en pacientes esquizofrenicos fueron del sexo masculino; así mismo, la edad promedio fue de 37.82 añosy que la edad de inicio de consumo de sustancias fue de 20.69(15).

En el estudio realizado por Luis Gabriel Burgos Bustamante sobre “Factores asociados a niveles y componentes de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital E. Rebagliati Martins, diciembre 2018” llevado a cabo en el 2019, hallándose que el 64.17% de los cuidadores cursan con un alto nivel de emoción expresada; además la edad menor a 60 años incrementa en 6.32 veces la probabilidad de esquizofrenia, asimismo el ajuste diadico inadecuado lo incrementa en 3.94 veces; aquellos con un tiempo menor o igual a 10 años lo incrementa en 3.66 veces, el ser mujer lo incrementa en 2.74, mientras que el nivel socioeconómico lo incrementa en 1.87 veces(16).

En el estudio de María Gracia Cuya Oré sobre “Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017”. Se reportó que los aspectos personales de pacientes esquizofrénicos limitan y favorecen que participen en ocupaciones debido a la limitación de habilidades motoras y volición. Asimismo, el aspecto ambiental favorecen favorece con una frecuencia mayor el ambiente físico con respecto a evaluación, sin embargo el aspecto ambiente social limita la participación del



paciente entre las ocupaciones. Se concluyó que no hay diferencia significativa entre el hogar y el hospital, al igual que en el ambiente físico. Por el contrario en el ambiente social si se presentan diferencias entre el hospital y el hogar lo cual limitan su participación entre las diversas ocupaciones(17).

En el estudio llevado a cabo por Guillermo Martín Gonzalez García con el título “Características clínico epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018” realizado en el 2019, en el cual se incluyeron a 16670 pacientes, con una incidencia de Esquizofrenia de 0.92 por cada mil pacientes y una prevalencia global del 3.64 en 1000 personas, con una afectación mayor en varones (52.0%). Además la frecuencia fue mayor entre los 21 y 40 años de edad; el 32.0% tenía antecedentes familiares, mientras que el 69.9% curso con esquizofrenia paranoide, y el 16.7% tuvo diagnóstico de hipertensión arterial(18).

En el estudio realizado por Victoria San Martín Narrea con el título de “Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - agosto 2019” realizado en el 2020, encontró como resultado que el 92% de acompañantes de pacientes esquizofrénicos ha sufrido o presentan violencia domestica; asimismo el 61.3% de los pacientes cursa con esquizofrenia. La presencia de violencia doméstica y física no se relacionan estadísticamente con respecto a esquizofrenia ( $p=0.235$ ;  $p=0.800$ , respectivamente), sin embargo, la presencia de violencia psicológica se relaciona estadísticamente con las esquizofrenia ( $p=0.025$ ), además mostró que la presencia de este factor incrementa en 1.7 veces más la probabilidad de padecer esquizofrenia (PR: 1.745, IC: 1.071-2.843). En el mismo contexto, la violencia mostro una significancia mayor ( $p=0.000$ ) con una elevación de la 12.7 veces la probabilidad de esquizofrenia (IC: 4.941-32.708). Por último la presencia de violencia patrimonial incrementa la posibilidad de esquizofrenia en 1.7 veces más ( $p=0.018$ ; IC: 1.103-2.917) (19).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Definición**

La esquizofrenia es descrita en el manual diagnóstico DSM-4 como uno de los síndromes clínicos catalogados bajo desórdenes psicóticos que presenta una psicopatología variable, aunque extremadamente problemática, que afecta a la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento(10). Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, lenguaje y conciencia de sí mismo. Las manifestaciones clínicas son distintas en cada paciente, el cual varía en tiempo pero finalmente siempre llega a ser grave y crónico con el pasar del tiempo. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes tenemos los delirios y alucinaciones(20).

### **2.2.2. Epidemiología**

Según el DSM-IV la tasa de incidencia anualmente de esquizofrenia va de 0,5 y un 5,0 por cada 10,000 personas dependiendo de las zonas geográficas, si bien es cierto que se encuentra en todas las sociedades y zonas geográficas. Podemos ver que la incidencia es mayor en las zonas urbanas de los países industrializados(21).

Mantiene la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres. La edad durante la cual suele iniciarse la enfermedad es entre los 10 a 25 años en los hombres y entre los 25 a 35 años en las mujeres aunque hasta un 10% de ellas pueden presentar todavía después de los 40. Siendo las mujeres las que por lo general, demuestran mejor respuesta clínica(22).

### **2.2.3. Etiología**

Se ha señalado las complicaciones durante el embarazo y el parto, la exposición a la gripe, o la inanición de la madre durante el embarazo, la incompatibilidad del factor Rh como factores que pueden originar el trastorno. La naturaleza de estos factores indica un proceso patológico del desarrollo neurológico pero se desconoce cuál es el mecanismo fisiopatológico exacto asociado a estos factores de riesgo(23).

Los factores sociales estresantes de las zonas urbanas con una densa población (más de 1 millón de habitantes) pueden afectar el desarrollo de la esquizofrenia entre las personas de riesgo(24).

### **2.2.3.1. Factores familiares y genéticos:**

Hoy se sabe que la heredabilidad de la esquizofrenia es de un 50 – 90%, padres de un paciente esquizofrénico tiene una prevalencia de 0.06%, hermano no gemelo de un paciente esquizofrénico 8-9%, hijo de un padre esquizofrénico 12-13%, gemelo dicigótico de un paciente esquizofrénico 12%, hijo de dos padres esquizofrénicos 40%, gemelo monocigótico de un paciente esquizofrénico 47%. Otros estudios refieren que el factor genético representa al 83% de la etiología de la enfermedad y que solo el 17% por factores ambientales(25).

La esquizofrenia y los factores relacionados a estos (trastornos esquizotípicos, esquizoides y paranoides de la personalidad) tienen una tasa de prevalencia hasta 10 veces más elevada entre los parientes biológicos de los pacientes afectados por este trastorno. El riesgo de desarrollar aumenta según el parentesco de familiar comprometido por la enfermedad. Existen datos que indican que la edad del padre tiene una relación directa con el desarrollo de la enfermedad. Se descubrió que aquellos nacidos de padres mayores de 60 años eran vulnerables al desarrollo del trastorno. Posiblemente la espermatogénesis en hombres mayores está sujeta a un mayor daño epigenético(26).

No se conocen los circuitos de transición genética en la enfermedad pero aparentemente son diferentes genes que contribuyen a desarrollarla. Se cree están involucrados: GRM 3, RGS 4, COMT, DISC-1, NRG 1, , G72 y el receptor nicotínico  $\alpha$ -7. Ultimamente se ha podido observar que las mutaciones de los genes neuroregulin 1 y DTNBP1 tiene relación con las manifestaciones clínicas negativas de la esquizofrenia(27).

Ultimamente los estudios sobre carga genética en pacientes esquizofrénicos parecen confirmar que la esquizofrenia es un trastorno poligénico; recientemente se han detectado alteraciones en el brazo corto del cromosoma 5 (trisomía o polimorfismo) aunque no hasta hasta ahora no han podido ser reproducidos; ahora bien, es sugerente que el gen encargado y responsable de los receptores deopaminérgicos D1 se encuentra precisamente en dicho cromosoma 5(28).

