



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2008-2018**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

GUILLERMO MARTÍN GONZALEZ GARCÍA

(0000-0002-6479-1177)

ASESOR:

DRA. MARÍA ROCÍO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ

(0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL

TRUJILLO – PERÚ

2019

DEDICATORIA:

A NOEMÍ Y ENZO F.:

MIS DOS MOTIVOS DE VIDA Y LUCHA CONSTANTE, SIENDO ELLOS FUENTE DE SUPERACIÓN Y AUNQUE ESTO ES AÚN PEQUEÑO, PÚES ES EL GRAN PASO PARA ALGO MUCHO MÁS GRANDE.

A MIS PADRES:

YRMA Y GUILLERMO, POR HABERME ENSEÑADO VALORES Y APOYADO A CULMINAR ESTE SUEÑO, DANDOME SU APOYO MORAL Y EN ESPECIAL POR HABERME TENIDO MUCHA PACIENCIA.

A MI PADRINO:

HELMER GARCÍA DLC, POR HABER CONFIADO EN MÍ Y HABERME ENSEÑADO A LUCHAR POR MIS IDEALES CON HONRRADÉZ Y HUMILDAD.

A MIS:

HERMANAS Y SOBRINAS (OS) QUE SIEMPRE ME ALENTARON A SEGUIR LUCHANDO.

GUILLERMO MARTÍN GONZALEZ GARCÍA

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

POR HABERME DADO LA VIDA
Y PERMITIDO LOGRAR EL
SUEÑO DE SER PROFESIONAL
Y MUCHO MÁS AÚN, PODER
TERMINAR ESTA HERMOSA
CARRERA.

A MI ASESORA:

MARÍA LLAQUE SÁNCHEZ, QUIÉN
ME PERMITIÓ LOGRAR CON
SATISFACCIÓN ESTE HUMILDE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN,
BRINDANDOME SU APOYO
INCONDICIONAL.

A MI ALMA MATER:

UNIVERSIDAD “CÉSAR VALLEJO”,
QUE ME BRINDÓ LAS
ENSEÑANZAS Y ME AYUDÓ A
DESARROLLAR CAPACIDADES
IMPORTANTES PARA EL
DESEMPEÑO DE ESTA HERMOSA
PROFESIÓN.

GUILLERMO MARTÍN GONZALEZ GARCÍA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

PÁGINA DEL JURADO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2008-2018

MG. ROBERT PETER ANGELES REYES

Presidente del Jurado

DRA. MARÍA ROCÍO DEL PILAR LLAQUE SÁNCHEZ

Secretario del Jurado

MG. JAIME ABELARDO POLO GAMBOA

Vocal del Jurado

Trujillo, Mayo del 2019

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo GONZALEZ GARCÍA GUILLERMO MARTÍN con DNI N° 44155188, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la tesis titulada: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2008-2018**

1. De mi autoría
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, MAYO del 2019

GONZALEZ GARCÍA GUILLERMO MARTÍN

DNI N° 44155188

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2008-2018”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Médico cirujano.

GONZALEZ GARCÍA GUILLERMO MARTÍN

ÍNDICE

Carátula.....	
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento	ii
Página del jurado	iv
Declaratoria de Autenticidad	iv
Presentación.....	vi
Índice	viii
Resumen.....	vii
Abstrac.....	viii
I. Introducción	1
II. Método	9
2.1 Variables, operacionalización	9
2.2 Diseño de investigación	10
2.3 Población y muestra.....	11
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	11
2.5 Métodos de análisis de datos	12
2.6 Aspectos éticos	12
III. Resultados.....	124
IV. Discusión	18
V. Conclusiones.....	22
VI. Recomendaciones	23
VII. Referencias.....	24
Anexos.....	28

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la Esquizofrenia en pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo entre los años 2008-2018. Método: El estudio fue descriptivo epidemiológico no experimental. Se encontraron 435 pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión. Los datos fueron analizados en SPSS 21 versión para Windows. Resultados: Se encontró un total de 16670 pacientes, 435 desarrollaron Esquizofrenia con una incidencia de 0.92 y una prevalencia de 3.64 a nivel global; el sexo masculino presentó el 52.0% y el femenino un 48.0%; la edad más representativa en ambos sexos fue entre 21 a 40 años. La zona urbana estuvo representada por el 80.9%; sólo el 32.0% presentaron antecedentes familiares. El 100% fue dado de alta vivos. El 40.0% presentaron alucinaciones; el 69.9 % desarrollo Esquizofrenia Paranoide; un 16.7% presentó como diagnóstico secundario la Hipertensión Arterial. Resultados: Encontramos como principal característica clínica a las alucinaciones, la incidencia fue 0.92 y la prevalencia de 3.64 por cada 1000 pacientes, más frecuente en varones entre las edades de 21 a 40 años de la zona urbana con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide acompañado de Hipertensión Arterial.

Palabras clave: Características clínicas – Características epidemiológicas – Esquizofrenia

ABSTRACT

A study was carried out in order to determine the clinical and epidemiological characteristics of Schizophrenia patients of the psychiatric service at Belén Hospital in Trujillo during the period 2008 - 2018. Method: The study was descriptive, epidemiological and non-experimental. 435 patients were found who met the inclusion criteria. The data was analysed in SPSS-Version 24 for Windows. Results: From a total of 16,670 patients, there were who 435 developed Schizophrenia with an incidence of 0.92 and a global prevalence of 3.64; with 52.0% male and 48.0% female; the largest age sector in both sexes was between 21 and 40 years, and 80.9% living in urban areas. 32.0% had a history of Schizophrenia in the family. 100% were discharged alive. 40.0% presented hallucinations; 69.9% developed Paranoid Schizophrenia and 16.7% presented Arterial Hypertension as a secondary diagnosis.

Conclusions: The main clinical characteristic was hallucinations, the incidence was 0.92 and the prevalence was 3.64 per 100 patients, most frequently in males between 21 and 40 years age living in urban areas, diagnosed with Paranoid Schizophrenia and Arterial Hypertension.

Key Words: Clinical features – epidemiological characteristics - Schizophrenia

I. INTRODUCCIÓN

Para el año 2016, se estimó que a nivel mundial la esquizofrenia está presente en más de 22.5 millones de personas, relacionándose estrechamente con la discapacidad. Es más prevalente en varones estimándose en cerca de 12.5 millones, mientras que en las féminas fue 9.5 millones. Los esquizofrénicos tienen tres veces mayor probabilidad de fallecer a edad precoz comparado con el resto de la población. El 55% de esquizofrénicos no reciben un tratamiento adecuado y cerca del 90% proceden de países en vías de desarrollo donde la accesibilidad al sistema sanitario presenta serias deficiencias.¹

En la presente década en España, se estimó que la esquizofrenia tiene una prevalencia en el transcurso de la existencia entre 0.75% y 1,5%, y que la incidencia anual bordea 9 casos por cada cien mil habitantes, situación parecida en el resto de Europa. El promedio de edad de inicio de dicha patología en varones fue 24 años y en femeninas 27 años. Siendo el perfil sociodemográfico de los esquizofrénicos el ser hombre, con promedio de vida de 38 años, solteros, grado de instrucción bajo y estar desempleado.²

En el 2012 en Argentina, se reportó datos acerca de la esquizofrenia, indicando que mayoritariamente se inicia durante la etapa adolescente, incluso en la etapa adulta temprana y usualmente presenta un comportamiento que conlleva a la cronicidad, acompañada de discapacidad. Se estimó que la prevalencia se situó en 4.0 casos por cada 1000 habitantes por año.³

En el 2014, en el Perú, el Ministerio de Salud, informó que dentro de las enfermedades psiquiátricas atendidas en la consulta ambulatoria del Hospital Hermilio Valdizán, estuvo la esquizofrenia representando el 26% del total de casos, siendo mayor en varones con 63% y mujeres con 37%. Siendo la esquizofrenia la primera causa de hospitalización con 48% género, situación similar que se repite en los diversos hospitales de psiquiatría y salud mental.⁴

Benavides M, et al (Colombia, 2017) describieron el perfil clínico epidemiológico de la esquizofrenia en personas que recibieron atención en el Hospital de psiquiatría del Valle. Se trató de una investigación descriptiva y retrospectiva, se evaluaron 1,412 archivos clínicos de individuos con esquizofrenia. Hallaron que cerca de 65.1% fueron varones, la edad promedio fue de 41+31 años. El 90 % permanecieron en la soltería, el 97 % radicaron en el sector urbano, 81% de los pacientes se reportaron como esquizofrenia indiferenciada, seguida del tipo paranoide con 9.1 % y del tipo desorganizada con 2.9%. Los fármacos con mayor prescripción fueron laclozapina con 18.1%, biperideno con 15.2% y levomepromazina con 13.9%.⁵

Stentebjerg M, et al (Dinamarca, 2016) revisaron sistemáticamente las características clínicas, diagnóstico trayectorias y factores predictivos de la severidad de la esquizofrenia. Se realizó una revisión sistemática de 35 investigaciones del 1990 hasta el 2014 de pacientes. Entre los resultados se halló que afectó más a varones con 62.3%, los más frecuentes síntomas psicóticos fueron alucinaciones auditivas (81,9%), delirios (77,5%; principalmente persecutorias [48.5%], referencial [35.1%] y grandes [25,5%]), trastorno del pensamiento (65,5%), comportamiento extraño desorganizado (52,8%) y afecto plano o negativo de síntomas (52.3%). En cuanto a la comorbilidad el estrés fue el trastorno más frecuente, particularmente postraumático (34,3%), trastornos de conducta disruptiva o de déficit de atención con hiperactividad (33,5%) y abuso de sustancias/dependencia (32.0%).⁶

Espinoza D, et al (2015, Honduras) determinaron factores que se asocian a individuos con diagnóstico de esquizofrenia que se atendieron en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Se desarrolló una investigación caso - control, con 44 esquizofrénicos (casos) y 88 individuos no esquizofrénicos, hallándose que la edad promedio fue 34.5 años. El 15.9% tuvieron pareja en comparación con 52.3% de los controles. El 43.2% de esquizofrénicos estaban desempleados. Para familiares de primero y segundo grado de consanguinidad, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esquizofrenia y tener antecedente familiar con la misma patología.⁷

Long J, et al (China, 2014), estimaron la prevalencia de esquizofrenia en China. Realizaron un estudio de meta análisis de prevalencia de esquizofrenia en la China

continental identificando bases de datos electrónicas hasta julio de 2013. Como resultado encontraron que la esquizofrenia tuvo una prevalencia de 5,4 por 1000 (general), siendo en varones 5.3 por 1000 y en mujeres 5.51 por 1000, una mayor prevalencia fue en la zona urbana 6.6 por 1000 comparada con la rural de 4,7 por 1000 ésta última con diferencias significativas; concluyeron estadísticamente que no hay ninguna diferencia de prevalencia entre los varones y mujeres, sin embargo la prevalencia para los habitantes urbanos fue superior a la de rural considerándose un factor de riesgo.⁸