### **2.2.3.2. Factores estresantes en la infancia**

La presencia en los primeros meses de vida de acontecimientos adversos altera la organización de la mentalización, ya que dificulta la elaboración de las emociones y las experiencias relacionales básicas de apego y vinculación, necesarias para el desarrollo y el crecimiento del niño a nivel de salud mental(29). Otros antecedentes incluyen el traumatismo craneano, la epilepsia y las convulsiones febriles en niños y las deformaciones serias(30)

La violencia familiar en forma de violencia emocional es un factor prevalente durante la infancia de pacientes con esquizofrenia. Estudios han encontrado una prevalencia de en más de la mitad de la muestra; la cual es seguida de la violencia sexual, en una tercera parte que fueron forzadas a tener relaciones sexuales; y la violencia física que una quinta parte sufrió alguna vez en su vida(31).

### **2.2.3.3. Farmacodependencia**

El consumo de sustancias forma parte de un trastorno dual o también conocido como patología dual; ya que no solo parece aumentar el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos, sino que también afecta negativamente el curso de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, donde las personas tienen más síntomas positivos, mayores tasas de incumplimiento del tratamiento, mayores tasas de recaída, más depresión y más utilización de los servicios. Sin embargo, el impacto del consumo de alguna sustancia durante los síntomas neurocognitivos de la psicosis es menos claro, especialmente en el caso del consumo de cannabis. El consumo temprano de sustancias puede inducir psicosis manifiesta en personas que son menos vulnerables cognitivamente, lo que resulta en el potencial de mejora en el funcionamiento cognitivo y disminución de la discapacidad, especialmente con la abstinencia(32).

El uso de sustancias puede complicar el diagnóstico de psicosis: debido a que el uso de sustancias puede producir síntomas psicóticos, puede no estar claro si los síntomas son inducidos por sustancias o si son representativos de un trastorno psicótico subyacente. Muchas personas diagnosticadas inicialmente con psicosis inducida por sustancias son luego diagnosticadas con un trastorno psicótico primario. Las personas que consumen sustancias pueden ser reacias a revelar su consumo de sustancias, pero cuando se les plantea un posible diagnóstico psicótico, estas personas pueden ser más propensas a atribuir sus síntomas al consumo de sustancias, potencialmente para evitar tener un

diagnóstico de un trastorno psicótico y la necesidad de tomar antipsicóticos. medicamentos. Los indicadores de la presencia de un trastorno psicótico subyacente incluyen la persistencia de síntomas psicóticos con abstinencia, síntomas que no se corresponden con el tipo o la cantidad de sustancia consumida, antecedentes familiares de esquizofrenia, síntomas positivos típicos de la esquizofrenia y / o presencia de síntomas negativos / cognitivos(33).

La asociación de este trastorno dual, puede clasificarse de la siguiente manera:

- **Trastorno psiquiátrico primario (Tipo 1):** El trastorno mental antecede al consumo de sustancias como diagnóstico inicial.
- **Trastorno primario por consumo de sustancias (Tipo 2):** El trastorno de consumo de sustancias se presentó antes del trastorno mental; donde se puede apreciar las manifestaciones psiquiátricas en la fase activa del uso de sustancias.
- **Trastorno duales primarios (Tipo 3):** Ambos trastornos se encuentran presentar sin tener claro la cronología, ambos son crónicos y severos(34).

#### 2.2.4. Clínica

##### Síntomas Básicos

Estos síntomas también son conocidos como manifestaciones subjetivas; las cuales son reconocidas como anómalas por el propio sujeto y no son observables externamente. Se refiere a estos como los primeros síntomas que puede experimentar el paciente, aunque también se pueden ver en las diferentes fases de la enfermedad. Son leves alteraciones subclínicas entre las cuales principalmente vemos la afectividad, el lenguaje (habla), la memoria, la percepción corporal, la volición, la tolerancia al estrés, la psicomotricidad, las funciones vegetativas centrales, el pensamiento y el control de procesos cognitivos automáticos y (23).

Se desarrollara en 3 niveles de desarrollo:

- i. Nivel 1 o inespecíficos. Trastornos que principalmente vemos compromiso al afecto, concentración, memoria y volición.
- ii. Nivel 2 o específicos. Alteraciones cualitativamente diferentes, particularmente referidas al área del lenguaje, la acción motora, la percepción corporal y el pensamiento.

- iii. Nivel 3. Síntomas psicóticos, en donde se incluyen los síntomas de primer rango schneiderianos(35).

La secuencia evolutiva global de los síntomas básicos es variable. Luego del debut de los síntomas de nivel 1, estos tienden a aumentar su frecuencia e intensidad hasta que se de la presencia de la sintomatología psicótica. En algunos pacientes, los síntomas básicos de nivel 1 o 2 podrían disminuir o cesar convirtiéndose en fases sintomáticas sin conversión a la psicosis. Estas manifestaciones iniciales pueden anteceder a las manifestaciones psicóticas hasta en un promedio de 10 años según sea el caso(36).

Los síntomas de la esquizofrenia

Los pacientes con síntomas positivos pueden “perder el contacto” con la realidad. En algunos pacientes, estos síntomas pueden ser intermitentes, pero en otras, son persistentes. Son de grado variable. Incluyen a las alucinaciones que pueden ocurrir con cualquiera de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto o tacto) , delirios (creencias falsas que se mantienen firmemente a pesar de que no son consistentes con la cultura de la persona y que continúan incluso cuando hay evidencia de que no son verdaderos o lógicos) un ejemplo claro de esto es pensar que otras personas pueden controlar sus pensamientos con ondas magnéticas, trastornos de la movilidad y trastornos del pensamiento(37).

Los trastornos del pensamiento son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Este pensamiento desorganizado sucede cuando una persona tiene dificultades que le imposibilitan organizar dichos pensamientos o en su defecto poder concretarlos guardando la lógica y como consecuencia podría expresarse de manera confusa y ser difícil de comprender (“ensalada de palabras”). También se puede llamar “bloqueo de pensamiento” Esto ocurre cuando alguien deja de hablar de un momento a otro. A veces la persona con una alteración del pensamiento puede crear palabras sin sentido o “neologismos”(38) .

Las alteraciones del movimiento se pueden presentar como movimientos agitados del cuerpo, en donde algunos se repiten una y otra vez. En el otro extremo se describe la catatonia(39).

## Síntomas Negativos

Estos síntomas se asocian con el cese de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas pueden confundirse con la depresión u otros problemas. Entre los síntomas negativos se encuentran:

- Falta de satisfacción en la vida diaria
- “Afecto plano” (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz)
- Reducción del habla
- Dificultad para comenzar y mantener actividades

Las personas que tengan estos síntomas negativos van a llegar a necesitar ayuda para realizar sus tareas diarias; ya que podrían descuidar su aseo personal(40).

## Síntomas cognitivos

Los síntomas cognitivos de la enfermedad son imperceptibles para algunas personas, mientras que es grave en otras. A veces los pacientes pueden notar cambios en memoria o pensamiento. Así como también sucede con los síntomas negativos, puede ser difícil el reconocimiento de los síntomas cognitivos. Con frecuencia, suelen detectarse cuando se realizan exámenes específicos. Los síntomas cognitivos son:

- Deficit en el “funcionamiento ejecutivo” (capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones)
- Dificultad para concentrarse o prestar atención
- Problemas con la “memoria operativa”, también denominado como “memoria de trabajo” (uso inmediato de información posterior al aprendizaje.)

Una cognición disminuida se relaciona con peores resultados laborales y sociales, lo que puede causar angustia a las personas con esquizofrenia(41).