Ruíz M. (España, 2014), evaluó el grado de salud mental en individuos esquizofrénicos en un Hospital de Barcelona. Se trató de un trabajo descriptivo retrospectivo realizado a un total de 264 personas diagnosticadas por patología esquizofrénica. Estableció que la edad promedio fue de 44 años, el 71% fueron varones. El 74% permanecían solteros y un 14% la condición de casados o conviviente. El 87% tuvo nivel primario y/o secundario. El promedio de años de la patología esquizofrénica fue de 16 años (D.E, 12 años), El 48% de pacientes presentaron un puntaje, menor o igual a 50 en la escala GAF.⁹

Gómez E. et al (España, 2012) identificaron las características tanto clínicas como epidemiológicas de la enfermedad esquizofrénica. Tras realizar el estudio retrospectivo, usando la búsqueda de 70 artículos electrónicos, encontraron que la sintomatología esquizofrénica comenzaba en la adolescencia aproximadamente en el 60% de los casos y solo el 5% en edades superiores a los 60 años solo, siendo más frecuente en sujetos procedentes de áreas urbanas, adicionalmente aumentó la frecuencia en quienes tuvieron un familiar en primer y segundo grado con antecedente de esquizofrenia.¹⁰

Velásquez J. (España, 2012), exploró algunos factores sociales y demográficos, así como clínicos en la consulta ambulatoria de pacientes con trastorno de tipo esquizoafectivo o esquizofrénicos. Fue un estudio descriptivo, con 103 esquizofrénicos de los cuáles 66% fueron varones. El 89% mantenían la soltería, el promedio de vida 37 años + 9 años, el 60 procedió del área urbana. En cuanto al diagnóstico el 37% tuvo esquizofrenia paranoide, 22,5% esquizofrenia

indiferenciada, 17.5% esquizofrenia residual, el 15% trastorno esquizoafectivo y el 8% esquizofrenia desorganizada. En cuanto a antecedentes de tipo familiar de primer grado con patología esquizofrénica fue de 18%.¹¹

Cardet E. et al (Cuba, 2012) realizaron una investigación de tipo transversal en 35 esquizofrénicos los cuales el 65% presentó antecedentes familiares de esquizofrenia. Dicha patología fue más frecuente entre los individuos de 30 a 39 años en ambos sexos: además hubo una mayor frecuencia en pacientes hombres con 33.3% comparado con las mujeres que alcanzó el 16,7% respectivamente.¹²

Torres M, et al (Perú, 2014), determinaron algunos factores asociados a la patología esquizofrénica, en individuos atendidos entre el 2012 al 2013, en el Hospital Regional de Loreto. Se utilizó un diseño de correlación retrospectiva, aplicada en 88 historias clínicas. Entre los hallazgos se describió que el 42% tuvieron de 20 a 35 años, predominando en varones con 59%, el 67% mantuvieron la soltería, el 31% reportaron historia familiar de esquizofrenia, en cuanto a la tipología al 89,7% se le detectó esquizofrenia paranoide y al 10.3% esquizofrenia indiferenciada, no hallándose otro tipo. Estableciéndose que existe relación de la esquizofrenia con la edad, sexo y antecedentes familiares.¹³

La esquizofrenia es una patología que afecta gravemente la esfera mental, alterando algunas funciones de tipo cerebral como la percepción, emoción, conductas y el pensamiento.¹⁴

La herencia juega un papel importante en la aparición de la esquizofrenia, con un 81%, mientras que los factores ambientales son de 12%. La posibilidad de sufrir esquizofrenia aumenta en 48% cuando los dos padres lo sufrieron y entre 62 a 82% si se trata de gemelos de tipo monocigótico. Por lo tanto se considera el factor hereditario poligenético. La probabilidad de padecer esquizofrenia se hallaría en los cromosomas 6, 8, 12 y 13. Es obvio que existe una combinación entre factores de tipo ambiental que contribuyen con mayor riesgo para desarrollar esquizofrenia. El tener un familiar biológico de primer grado con esquizofrenia incrementa en diez

veces la probabilidad de sufrir la transmisión a través del sexo masculino con carga alta genética familiar elevada contribuye a la perpetuación del trastorno.¹⁵

La esquizofrenia como alteración mental representa cerca de la cuarta parte de los internamientos, caracterizándose que entre el 21% al 26% de personas que no tienen hogar padecen de esta enfermedad mental esquizofrénica de tipo grave y crónico, en la mayoría de los casos se presenta a partir de los 16 a 26 años de vida. Generalmente en los de sexo masculino la esquizofrenia aparece entre la adolescencia y los veinticinco años de vida, en cambio en las mujeres el inicio se sitúa entre 26 a 34 años de edad. Se estima que el 85% de individuos con esquizofrenia que reciben tratamiento se sitúa de 16 y 50 años de edad, esta patología rara vez se presenta en la edad menor de 10 años o posterior a los 60 años, la incidencia es similar en féminas como varones, aunque el inicio en mujeres es a mayor edad. Un factor de riesgo trascendente es el antecedente familiar de trastorno tipo esquizotípico, siendo más de diez veces la probabilidad comparado con el resto de la población.¹⁶

En cuanto a la fisiopatología existe la teoría dopaminérgica, que señala un aumento de la actividad cerebral de la dopamina de la vía mesolímbica, existiendo una regulación diferencial en las proyecciones dopaminérgicas en el cerebro, con reducción del tono cortical de la actividad de la dopamina, que ocurre específicamente en la zona cortical prefrontal, asociada con un relativo incremento de actividad en la zona subcorticales. En la actualidad se asume que el receptor 5HT₂ tiene implicancia en la etiopatogenia. Se describe en líquido cefaloraquídeo una alta relación entre la presencia de catabolitos de dopamina y 5-HT.¹⁷

Los síntomas negativos se asocian con la disminución en la transmisión de dopamina en la región cortical prefrontal. Los antagonistas serotoninérgicos, como la clozapina, promueven la presencia dopaminérgica en la zona prefrontal, reduciendo la sintomatología negativa. Se menciona el neuropéptido glutamato, especialmente en los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), debido que la fenciclidina actúa bloqueando estos receptores que para el glutamato son excitatorios, asociándose con comportamientos parecidos registrados en, la patología esquizofrenica. El receptor NMDA tiene un sitio específico que reconoce a la glicina, así como al D-isómero de

serina, sustancias que activan a este receptor. La teoría del glutamato proviene del tratamiento de los pacientes con glicina, D-serina o cicloserina, mostrando una mejoría en los síntomas negativos.¹⁸

Existen los criterios diagnósticos DSM IV-TR, los cuales han sido clasificados por la Asociación Americana de Psiquiatría, que establece seis condiciones o criterios necesarios para llegar a diagnosticar la patología esquizofrénica: La primera condición es si existe sintomatología característica que incluye dos a más criterios, con presencia de uno de los mencionados durante una fase significativa en un lapso de un mes o menos si recibió tratamiento exitoso. Estas son idea delirante, alucinación, lenguaje incoherente o desorganizado, comportamiento catatónico o severamente desorganizado, presencia de sintomatología negativa, que involucra alogia aplanamiento del afecto o abulia. El segundo criterio es la disfunción laboral y social, donde hay disminución o afectación de la relación interpersonal, en el ámbito laboral, previo al comienzo de la patología.¹⁹

El criterio duración, implica constantes signos de alguna alteración como mínimo seis meses, que incluye un mes con la sintomatología manifestada en el primer criterio y los lapsos tanto residual como prodrómico caracterizado por presentar sintomatología negativa. El criterio exclusión de trastorno esquizoafectivo y estado de ánimo, donde hay estados episódicos de manía o depresión en la etapa activa, o con duración corta o relacionada con la etapa prodrómica o residual. El criterio de exclusión del uso de sustancias o patologías médicas no psiquiátricas como origen de la patología. El último criterio es la asociación con una alteración generalizada del desarrollo, si hay antecedente de patología autista u otra alteración generalizada de desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se aplicará si la ideación delirante o la alucinación también permanecen por lo menos un mes, o menos si hay tratamiento exitoso.²⁰

El DSM IV-TR introduce los tipos de esquizofrenia clasificados en el CIE 10, excepto la forma simple, y variando la forma denominada “hebefrénica” por “desorganizada”. Contempla el diagnóstico de las siguientes categorías: El tipo desorganizada en la cual tanto el comportamiento como el lenguaje se hallan no

organizados con un afecto aplanado, el tipo paranoide con presencia ideación delirante o presencia de alucinación auditiva frecuente, el tipo catatónico con presencia de catalepsia, con exceso en la actividad motora sin propósito definido, con un extremo negativismo, mutismo, actitud extraña, ecolalia, algún movimiento peculiar, o ecopraxia. El tipo residual con presencia de síntomas negativos y síntomas del criterio 1 presentes de modo tenue y finalmente la variedad Indiferenciada que no expresa ningún tipo o variedad descrita anteriormente.^{20, 21}

El problema planteado en el presente estudio fue:

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018?

La relevancia del estudio radica en que la esquizofrenia representa una de las más severas patologías mentales, por su inicio a temprana edad, su discapacidad resultante y forma crónica de presentación. Es por tal motivo la necesidad de conocer ciertos aspectos tanto clínicos como epidemiológicos del comportamiento y caracterización de la esquizofrenia en uno de los hospitales más importantes de la región la Libertad como es el Hospital Belén de Trujillo.

Los resultados ayudarán a conocer y analizar información actualizada, con la finalidad de enriquecer las intervenciones psicosociales que se viene realizando en dicho establecimiento hospitalario, mediante detección y tratamiento de la referida patología, contribuyendo así con la salud mental en la región como parte de la salud pública. Más aun considerando que no se ha hallado información local sobre el tema estudiado, representando así una línea de base o referente para estudios posteriores.

El estudio por ser de naturaleza descriptiva simple no se requiere plantear hipótesis.

Los objetivos considerados en el presente estudio fueron:

General:

- Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008- 2018.

Específicos:

- Determinar las características clínicas en relación a signos y síntomas de la esquizofrenia.
- Determinar las características epidemiológicas según edad, procedencia, sexo y antecedente familiar de la esquizofrenia.
- Estimar la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia en los años de estudio.