### **2.2.5. Fisiopatología**

Los síntomas psicóticos surgen por la existencia de una alteración en la neurotransmisión de dopamina y glutamato en sus vías al hipocampo, cuerpo estriado y corteza prefrontal. Estudios sugieren que niveles sinápticos elevados de dopamina y glutamato causan un

aumento de estimulación post sináptica, lo cual desencadena los síntomas psicóticos(42). Las bases moleculares de estos disturbios incluyen deficiencia de interneuronas inhibitoras de ácido  $\gamma$ -aminobutírico e hipofuncionamiento de receptores de glutamato N-metil D-aspartato (NMDARs), los cuales alteran el balance inhibitorio y excitatorio de sistemas neurales mediados por glutamato y dopamina(43). Un estudio reciente sugiere que otros mecanismos moleculares que regulan la síntesis de glutamato o su metabolismo podrían contribuir a la desregulación e incremento de los niveles sinápticos del glutamato. La sintomatología negativa de la Esquizofrenia reflejaría en parte, una hipofunción dopaminérgica en la corteza prefrontal, debida al efecto inhibitorio que tendría la serotonina a ese nivel. Es por ello, que los fármacos inhibidores de la función serotoninérgica desinhibirían la transmisión dopaminérgica en el córtex prefrontal, mejorando la clínica negativa(44).

#### **2.2.6. Diagnóstico**

Esta basado solo “en antecedentes psiquiátricos y la exploración psicopatológica del paciente”(45). La herramienta diagnóstica utilizada es el Manual DSM-5 vigente desde el 2013. Al menos durante seis meses, estos pacientes han presentado dos o más de estos cinco tipos de síntomas psicóticos: ideas delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos y catatonía y otro comportamiento anormal. Se deben descartar como causas de los síntomas psicóticos trastornos relevantes del estado de ánimo, por consumo de sustancias y afecciones médicas generales(46).

#### **2.2.7. Tratamiento**

De acuerdo a la fase y severidad de la esquizofrenia, se plantean las estrategias y formas de tratamiento. Siendo de utilidad primordial las terapias psicosociales en conjunto con el tratamiento farmacológico, el cual se basa en antipsicóticos mejorando los síntomas y previniendo recidivas; sin embargo estos tratamientos presentan limitaciones tanto en su eficacia y en efectos adversos (47).

Los antipsicóticos típicos causan efectos adversos agudos y crónicos por lo cual no son un tratamiento óptimo, reservándose para pacientes con antecedente de buena respuesta a estos y que hayan presentado efectos secundarios mínimos, así como para los que



tienen indicación de aplicación de tratamiento a modo de inyectable (48). Los fármacos antipsicóticos de primera generación cuentan con una alta afinidad por el receptor D2 dopaminérgico. Se requiere una ocupación del receptor D2 estriatal entre el 70 % para alcanzar efectos antipsicóticos, y 80 % nivel donde se incrementa significativamente el riesgo de efectos extrapiramidales. Su uso a largo plazo lleva a un aumento de receptores D2, generando una supersensibilidad dopaminérgica D2 lo que explicaría el aumento de dosis en pacientes crónicos (49).

Los antipsicóticos atípicos, benzamidas y aripiprazol, aportan grandes avances en cuanto a efectos secundarios y eficacia en el tratamiento. Sin embargo, se han relacionado con diversos efectos colaterales que afectarían de manera negativa a la calidad de vida del paciente, asociada a ciertas limitaciones en cuanto a su eficacia(50).

### **2.2.8. Pronóstico**

Se sabe que la esquizofrenia se asocia a una discapacidad significativa afectando al desempeño educativo y laboral de las personas que lo padecen, teniendo estas entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana en comparación a la población que no lo padece. Debiéndose en su mayoría a enfermedades físicas (enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas).

Los esquizofrénicos frecuentemente sufren estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. Por lo que cabe recalcar que la esquizofrenia es tratable y tanto la farmacoterapia como el apoyo psicosocial son eficaces, siendo medidas importantes de apoyo la facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral (51).

Las personas con trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, están en riesgo de complicaciones, en especial: intentos de suicidio durante su vida (34.5%), abuso de sustancias (74%), sufrir abusos (38%), cometer actos de violencia (49 a 68%) (52).

### **2.3. Definición de conceptos operacionales**

**Esquizofrenia:** Es una alteración mental que probablemente comienza entre 15 a 35 años siendo menos frecuente en la pubertad, la cual se dura toda la vida una vez presentada dicha alteración. Esta es una enfermedad que altera al comportamiento, las

emociones y el pensamiento en toda su magnitud con cambios psicóticos lo cual la hacen una enfermedad severa que afecta a una persona cada 100.

**Edad:** Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad, el cual se puede cuantificar en meses, y años.

**Sexo:** El sexo es una categorización biológica basada principalmente en el potencial reproductivo.

**Violencia familiar:** La violencia familiar o doméstica es un tipo de abuso que se presenta cuando uno de los integrantes de la familia incurre, de manera deliberada, en maltratos a nivel físico o emocional hacia otro.

**Antecedente familiar:** estos antecedentes son personales en el cual se incluyen datos sobre alergias, cirugías, enfermedades, inmunizaciones; como también resultados de exámenes realizados. Sucede también que se toman en cuenta información de consumo de medicamentos, actividad física, estilos de vida. Sobre los antecedentes familiares abarca información sobre antecedentes patológicos de familiares (abuelos, padres, hijos, nietos, tíos, hermanos) incluyendo la forma de presentación de la enfermedad así como también, el grado de severidad.

**Farmacodependencia:** Es una respuesta corporal a una sustancia psicoactiva tales como: alcohol, tabaco, cocaína, cannabis, anfetaminas, estimulantes, inhalantes, opiáceos, sedantes y sustancias consumidas por vía intravenosa; la dependencia puede implicar: algunos o todos los síntomas de la adicción desarrollo de una alta tolerancia a la sustancia a medida que su cuerpo se adapta a la droga, lo que lleva a un deseo de dosis mayores o más frecuentes. Además, de síntomas físicos de abstinencia cuando intenta dejar de usar el medicamento.

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis: general, específicas**

#### **Hipótesis general**

Existen factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019.

#### **Hipótesis específicas**

Los factores sociodemográficos como edad y sexo están asociados al desarrollo de esquizofrenia.

El antecedente familiar está asociado al desarrollo de esquizofrenia.

La violencia familiar está asociado al desarrollo de esquizofrenia.

La farmacodependencia esta asociada al desarrollo de esquizofrenia.

### **3.2. Variables principales de investigación**

#### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Esquizofrenia

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Sexo
- Edad
- Antecedente familiar de esquizofrenia
- Violencia en la infancia
- Farmacodependencia

## **CAPITULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo y diseño de investigación**

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.

### **4.2. Población y muestra**

#### **4.2.1. Población**

La población de estudio estuvo conformada por pacientes internos y ambulatorios atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo enero 2016 - agosto 2019.

#### **4.2.2. Muestra**

La muestra estuvo comprendida por 354 historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, siendo conformado por 118 casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM IV y el CIE10, y 236 controles de pacientes con diagnóstico de otras enfermedades mentales (depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, alcoholismo, drogadicción, entre otros) según el DSM IV y el CIE10.

#### **4.2.3. Tamaño muestral**

Se tomó como antecedente el estudio “Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con esquizofrenia” realizado en el 2013 por Maydoli Cardet y colaboradores, presentando un Odds Ratio de 4,82 demostrando así la fuerte asociación entre el factor de riesgo genético y la enfermedad, esto implica que la esquizofrenia es aproximadamente 4,8 veces más probable que aparezca en los familiares de los enfermos que en los parientes de los no afectados.

Diseño Casos y Controles	
$P_2$ : FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.023
OR: ODSS RATIO PREVISTO	4.8
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
$r$ : NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	118
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	236
$n$ : TAMAÑO MUESTRA TOTAL	354

Fuente: Díaz P., Fernández P., "Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 2002; 9: 148-150

$$n_0 = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

#### 4.2.4. Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple.

#### 4.2.5. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de esquizofrenia según DSM IV y el CIE 10. (CASO)
- Pacientes con diagnóstico confirmado de alguna enfermedad mental según los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE 10. (CONTROL)

#### 4.2.6. Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con historias clínicas incompletas o mal redactadas.

### 4.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE: RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Esquizofrenia</b>	Alteración mental la cual afecta a las emociones, comportamiento y pensamiento.	Diagnóstico confirmado por un médico especialista de acuerdo a la historia clínica	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	Si No
<b>Antecedente familiar de esquizofrenia</b>	Antecedentes médicos personales pueden incluir información acerca de las alergias, las enfermedades, las cirugías, las inmunizaciones y los resultados de los exámenes físicos y las pruebas	Presencia de antecedente de esquizofrenia entre los familiares directos del paciente.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si No
<b>Violencia en la infancia</b>	Tipo de abuso que se presenta cuando uno de los integrantes de la familia incurre, de manera deliberada, en maltratos a nivel físico o emocional hacia otro.	1 o mas episodios de violencia de cualquier tipo de violencia: física, verbal y sexual indicados en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Verbal Física Sexual
<b>Edad</b>	Tiempo de vida de una persona	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad indicado en la historia clínica, se midió en años.	Nominal politémica	Independiente Cualitativa	Niño - Adolescente (0-17) Joven (18-29) Adulto (30-59) Adulto mayor (60 a mas)
<b>Sexo</b>	El sexo es una categorización biológica basada principalmente en el potencial reproductivo.	Tipo de sexo según indique la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si No

<b>Farmacodependencia</b>	Desarrollo de una alta tolerancia a la sustancia a medida que su cuerpo se adapta a la droga, lo que lleva a un deseo de dosis mayores o más frecuentes	Dependencia a una o mas drogas sociales o medicamentos.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si No
---------------------------	---	---	-----------------------	------------------------------	----------

#### **4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos que se empleó fue la ficha de recolección de datos, ésta se aplicó a las 354 historias clínicas de los pacientes que se atendieron en el periodo Enero 2016- Agosto 2019 en el Hospital Víctor Larco Herrera, conformado por 118 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM IV y el CIE 10, y 236 paciente con alguna otra enfermedad mental diagnosticados según el DSM IV y el CIE 10. A través de la cual se registraron los datos requeridos para hacer los análisis respectivos.

#### **4.5. Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas en el Departamento de archivos médicos del Hospital Víctor Larco Herrera, y se seleccionó el grupo de historias clínicas a utilizar de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos**

Se presentó el proyecto al Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma, luego de su aprobación se procedió a la recolección de datos mediante la ficha de recolección de datos aplicadas a la muestra seleccionada, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión del estudio, se procedió a hacer la selección de los datos para su análisis respectivo, éste análisis se realizó en los programas Excel y SPSS, Las variables cuantitativas se analizaron calculandose medias y desviaciones estándar, el estudio de las variables cualitativas se realizó con las medidas de frecuencia y la asociación mediante la prueba Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher según corresponda. La existencia de asociaciones serán medidas

teniendo como criterio estadístico al valor  $p < 0.05$ . Para su cuantificación se utilizó como medida de asociación al Odds Ratio con intervalos de confianza al 95%, y posteriormente se realizó el ajuste estadístico para el cálculo de OR cruda y ajustadas usando la regresión de poisson para varianzas robustas.

#### **4.7. Aspectos éticos**

El presente trabajo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de ética del Hospital Victor Larco Herrera (015-2021-OADI-HVLH/MINSA) y por el Comité de ética en investigación de la Universidad Ricardo Palma (PG-39-2021). Se cumplieron los criterios de privacidad y confidencialidad de todos los participantes.



## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Resultados

Se incluyeron para el análisis 354 pacientes, obteniéndose una edad promedio de 33.4 años. La edad promedio en el grupo de pacientes con esquizofrenia fue de 30.9 años; mientras que en el grupo de pacientes sin esquizofrenia fue de 34.6 años.

Respecto al sexo en el grupo de casos el 55.9% fueron varones y en los controles 59.30%. El 63.60 % de los casos(75) fueron jóvenes (18-29) y el 25.40% fueron adultos(30–59).

El antecedente familiar estuvo presente en el 94.10% (111) de los casos y en un 52.50% (124) en los controles. El 87.30% de los casos (103) tuvo violencia en la infancia y el 70.80% de los controles (167). La farmacodependencia afectó al 55.10% (65) de los casos y al 26.70% de los controles (63). (Tabla 1)

**Tabla N° 1. Factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Victor Larco Herrera; Perú 2016 - 2019**

Factores	Esquizofrenia				Muestra	
	Casos		Controles		n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	66	55.90%	140	59.30%	206	58.20
Femenino	52	44.10%	96	40.70%	148	41.80
<b>Edad</b>						
Niño - Adolescente (0-17)	6	5.00%	3	1.30%	9	2.60
Joven (18-29)	75	63.60%	151	64.00%	226	63.80
Adulto (30-59)	30	25.40%	69	29.20%	99	28.00
Adulto mayor (60 a más)	7	5.90%	13	5.50%	20	5.60
<b>Presencia Antecedente Familiar</b>						
Si	111	94.10%	124	52.50%	235	66.40
No	7	5.90%	112	47.50%	119	33.60
<b>Violencia en la infancia</b>						
Si	103	87.30%	167	70.80%	270	76.30
No	15	12.70%	69	29.20%	84	23.70
<b>Farmacodependencia</b>						
Si	65	55.10%	63	26.70%	128	36.20
No	53	44.90%	173	73.30%	226	63.80

En el análisis bivariado el sexo y la edad resultaron ser variables no significativos ( $p > 0,05$ ).

El antecedente familiar presentó un OR de 11.57 el cual expresa que dicha variable tiene 11.57 veces mas riesgo de padecer la enfermedad frente a los controles, con un IC95% = 5.09 hasta 26.33 y un nivel de significancia de  $p < 0,001$ .

La violencia en la infancia aumentó el riesgo de padecer la enfermedad, según valor de OR, en 1.89 veces con un IC95% = 0.96 hasta 3.72 y un valor  $p < 0,065$ .

Se observó que la farmacodependencia; según el OR , aumenta en 2.65 veces el riesgo de padecer la enfermedad con un IC95% = 1.58 hasta 4.44, siendo significativo con un  $p > 0,001$ . (Tabla 2)

**Tabla N° 2. Análisis bivariado de los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Victor Larco Herrera; Perú 2016 - 2019.**

Factores	OR crudo	IC95%	p valor a/	OR ajustado	IC95%	p valor
<b>Sexo</b>						
Femenino	1.15	0.74 - 1.80	0.542	1.09	0.65 - 1.81	0.767
Masculino	1.00			1		
<b>Edad</b>						
Niño - Adolescente (0-17)	3.71	0.71 - 19.59	0.122	1.44	0.21 - 9.99	0.716
Joven (18-29)	0.92	0.35 - 2.41	0.869	0.61	0.19 - 1.93	0.403
Adulto (30-59)	0.81	0.29 - 2.23	0.679	0.62	0.19 - 2.07	0.438
Adulto mayor (60 a más)	1.00			1		
<b>Antecedente Familiar</b>						
Si	14.32	6.40 - 32.05	<0.001	11.57	5.09 - 26.33	<0.001
No						
<b>Violencia en la infancia</b>						
Si	2.84	1.54 - 5.22	<0.001	1.89	0.96 - 3.72	0.065
No						
<b>Farmacodependencia</b>						
Si	3.37	2.12 - 5.35	<0.001	2.65	1.58 - 4.44	<0.001
No						