II. MÉTODO

2.1 Variables:

Identificación de Variable:

V1: Característica clínica. Variable cualitativa

V2: Características epidemiológicas. Variable cualitativa

2.2 Operacionalización de Variables:

VARIABLES	DEF. CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA	ESQUIZOFRENIA : Caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. ¹⁴ SUB VARIABLES: A)Características Clínicas: Son signos y síntomas de la enfermedad, incluyendo medios de diagnóstico y tratamiento. ¹⁶	De la historia clínica y base de estadística se obtiene el diagnóstico:	Según CIE-10: Esquizofrenia paranoide (F20.0) Esquizofrenia hebefrénica (F20.1) Esquizofrenia catatónica (F20.2) <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia indiferenciada (F20.3) • Depresión post-esquizofrénica (F20.4) 	Cualitativa Nominal
		Tipos de Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia residual (F20.5) • Esquizofrenia simple (F20.6) <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia sin especificación (F20.9) 	
		Síntomas		

		y Signos	social. • Anhedonia.	
	B)Características Epidemiológicas: Relacionados a datos demográficos, etiología de la esquizofrenia tomados de la historia clínica. 16	Se obtiene de la historia clínica y Base de datos de estadística, los sptes: Edad	>15 a 20 años 21 a 40 años 41 a 60 años >60 años	Cuantitativa de intervalo
		Procedencia	Urbano Rural	Cualitativa nominal
		Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
		Antecedente Familiar De Esquizofrenia	Si No	Cualitativa nominal

2.3 Metodología:

Método Observacional

2.4 Tipos de Estudio:

Aplicado

2.5 Diseño de Investigación:

Descriptivo, Retrospectivo

2.6 Población y muestra:

Población: Estuvo conformada por los 435 pacientes psiquiátricos con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, en los años 2008-2018.

Unidad de Análisis: Cada paciente con diagnóstico de Esquizofrenia del Hospital Belén de Trujillo que cumplió con los criterios de inclusión.

Unidad de Muestra:

- a) La Historia clínica de cada paciente
- b) Datos Epidemiológicos de la base de datos del área de estadística

Muestra:

$$n = \frac{NZ^2 \times pq}{(N-1)E^2 + Z^2pq}$$

Método de Muestreo:

- ✓ Aleatorio simple

Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes diagnosticados con esquizofrenia a través de su historia clínica psiquiátrica y base de datos de estadística.
- ✓ Pacientes mayores de 15 años

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes con secuela de enfermedad neurológica.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

LA TÉCNICA para la investigación a aplicar en el estudio será la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y la base de datos de estadística.

PROCEDIMIENTO: Se revisó las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia seleccionados en forma aleatoria y la base de datos de estadística de los pacientes psiquiátricos durante el periodo de estudio correspondiente.

INSTRUMENTO: Los datos recolectados del análisis de historias clínicas fueron anotados en una ficha de recolección de datos, consignando los siguientes datos: edad, sexo, procedencia, antecedente familiar de esquizofrenia, tipo de esquizofrenia y síntoma más frecuente. (ANEXO N°1)

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

Se realizó con la técnica del criterio de 3 jueces expertos en el tema, quiénes evaluaron si la información obtenida fue de acuerdo para el presente estudio, evaluando claridad, coherencia, validez, orden y extensión de los ítems.

Cada experto recibió adecuada información escrita acerca del propósito, la conceptualización y operacionalización de variables y cada experto recibe un instrumento de validación en el cual se recogerá la información de cada uno de ellos.

2.8 Métodos de análisis de datos:

Para el análisis de datos se registró la información recopilada en una hoja de cálculo de Excel la cual fué exportada del paquete estadístico SPSS 21. Para el análisis descriptivo de las variables se elaboró cuadros estadísticos con datos de frecuencias simples absolutas y porcentuales; los mismos que fueron representados mediante tablas estadísticas que facilitarán el análisis de los objetivos de la presente investigación.^{22, 23}

2.9 Aspectos éticos:

La información obtenida de los pacientes a través de las historias clínicas, fue tratada de forma confidencial. A lo largo de todo el proceso se preservó el anonimato de los pacientes incluidos, cumpliendo con las normas éticas, según las declaraciones internacionales: Declaración de Helsinki.²⁴

Según el principio 10, se protegerá la privacidad y la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.²⁵

III. RESULTADOS:

Tabla 1. Incidencia y Prevalencia en Pacientes con Esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

AÑOS	Pacientes atendidos en Psiquiatría	Casos de Esquizofrenia	Casos nuevos de Esquizofrenia	INCIDENCIA	PREVALENCIA
2008	1626	26	9	0.55	1.60
2009	1998	20	6	0.30	1.00
2010	2216	13	5	0.23	0.59
2011	2305	12	4	0.17	0.52
2012	1770	24	8	0.45	1.36
2013	448	40	11	2.46	8.93
2014	631	42	7	1.11	6.66
2015	948	72	21	2.22	7.59
2016	1610	74	18	1.12	4.60
2017	1545	63	13	0.84	4.08
2018	1574	49	11	0.70	3.11
TOTAL	16671	435	113	0.92	3.64

Fuente: Área de Estadística del Hospital Belén - Trujillo

Tabla 2. Edad y Sexo de los pacientes con Esquizofrenia atendidos en Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

EDAD	SEXO		SEXO		TOTAL	%	
	Masculino	%	Femenino	%			
>15 A 20	13	3.0%	19	4.40%	32	7.40%	
De 21 A 40	126	26.70%	101	23.20%	217	49.90%	
De 41 A 60	72	16.60%	61	14.0%	133	30.60%	
Más De 60	25	5.70%	28	6.40%	53	12.20%	
TOTAL	226	52%	209	48%	435	100%	

Chi-cuadrado de Pearson
Valor 2,581^a
Significación asintótica (bilateral) 0.461

Fuente: Historias clínicas de Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

Tabla 3. Procedencia y antecedentes familiares en pacientes con Esquizofrenia atendidos en Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Rural	83	19.1
Urbano	352	80.9
Total	435	100.0