Según el analisis multivariado vemos que el antecedente familiar incrementa 11.63 veces el riesgo de desarrollar esquizofrenia; contemplado en un IC95% (5.14 – 26.33). La violencia familiar incrementa el riesgo en 1.97 veces a desarrollar esquizofrenia con un IC95% (1.01 – 3.82); como también, se observa que la farmacodependencia incrementa en 2.67 veces el riesgo de desarrollar esquizofrenia; permitido en el IC95% (1.60 – 4.43); tal es asi que estas 3 variables guardan asociación con esquizofrenia; mas

aún al incrementar el riesgo de desarrollar esquizofrenia; así mismo, ambas son estadísticamente significativas.(Tabla 3)

**Tabla N° 3. Análisis multivariado de los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera; Perú 2016 - 2019.**

<b>Factores</b>	<b>OR ajustado</b>	<b>p valor</b>	<b>IC 95% OR ajustado</b>
<b>Presencia Antecedente Familiar</b>			
Si	11.63	<0.001	5.14 - 26.33
No			
<b>Violencia en la infancia</b>			
Si	1.97	0.048	1.01 - 3.87
No			
<b>Farmacodependencia</b>			
Si	2.67	<0.001	1.60 - 4.43
No			

## 5.2. Discusión de resultados

Se analizaron 354 historias clínicas entre los pacientes del Hospital Psiquiátrico Víctor Larco Herrera durante los meses de enero 2016 - agosto 2019, con un total de 118 casos y 236 controles; entre los cuales se buscaron factores sociodemográficos, antecedente familiar, violencia en la infancia y farmacodependencia.

Dentro de los factores que se asocian a la presencia de la esquizofrenia, las más estudiada a nivel mundial y aceptada es el factor genético o hereditario, es decir que la presencia de un pariente afectado por este trastorno, y más si es de primer grado puede incrementar hasta 10 veces más la probabilidad de padecer esta patología. En este sentido, se ha demostrado que el factor genético es uno de los elementos más importantes en el desarrollo de la patología esquizofrénica; tal como se ha demostrado en nuestro estudio en el cual la presencia de un antecedente familiar cursa con una frecuencia de 94.1%, y se relaciona estadísticamente con el desarrollo de la esquizofrenia ( $p < 0.001$ ), además la presencia de este factor incrementa 11.63 más (IC 95%; 5.14-26.33) la probabilidad de su desarrollo.

De igual manera, diversos estudios demostraron la existencia de esta relación, tales como los presentados por Jordi E, Jordi V (6) en España, y de Salguero L y Soraide J (8) en Bolivia; quienes hallaron que el riesgo de desarrollo de esquizofrenia se asocia directamente con el antecedente de esquizofrenia, además reforzaron el grado de cosanguineidad entre los familiares, determinando así que el grado de parentesco repercute sobre la carga biológica y por ende incrementa la posibilidad de desarrollar la patología.

En el estudio presentado por Antonio Nuñez, Carmen Frómeta, realizado en Cuba en el 2011(7). En donde se observa que el antecedente familiar está presente en el 90% de casos; dando como resultado un OR = 39.0; el cual sus resultados fueron muy parecidos a nuestro estudio. Asimismo, para Quinde C , Aguilera J en su estudio realizado en Ecuador en el año 2017 (12) se encontró que el antecedente familiar esta en 37% de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. De igual manera, en el estudio de Moreira Lázaro, Yannyk Palenzuela realizado en Cuba en el año 2018(13); se pudo ver que dicho antecedente esta presente en el 36.7% de pacientes esquizofrenicos.

Para Escalona M, Álvarez O, Reyes J (9), en su estudio realizado en Cuba en el año 2013, demostraron que la agregación familiar de la enfermedad es un factor determinante en el desarrollo de la enfermedad, concordando así con lo obtenido en nuestro estudio; demostrando que la carga genética y el grado de parentesco son relevantes. Para los estudios realizados por Espinoza D y cols (10) (Honduras) y González G (18) (Perú), la presencia de un antecedente familiar y más aún si es el progenitor (grado de cosanguineidad de primer grado), es un factor que incrementa drásticamente la probabilidad de desarrollar esquizofrenia.

La edad entre los pacientes con esquizofrenia no se relacionó estadísticamente; sin embargo el grupo etario mas frecuente fueron los jóvenes (18-29) con un 63.60% y adultos (30-59) con 25.40%. De igual manera, en el caso del estudio realizado por Guillermo Martín Gonzalez García en Trujillo (18), demostró que la mayor frecuencia fue entre las edades de 21 y 40 años, el cual es el mismo grupo etario que el obtenido en nuestro estudio. De manera contraria, en el estudio realizado por Luis Gabriel Burgos Bustamante (16), en el cual demostró la presencia de relación estadísticamente significativa entre la edad y el desarrollo de esquizofrenia; además de demostrar que la edad inferior a los 60 años de edad incrementa la probabilidad de esquizofrenia en 6.32 veces mas.

En el caso del sexo, el masculino presentó una mayor frecuencia con un 55.90%; asimismo no se halló relación entre el sexo y la presencia de esquizofrenia; mostrando que el sexo no es un factor determinante en la presencia de esquizofrenia. De igual manera, para el estudio realizado por Dagoberto Espinoza Murra y colaboradores (10), el cual se realizó en Honduras durante el 2015, con un 70.4% eran del sexo masculino, entre los casos del estudio; sin embargo, el 73.9% de los controles pertenecía al sexo femenino.

La violencia durante la infancia es un factor ambiental que ha demostrado tener repercusiones catastróficas sobre el ser humano, en este contexto debemos tener en cuenta que la presencia de estos factores de manera incidente incrementa el riesgo de desarrollo de esquizofrenia, eso siempre y cuando se encuentre con la presencia de un factor genético. Entre estos factores ambientales, la presencia de violencia de cualquier tipo genera un daño continuo en la psiquis del paciente, el cual al estar asociado a la presencia de carga genética incrementa drásticamente la probabilidad de desarrollo de esquizofrenia. En tal sentido, en el presente estudio se halló la existencia de relación estadísticamente significativa entre estas dos variables con una frecuencia del 87.3% entre los pacientes con esquizofrenia; además la presencia de violencia incrementa el riesgo de desarrollo de esquizofrenia en 1.97 veces más (IC 95%; 1.01-3.82).

Por el contrario, en el estudio realizado por San Martín V (19), demostró que no existe relación estadística entre la violencia doméstica y el desarrollo de esquizofrenia ( $p=0.235$ ), de igual manera la violencia física no se relacionó estadísticamente ( $p=0.800$ ). Sin embargo, el desarrollo de esquizofrenia con respecto a la presencia de violencia psicológica se encuentran relacionados estadísticamente ( $p=0.025$ ); además, la presencia de este tipo de violencia incrementa la probabilidad de esquizofrenia en 1.7 veces más (IC 95%: 1.071-2.843). Aunado a este dato, al agrupar todos los tipos de violencia, se halló que la presencia de cualquier tipo de violencia, la probabilidad de desarrollo de esquizofrenia se incrementa en 12.7 veces más (IC 95%, 4.94-32.71); demostrando así que la presencia de los diversos tipos de violencia tienen una repercusión mayor que solo un tipo de violencia estudiado; concordando así con lo obtenido con nuestro estudio.

La farmacodependencia en nuestro estudio se pudo observar que esta asociado a la esquizofrenia; ya que esta presente en 55.1% de pacientes esquizofrénicos, incrementando el riesgo de padecer la enfermedad en 2.67 veces (IC 95% 2.60-4.43).

Este factor según la literatura se conoce como un trastorno dual o patología dual ya que existen varios tipos; 3 para ser exactos, en el tipo 1; el trastorno mental antecede al consumo de sustancias; en el tipo 2, ocurre lo contrario; mientras que el grupo 3 se desconoce el origen y ambos están crónicos y severos. Según Uribe L, Montealegre(11) en su estudio realizado en Costa Rica en el año 2016, nos muestra que el consumo de alcohol incrementa el riesgo en 6.93 veces de padecer el primer episodio psicótico; al igual que el cannabis que incrementa el riesgo en 8.8 veces; concordando con nuestro estudio en relación que la farmacodependencia aumenta el riesgo en este caso de padecer el primer episodio psicótico y por ende desencadenar una serie de alteraciones psiquiátricas entre las cuales se encuentra la esquizofrenia. De acuerdo con Herrera A, Sanyer A(14) en su estudio realizado en Ecuador en 2019; en éste se halló que el 36.28% de pacientes consumían alguna sustancia psicotrópicas, entre la más frecuente se encuentra el alcohol con 78.08%; así como el sexo masculino es el más frecuente con 68.29% entre los consumidores; en el cual se encontró que la edad promedio de consumidores siendo pacientes esquizofrénicos fue de 43.4 años y la edad de inicio fue de 27.51 años. Por último Cama L en su Tesis de Grado realizado en Arequipa en el año 2016 (15); nos habla que el 72.5% de pacientes esquizofrénicos consumió alguna sustancia, siendo el más frecuente el alcohol con 94.6%, seguido de la marihuana con un 11.9%, la cocaína con 7%, los sedantes e inhalantes 3.8% cada uno. Reflejando que el consumo de sustancias ilícitas o lícitas está presente antes del inicio de la enfermedad, otras luego de padecerla y finalmente esto trae consigo un difícil abordaje de parte del equipo médico debido a que aumenta el riesgo de padecer la enfermedad como también aumenta severamente el riesgo de agravar dicha patología.

Este estudio presentó algunas limitaciones, al ser un estudio observacional, descriptivo no siempre las variables del estudio estuvieron disponibles en las Historias Clínicas, la escasa cantidad de estudios nacionales sobre esquizofrenia.

De acuerdo a la variable de antecedente familiar; este es un factor heredo-familiar y fue un dato clínico ya que dicho hospital no cuenta con estudio genético.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. Conclusiones**

La hipótesis planteada en el presente estudio, se demostró que existe relación entre algunos factores, tales como el antecedente familiar de esquizofrenia, la presencia de farmacodependencia y la presencia del antecedente de algún tipo de violencia en la infancia, al tener un valor  $p < 0.05$ .

El sexo y la edad no tuvieron asociación con el desarrollo de esquizofrenia ya que el valor  $p$  fue de 0.767 para sexo y 0.716 para Niños – Adolescentes (0-17), 0.403 para jóvenes (18-29), 0.438 para adultos (30-59); mientras tanto se halló que el sexo masculino fue mas frecuente con 55.90% y los jóvenes (18-29) fueron el grupo etario mas frecuente con 63.60%.

El antecedente familiar es un dato genético que siempre ha demostrado tener repercusiones en la transferencia de anormalidades entre las diversas patologías; y en este sentido es el factor con mayor repercusión al incrementar 11.63 veces más el riesgo de desarrollar esquizofrenia; siendo importante su detección temprana a nivel genético entre los padres.

La violencia durante la infancia es uno de los factores ambientales mas importantes, y a su vez genera una repercusión en el área cognitiva del paciente dependiendo del tipo de violencia y el tiempo de exposición; viéndose incrementada en 1.97 veces el riesgo de desarrollar esquizofrenia.

La farmacodependencia es un factor influyente entre las patologías psicológicas; debido al grado de dependencia que suelen ocasionar; en tal sentido la presencia de este factor incrementa en 2.67 veces más el riesgo de desarrollo de esquizofrenia.

### **6.2. Recomendaciones**

Es recomendable la realización de estudios que valoren la presencia de factores cromosómicos específicos tanto en el padre como en la madre para poder determinar cuál es el factor más preponderante. Asimismo es necesario realizarlo de manera multicéntrica para diferenciarlo entre las áreas poblacionales que se ven más afectadas.

La valoración de la farmacodependencia es vital para poder conocer el tipo de fármaco al cual se es dependiente; por tal motivo, se tiene que contemplar una terapia dual, ya que la poca adherencia es la causa mas importante del deterioro cognoscitivo, conductual, personalidad.

La presencia de violencia de cualquier tipo durante la infancia del menor es de vital importancia detectarlos a tiempo para así tomar acciones preventivas adecuadas entre los pacientes afectados, debido a la alta probabilidad de desarrollar esquizofrenia.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sadock B, Saddock V. Kaplan y Sadock: Sinopsis de Psiquiatria. 10ma ed. Vol. 1. España: Wolters Kluwer; 2010. 467-497 p.
- 2) Organizacion Mundial de la Salud. Esquizofrenia: Datos y Cifras. [internet]. Suiza: Organizacion Mundial de la Salud; 2018. [consultado 10 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- 3) ESSALUD. EsSalud Almenara alerta que esquizofrenia es causa frecuente de consulta médica. [internet]. Perú: ESSALUD; 2018. [consultado de 10 abril del 2021]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-almenara-alerta-que-esquizofrenia-es-causa-frecuente-de-consulta-medica/>.
- 4) Stuchi S. La esquizofrenia [internet]. Perú: INSM “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”; 2010. [consultado 10 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/2.html>.
- 5) Nuñez Copo S, Frometa Montoya C, Hechavarria Estenoz D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia en un área de salud de Santiago de Cuba. Rev Cubana Genet Comunit. 2013;7(1):31-6.
- 6) Jordi E, Jordi V. Etiología y signos de riesgo de la esquizofrenia. International journal of psychology and therapy. 2003;3(2):235-50.
- 7) Nuñez C. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud “28 de septiembre”. Mediagraphic [internet]. 2011 [consultado 29 de Agosto 2021]; 10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2013/cmi132e.pdf>.
- 8) Salguero Jiménez L, Soraide J. Factores Asociados para el Desarrollo de la Esquizofrenia y su Incidencia en Pacientes del Hospital San Juan de Dios Gestión 2012. Rev Cient Cienc Méd. 2012;15(1):18-21.
- 9) Cardet Escalona M, Alvarez A, Reyes Vega J. Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia. Rev Correo Científico Medico. 2013;17(1):2.
- 10) Espinoza Murra D, Sosa Mendoza 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):10-8.

- 11) Uribe L. Consumo de cannabis como factor asociado a primer episodio psicótico en pacientes atendidos en Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, durante el año 2016. *Revista Médica de Costa Rica* [internet]. 2017 [consultado 29 de Agosto 2021]; vol 84, Num 624. Disponible en : <http://revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/view/3>
- 12) Quinde Quinde C, Aguilera Justillo J. Factores Asociados a la Esquizofrenia en Pacientes Adultos de la Sala de Emergencia en un Hospital de Especialidad de la Ciudad de Guayaquil de [Tesis de Grado]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2017.
- 13) Moreira D. Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría. *Revista Progaleno* [internet]. 2020 [consultado 29 de Agosto del 2021]; vol 3 (2). Disponible en: <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/207/67>
- 14) Herrera M. Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019. [Tesis de Grado]. [Guayaquil – Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019.
- 15) Ccama C. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, Arequipa – 2016. [Tesis de Grado]. [Arequipa – Perú]: Universidad Católica de San Pablo; 2018.
- 16) Burgos Bustamante LG. Factores asociados a niveles y componentes de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital E. Rebagliati Martins, diciembre 2018 [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2019.
- 17) Cuya Oré MG. Perfil ocupacional del usuario con esquizofrenia atendido en el Departamento de Rehabilitación en Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán, 2017 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018 [citado 14 de junio de 2021]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8791/Cuya\\_om.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8791/Cuya_om.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 18) Gonzalez García GM. Características clínico epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018 [Tesis de Grado]. [Trujillo - Perú]: Universidad Cesar Vallejo; 2019.