ANTECEDENTE	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	32.8
No	137	67.2
Total	204	100%

Fuente: Historias clínicas Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

Tabla 4. Síntomas de pacientes con Esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

Síntomas	SI	%	NO	%
Alteración del lenguaje	42	21%	162	79%
Alucinaciones	82	40%	122	60%
Retraimiento y aislamiento social	33	16%	171	84%
Anhedonia	18	9%	186	91%
Inmovilidad	18	9%	186	91%
Ideas delirantes	48	24%	156	76%

Fuente: Historias clínicas Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

Tabla 5. Diagnósticos de pacientes con Esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
E. Paranoide	304	69.9
E. Hebefrénica	16	3.7
E. Catatónica	4	0.9
E. Indiferenciada	10	2.3
Depresión Post Esquizofrénica	10	2.3
E. Residual	22	5.1
E. Simple	2	0.5
E. Sin Especificación	67	15.4
Total	435	100.0

Fuente: Historias clínicas Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

Tabla 6. Diagnósticos secundarios de Pacientes con Esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)

Diagnóstico Secundario	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	34	16.7
Diabetes Mellitus 2	26	12.7
Tuberculosis	13	6.4
Cáncer	12	5.9
Obesidad	9	4.4
Infección Urinaria	21	10.3
Hepatitis B	8	3.9
Ninguna	81	39.7
Total	204	100.0

Fuente: Historias clínicas Psiquiatría Hospital Belén – Trujillo

IV. DISCUSIÓN:

Se realizó un estudio descriptivo epidemiológico no experimental, en el servicio de Psiquiatría en el área consulta externa del Hospital Belén de Trujillo, a pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que fueron atendidos entre los años 2008 y 2018, con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la Esquizofrenia. Los resultados que obtuvimos fueron:

En la tabla 1 podemos observar que la incidencia y la prevalencia en el periodo 2008-2018 de Esquizofrenia en el Hospital Belén de Trujillo, el número de pacientes fue de 16671 atendidos en el consultorio de Psiquiatría, de los cuáles hubieron 435 pacientes desarrollaron Esquizofrenia con una incidencia general de 0.92/1000 pacientes, así mismo se aprecia que la tasa de mayor incidencia fue en los años 2013 (2.46) y 2015 (2.22), mientras que la incidencia más baja fue en el año 2011 (0.17); la prevalencia general está representada por 3.64/1000 pacientes, donde se aprecia que la tasa de mayor prevalencia fue en los años 2013 (8.93), en el 2015 (7.59) y en el 2014 (6.66), mientras que la prevalencia más baja fue en el año 2011 (0.52).

Estos resultados coinciden con Long J, et al⁸ quién en su estudio manifiesta que la Esquizofrenia tuvo como resultado una prevalencia de 5,4 por 1000 (general), siendo en varones 5.3 por 1000 y en mujeres 5.51 por 1000, una mayor prevalencia fue en la zona urbana 6.6 por 1000 comparada con la rural de 4,7 por 1000 ésta última con diferencias significativas, siendo la prevalencia urbana la más alta a comparación de la rural, y dando como resultado que este sea un factor de riesgo. Cabe recalcar que no se pudo determinar la letalidad debido a que los pacientes en su totalidad fueron atendidos solo en la consulta externa.

En la tabla 2 podemos observar que en cuanto al sexo, el masculino está representado por el 52.0% (226 casos), contra los 48.0% (209 casos) representado por el sexo femenino haciendo un total de 435 pacientes; sin embargo, podemos apreciar que las edades más representativas se encuentra entre 21 a 40 años en ambos sexos con un 49.9% (217 casos), seguida en segundo lugar por las edades entre 41 a 60 años con un 30.6% (133 casos), en tercer lugar pacientes mayores de 60 años con un 12.2% (53 casos) y finalmente los menor o igual a 20 años con un 7.4% (32 casos).

El factor sexo tuvo ligera más incidencia en varones, coincidiendo con los estudios como el de Benavides M, et al⁵ quién encontró mayor distribución en varones (65.1%), siendo la edad promedio en este estudio de 41 + 31 años.

Stentebjerg M. et al⁶ también encontraron mayor incidencia en varones que en mujeres, 62.3% respectivamente. Por otro lado, Ruíz M.⁹ estableció que la edad promedio fue de 44 años y 71% fueron varones en su estudio, lo ratifica lo encontrado en nuestro estudio.

Espinoza D. et al⁷ nos da una edad promedio de 34.5 años lo cual también encontramos en nuestro estudio según como se demuestra en nuestra tabla.

Cardet E. et al¹² en su estudio demuestra que la Esquizofrenia fue más frecuente entre los individuos de 30 a 39 años en ambos sexos, lo cual comparte los datos también encontrados en nuestro estudio; además hubo una mayor frecuencia en pacientes hombres con 33.3% comparado con las mujeres que alcanzó el 16,7% respectivamente, lo cual corrobora nuestro estudio.

Se puede compartir lo encontrado con Torres M. et al¹³ que en su estudio también demostró que el 42% tuvieron de 20 a 35 años, junto al predominio en varones con un 59%.

En la Tabla 3 con respecto a la procedencia, 80.9% (352 casos) fueron reportados de zona urbana, superando a los 19.1% (83 casos) encontrados procedentes de la zona rural, haciendo un total de 435 casos. Con respecto a los antecedentes, vemos que el 67.2% (137 casos) no presentaron antecedentes de Esquizofrenia y el 32.8% (67 casos) si presentaron antecedentes, totalizando un 100% es decir 204 casos.

Con respecto al factor de riesgo no modificable procedencia, aunque destaca la zona urbana, esto nos da un indicio de que la vida en la ciudad puede tener un mayor factor a investigar en estudios posteriores, en un estudio realizado por Benavides M. et al⁵ señala un 97% procedente de zona urbana; por su parte los estudios de Espinoza D. et al⁷ encontró una asociación estadísticamente significativa entre esquizofrenia y tener antecedente familiar con la misma patología; también en el estudio de Gómez E. et al¹⁰ nos demuestra que es más frecuente en sujetos procedentes de áreas urbanas, adicionalmente aumentó la frecuencia en quienes tuvieron un familiar en primer y segundo grado con antecedente de esquizofrenia; también Velásquez J.¹¹ nos reporta que en cuanto a antecedentes de tipo familiar de primer grado con patología esquizofrénica fue de 18%; finalmente Cardet E. et al¹² realizaron una

investigación de tipo transversal en 35 esquizofrénicos los cuales el 65% presentó antecedentes familiares de esquizofrenia.

En la Tabla 4 tenemos que el 40% (82 casos) presentaron alucinaciones como principal síntoma, segundo lugar tenemos a las ideas delirantes con un 24% (48 casos); seguido de Alteración del Lenguaje con 21% (42 casos).

Se puede corroborar que el estudio de Stentebjerg M. et al⁶ presenta en su estudio que los más frecuentes síntomas psicóticos fueron alucinaciones auditivas (81,9%), delirios (77,5%; principalmente persecutorias [48.5%], referencial [35.1%] y grandes [25,5%]), trastorno del pensamiento (65,5%), comportamiento extraño desorganizado (52,8%) y afecto plano o negativo de síntomas (52.3%), compartiendo así los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En la Tabla 5 podemos observar que el principal diagnóstico es la E. Paranoide con un 69.9% (304 casos), en segundo lugar tenemos a la E. sin Especificación con un 15.4% (67 casos), en tercer lugar está la E. Residual con un 5.1% (22 casos),

Podemos ver que el estudio de Benavides M. et al⁵ nos reporta un 81% de los pacientes con esquizofrenia indiferenciada, seguida del tipo paranoide con 9.1 % y del tipo desorganizada con 2.9%, lo cual difiere con los resultados de nuestro estudio.

Sin embargo en el estudio de Velásquez J.¹¹ demostró en cuanto al diagnóstico que el 37% tuvo esquizofrenia paranoide, 22,5% esquizofrenia indiferenciada, 17.5% esquizofrenia residual, el 15% trastorno esquizoafectivo y el 8% esquizofrenia desorganizada, el cual nos da un resultado compartido con nuestro estudio.

En un estudio realizado por Torres M.¹³ et al en cuanto a la tipología al 89,7% se le detectó esquizofrenia paranoide y al 10.3% esquizofrenia indiferenciada, no hallándose otro tipo, el cual nos brinda datos parecidos con nuestros resultados de estudio.

En la Tabla 6 podemos observar que en los siguientes resultados tenemos a Ningún diagnóstico secundario con un 39.7% (81 casos), seguido de HTA con un 16.7% (34 casos), en tercer lugar la Diabetes Mellitus 2 con 12.7 (26 casos), en siguiente lugar ITU con un 10.3% (21 casos), en quinto lugar a la TBC con un 6.4% (13 casos), en sexto lugar al Cáncer

con un 5.9% (12 casos), en penúltimo lugar a la Obesidad con un 4.4% (9 casos) y por último a la Hepatitis B con un 3.9% (8 casos).

Esto nos da una idea de que la gran mayoría no presenta alguna molestia secundaria, sin embargo es más frecuente ver a la Hipertensión Arterial acompañar a la Esquizofrenia, seguida de la Diabetes Mellitus, claro está, en mínimos casos; lo que nos sugiere tomar en cuenta estas molestias secundarias.

V. CONCLUSIONES:

- Se puede observar que las características clínicas de mayor frecuencia fueron las alucinaciones, las ideas delirantes y la alteración del lenguaje.
- Con respecto a las características epidemiológicas la edad está dada entre los 21 a 40 años, con mayor presencia en varones, en casos de zona urbana, y por último en pacientes sin antecedentes.
- La incidencia global fue de 0.92/1000 pacientes.
- La prevalencia global fue de 3.64/1000 pacientes.

VI. RECOMENDACIONES:

- Hacer estudios de seguimiento posteriores para poder hacer prevención de la esquizofrenia en la sociedad debido al mal pronóstico en pacientes adultos jóvenes como mayor población afectada.
- Se debe realizar campañas de concientización a la población en general logrando así un empoderamiento de su salud y evitar así el desarrollo de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida.
- Prestar especial interés en las alucinaciones que presentan las personas como parte de la analítica de rutina en pacientes que presente esta clínica.
- Los resultados de este trabajo de investigación deberían despertar el interés para desarrollar estrategias de prevención primaria que nos permitan disminuir la incidencia y prevalencia de Esquizofrenia en los adultos jóvenes.