- 19) San Martín Narrea V. Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - agosto 2019 [Tesis de Grado]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2020.
- 20) Lieberman JM. Psychotic Disorders. *N Engl J Med*. 2018;1(1):270-80.
- 21) Fuschini C. Esquizofrenia y Glia [Tesis de Maestría]. [Salamanca - España]: Instituto de Neurociencias de Castilla y León; 2009.
- 22) Cernovsky Z, Landmark J, O'Reilly R. Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. *Eur J Psychiat*. 2002;16(3).
- 23) Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry*. 2001;50(11):884-97.
- 24) Sanz ÁI. Mapa geográfico de salud mental: variación geográfica en psicosis y asociación con factores ambientales. Vitoria-Gasteiz; 2014. 93 p.
- 25) Martínez R. Factores de riesgo en la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas* [internet]. 2002 [consultado 29 de Agosto del 2021]; 15. Disponible en: [http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info\\_2002/03\\_169\\_02.htm](http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2002/03_169_02.htm)
- 26) Artigue J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria*. 2014;46(7):336-56.
- 27) Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*. 2007;34(3):568-79.
- 28) Lozano J. Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. Elsevier [internet]. 2002 [consultado 29 de Agosto 2021]; Vol 21. Num 29; pag 104 – 114. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etiotogenia-sintomas-tratamiento-esquizofrenia-13038007>
- 29) Roque Prego D, Pertejo MA, Aparicio EM. Parentalidad, Perinatalidad y Salud Mental en la Primera Infancia. *Asoc Espñl de Neuropsiq*. 2018;3(1):375.
- 30) Molloy C, Conroy RM, Cotter DR, Cannon M. Is traumatic brain injury a risk factor for schizophrenia? A meta-analysis of case-controlled population-based studies. *Schizophr Bull*. 2011;37(6):1104-10.

- 31) 26. Rascón-Gasca ML, Díaz-Martínez LR, Ramos-Lira L. V. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Gac Med Mex.* 2003;139(4):7.
- 32) Sara GE, Burgess PM, Malhi GS, Whiteford HA, Hall WC. The impact of cannabis and stimulant disorders on diagnostic stability in psychosis. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(4):349-56.
- 33) Crockford D, Addington D. Canadian Schizophrenia Guidelines: Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry.* 2017;62(9):624-34.
- 34) Ccama C. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, Arequipa – 2016. [Tesis de Grado]. [Arequipa – Perú]: Universidad Católica de San Pablo; 2018.
- 35) Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(2):111-22.
- 36) Orellana Cobos J, Ortega Flores G, Ortiz Ortega J. Síntomas Prodrómicos en los Pacientes Diagnosticados de Esquizofrenia, en el Centro de Reposo y Adicciones, entre los años 1994 – 2009 [Tesis de Grado]. [Cuenca - Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2010.
- 37) Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Esquizofrenia. Londres: Royal College of Psychiatrists; 2009.
- 38) Figueroa Barra A. Análisis pragmalingüístico de los marcadores de coherencia en el discurso de sujetos con esquizofrenia crónica y de primer episodio [Tesis de Grado]. [España]: Universidad de Valladolid; 2015.
- 39) National Institute of Mental Health. La Esquizofrenia. Estados Unidos: National Institute of Mental Health; 2011.
- 40) Andreasen NC, Berrios GE, Bogerts B, Brenner HD, Carpenter WT, Crow TJ, et al. Negative Versus Positive Schizophrenia: [Internet]. Springer-Verlag. Vol. 1. Estados Unidos; 2011 [citado 18 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.amazon.ca/Negative-Versus-Positive-Schizophrenia-Andreasen/dp/3642768431>
- 41) Soriano Peña F, Leal RM, Estévez JFJ. Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia: Algo más que la investigación básica. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria.* 2004;4(2):131-45.

- 42) Moghaddam B, Javitt D. From Revolution to Evolution: The Glutamate Hypothesis of Schizophrenia and its Implication for Treatment. *Neuropsychopharmacol.* 2012;37(1):4-15.
- 43) Jerónimo SR, Diego C. de la VS, Patricia SP. Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clín salud.* 2010;21(3):235-54.
- 44) Paz H. R. Modelos fisiopatológicos de la esquizofrenia; de dopamina a glutamato, de glutamato a GABA. *Rev chil neuro-psiquiatr [Internet].* 2005 [citado 18 de agosto de 2021];43(4). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272005000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- 45) Calafell MR, Giráldez SL. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.* 2014;(111):89-93.
- 46) Morrison J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. Manual Moderno; 2015.
- 47) Pozo KT, Fernández H, Aliño JLL-I, Perera JLC, Díaz-Marsa M. Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas españolas de psiquiatría.* 2009;37(6):330-42.
- 48) Ceruelo Bermejo J, García Rodicio S. Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2007;14(10):637-47.
- 49) Ferreira Rego A. Relación entre la ocupación de los receptores dopaminérgicos D2 y el desarrollo de síntomas extrapiramidales durante tratamiento con antipsicóticos: estudio con 123I-IBZM SPECT [Tesis de Doctorado]. [Barcelona]: Universidad de Barcelona; 2015.
- 50) García-Anaya M, Apiquían R, Fresán A. Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental.* 2001;24(5):37-43.
- 51) Suokas JT, Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophr Res.* 2010;124(1-3):22-8.
- 52) Parra SG, Molina JD, Huertas D, Blasco-Fontecilla H, Mora-Mínguez F, Pascual-Pinazo F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. 2008;71:19.

## **ANEXOS**

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Oficina de Grados y Títulos

---

**ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS**

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 – AGOSTO 2019”, que presenta el Sr. **PIERRE AUGUSTO PEÑA FREITAS**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

**En fe de lo cual firman los siguientes docentes:**

---

**Dr. Willer Chanduví Puicón**  
**ASESOR DE LA TESIS**

---

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas**  
**DIRECTOR DEL CURSO-TALLER**

**Lima, 21 de Julio del 2021**

## ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

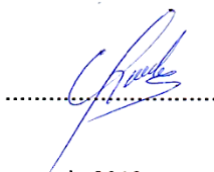
### Carta compromiso del Asesor de Tesis

**Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Pierre Augusto Peña Freitas**

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
4. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
5. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad  
1  
a tesis, motivando a I estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
6. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
7. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis .brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
8. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
9. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
10. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE





**ASESOR: WILLER CHANDUVI**

Lima, 21 de Julio del 2021.



ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO  
POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA

 **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

 **Facultad de Medicina Humana**  
Manuel Huamán Guerrero  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio N° 064-2021-INICIB-D

Lima, 27 de julio de 2021

Señor  
**PIERRE AUGUSTO PEÑA FREITAS**  
Presente. -

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

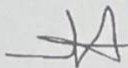
De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 - AGOSTO 2019” presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas  
Director del INICIB


c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”

---

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco	Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú	Anexo: 6016
www.urp.edu.pe/medicina	Telefax: 708-0106

# ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

	<b>PERÚ</b> Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital Víctor Larco Herrera
---	------------------------------------	---	-------------------------------

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de la Independencia"

Magdalena del Mar, 12 de agosto 2021

**CARTA N° 015 -2021-OADI-HVLH/MINSA**

Bach.  
**Pierre Augusto Peña Freitas**

**Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación**

De mi mayor consideración

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente, a la vez comunicarle que su proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016- AGOSTO 2019 " ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética y estando a que se cuenta con Convenio entre la Universidad y el Hospital, se le autoriza la realización del mismo, dándole las facilidades para que recoja la información en el servicio solicitado.

Se le informa también que terminado el proyecto de investigación entregue a esta Oficina un ejemplar empastado de su trabajo aprobado por la universidad según acuerdo.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

**MINISTERIO DE SALUD**  
**HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA**

.....  
Dra. Gisele E. Vargas Cajahuanca  
Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
C M P 24334 - R N E 14213

GEVC/mbrg.  
c.c. Archivo.

**COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION**

**FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”**

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**CONSTANCIA**

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

**Título: “FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 - AGOSTO 2019”.**

Investigadora:

**PIERRE AUGUSTO PEÑA FREITAS**

Código del Comité: **PG-39-2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 20 de agosto del 2021



Dra. Sonia Indacochea Cáceda  
Presidente del Comité de Etica de Investigación

## ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Unidad de Grados y Títulos


FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada **“FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 - AGOSTO 2019”**, que presenta el Señor **PIERRE AUGUSTO PEÑA FREITAS** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

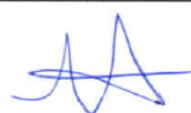
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, **quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.**

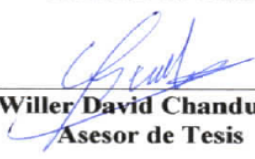
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Pablo José Adam Bustamante**  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Sonia Indacochea Cáceda**  
**MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Jhony De La Cruz Vargas**  
**MIEMBRO**

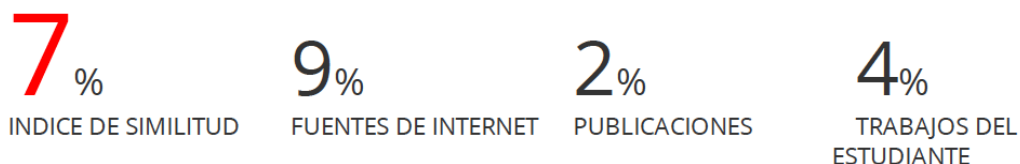
  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Jhony De La Cruz Vargas**  
**Director de Tesis**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Willer David Chanduvi Puicón**  
**Asesor de Tesis**

## ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

### FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 - AGOSTO 2019

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>4</b> %
<b>2</b>	<b>www.elsaber21.com</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>icsn.co</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>appswl.elsevier.es</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 1%

## ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

### VI CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

### CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

**PIERRE AUGUSTO PEÑA FREITAS**

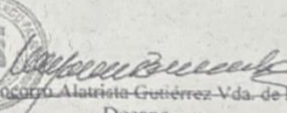
Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de agosto, setiembre octubre, noviembre, diciembre del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**“FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2016 -AGOSTO 2019”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 27 de julio de 2021

  
Dr. Johnny De La Cruz Vargas  
Director del Curso Taller

  
Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bumbaren  
Decana

## ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Cuáles son los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019?	Evaluar los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019?	Existen factores asociados al desarrollo en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016 - agosto 2019	Dependientes: Esquizofrenia Independientes: Sexo, edad, violencia familiar, antecedente familiar y farmacodependencia.
DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>Retrospectivo: Debido a que se tomara datos de un periodo anterior (Enero 2016 - Agosto 2019).</p> <p>Observacional: Porque no presentará intervención</p> <p>Análítico: Porque se pretende estudiar dos o más variables en el estudio.</p> <p>Casos y control: Porque se evaluara a personas que hicieron la enfermedad y personas sanas ambas expuestas a los factores de riesgo</p>	<p>Población: La población de estudio está conformada por pacientes internos y ambulatorios atendidos en el hospital Víctor Larco Herrera en el periodo Enero 2016 - Agosto 2019.</p> <p>Muestra : Según el cálculo de la muestra dio como resultado una muestra total de 354 y número de casos de 118 así como número de controles 236</p>	<p>La técnica de recolección de datos que se utilizó la Ficha de Recolección de Datos, esta se aplicó a las 354 historias clínicas de los pacientes que se atendieron en el periodo Enero 2016- Agosto 2019 en el Hospital Víctor Larco Herrera de los cuales 118 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia según el DSM IV y el CIE 10 y 236 paciente con alguna otra enfermedad mental diagnosticados según el DSM IV y el CIE 10. A través de la cual se registraron los datos requeridos para posteriormente hacer los análisis respectivos.</p>	<p>Se presentó el proyecto al Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma, luego de su aprobación se procedió a la recolección de datos mediante la Ficha de Recolección de Datos aplicadas a la muestra seleccionada, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión del estudio se procedió a hacer la selección de los datos para su análisis respectivo, éste análisis se realizó en los programas Excel y SPSS, el estudio de las variables cualitativas será con las medidas de frecuencia, la variables cuantitativas con asociación mediante el coeficiente de correlación de Pearson y Chi cuadrado.</p>

## ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Esquizofrenia</b>	Alteración mental la cual afecta a las emociones, comportamiento y pensamiento.	Diagnóstico confirmado por un médico especialista de acuerdo a la historia clínica	Nominal Dicotómica	Dependiente Cualitativa	Si No
<b>Antecedente familiar de esquizofrenia</b>	Antecedentes médicos personales pueden incluir información acerca de las alergias, las enfermedades, las cirugías, las inmunizaciones y los resultados de los exámenes físicos y las pruebas	Presencia de antecedente de esquizofrenia entre los familiares directos del paciente.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si No
<b>Violencia en la infancia</b>	Tipo de abuso que se presenta cuando uno de los integrantes de la familia incurre, de manera deliberada, en maltratos a nivel físico o emocional hacia otro.	1 o mas episodios de violencia de cualquier tipo de violencia: física, verbal y sexual indicados en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Verbal Física Sexual
<b>Edad</b>	Tiempo de vida de una persona	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad indicado en la historia clínica, se midió en años.	Nominal politémica	Independiente Cualitativa	Niño - Adolescente (0-17) Joven (18-29) Adulto (30-59) Adulto mayor (60 a mas)
<b>Sexo</b>	El sexo es una categorización biológica basada principalmente en el potencial reproductivo.	Tipo de sexo según indique la historia clínica.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si No
<b>Farmacodependencia</b>	Desarrollo de una alta tolerancia a la sustancia a medida	Dependencia a una o mas drogas sociales o	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Si No



	que su cuerpo se adapta a la droga, lo que lleva a un deseo de dosis mayores o más frecuentes	medicamentos.			
--	---	---------------	--	--	--

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS  
UTILIZADOS

“FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ESQUIZOFRENIA EN  
PACIENTES DEL HOSPITAL LARICO HERRERA DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO 2016 - AGOSTO 2019”

Nº DE FICHA: .....

I. DATOS GENERALES

1.1 Edad: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo: ( ) M ( ) F

II. ANTECEDENTE FAMILIAR

SI ( ) NO ( )

III. VIOLENCIA EN INFANCIA : SI ( ) NO ( )

3.1 Verbal ( )

3.2 Física ( )

3.3 Sexual ( )

IV. FARMACODEPENDENCIA: SI( ) NO ( )

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.