VII. REFERENCIAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. Nota descriptiva N°397. Washington. OMS [Internet]. 2016. [citado 16 de Setiembre de 2018]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
2. Servicio Murciano de Salud. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en establecimientos de salud mental. Murcia. [Internet] 2012. [citado 19 de Agosto de 2018]; Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
3. Gejman P, Sanders A. La etiología de la esquizofrenia. Rev Medicina Buenos Aires. [Internet] 2012; 72: 227-234. [citado 14 de Julio de 2018]; Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v72n3/v72n3a07.pdf>
4. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Institucional Reformulado 2014-2016 del Hospital Hermilio Valdizán. Lima. MINSA. [Internet] 2014. [citado 23 de Julio de 2018]; Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/pdf/pei2014.pdf>
5. Benavides M, Beitia P, Osorio C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. Rev Inv Salud UB. 2016;3 (2):146-160.
6. Stentebjerg M, Pagsberg A, Fink-Jensen A, Correll C, Jeppesen P. Clinical characteristics and predictors of outcome of schizophrenia-spectrum psychosis in children and adolescents: a systematic review. J. Adolesc. Psychopharmacol. [Internet] June 2016, 26(5): 410-427. [citado 18 de Agosto de 2018]; Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/full/10.1089/cap.2015.0097>
7. Espinoza D, Sosa C, Espinoza E, Sierra D. Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras. Rev Fac Cienc Méd. [Internet] Julio-Diciembre 2015; 2(12): 10-19. [citado 21 de Octubre de 2018]; Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015-3.pdf>
8. Long J, Huang G, Liang W, Liang B, Chen Q. The prevalence of schizophrenia in mainland China: evidence from epidemiological surveys. Acta Psychiatr Scand. [Internet] 2014; 130 (4). 12-19. [citado 17 de Julio del 2018] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12296/pdf>

9. Ruiz M. Valoración de la salud mental positiva y de los requisitos de autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem. [tesis en Internet]. Universidad de Barcelona. España; 2014 [citado 20 de Setiembre del 2018]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/56453>
10. Gómez E, Fumadó R. Hurtado G. Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. [revista en internet] Actas Esp Psiquiatr [internet] 2012; 40 (6):333-45. [citado 11 de Julio del 2018]; Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/80/ESP/14-80-ESP-333-345-206277.pdf>
11. Velásquez J. Factores sociodemográficos, clínicos y de rendimiento cognitivo asociados con los resultados de un programa ambulatorio de rehabilitación psicosocial en pacientes esquizofrénicos. [tesis en internet]. Salamanca. Universidad de Salamanca; 2012. [citado 23 de Agosto del 2018]. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/123070/1/DPBPMCC_VelasquezZapata-JulioCesar-Factores-sociodemograficos-clinicos-rendimiento.pdf
12. Cardet E. Álvarez E. Caracterización clínica, epidemiológica y genealógica de la esquizofrenia en pacientes de la Policlínica Alcides Pino Bermúdez de Holguín. ANALES Holguin. [revista en internet] 2012. 16(4): 23-27. [citado 6 de Julio 2018]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm124h.pdf>
13. Torres M, Dávila K. Factores personales/familiares asociados a la esquizofrenia, en personas atendidas los años 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto - MINSA. Punchana, 2014. [tesis en internet]. Loreto. Universidad Peruana del Oriente; 2014. [citado 21 de Agosto del 2018]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/54242539.pdf>
14. Díaz M. Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares. Madrid. Enfoque Editorial S.C. [internet] 2013. [citado 31 de Julio del 2018]. Disponible en: <http://www.esquizofrenia24x7.com/sites/stage-esquizofrenia24x7-com.emea.cl.datapipe.net/files/pdf/GUIAESQUIZOFRENIA.pdf>

15. Hospital Cayetano Heredia. Guía de Práctica clínica de Intento suicidio, Esquizofrenia, y Trastorno depresivo mayor. N° 083 – 2013. Perú [revista en internet]; 2013. 11:19-20. [citado 14 de Julio 2018]; Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd083_2013.pdf
16. Porth C. Fisiopatología Salud-enfermedad: un enfoque conceptual. 7a edición. Editorial Médica Panamericana. 2008
17. Gimenez J. La señalización celular en la esquizofrenia. [Libro en internet]. México, 2010 [citado 10 de Julio de 2018] Disponible en: <http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/viewFile/821/791>
18. Ojeda N La predicción del diagnóstico de esquizofrenia: El rol de la neurocognición. Madrid Destua ediciones [libro en internet]; 2009. [citado 04 de Agosto de 2018]; Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=psKbKnhv9ToC&printsec=frontcover&dq=esquizofrenia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjR4brVx7HUAhVMS CYKHQcqBIIQ6AEIQjAH#v=onepage&q=esquizofrenia&f=false>
19. Oliván C. Genética de la esquizofrenia: serotonina, dopamina e interleukinas. Madrid. Ediciones Ciencias. [libro en internet] 2016. [citado 07 de Setiembre 2018]; Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=Kty7DAAAQBAJ&pg=PA14&dq=esquizofrenia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjR4brVx7HUAhVMSCYKHQcqBIIQ6AEIPTAG#v=onepage&q=esquizofrenia&f=false>
20. Ministerio de Salud Perú .Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de Esquizofrenia; [libro en internet] 2009; 1:4-5. [citado 6 de Agosto 2018]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/GuiaClinicaPsicosis.pdf>
21. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. Buenos Aires. Ed McGraw-Hill Interamericana. 2011.
22. Daniels W. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. México DF. Editorial Limusa S. A. 2002
23. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.

- Ginebra: CIOMS [Internet]. 2002. [Citado 05 Julio 2018]. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>
24. Organización Panamericana de la Salud Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, 2011.
25. Medios y Auxiliares N° 24).Asociación Médica Mundial (AMM), Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [internet] 2008; [Citado 10 de Octubre del 2018]. Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
26. Ministerio de Economía y Finanzas. **“SISTEMA DE GESTIÓN PRESUPUESTAL”**. Clasificador de Gastos [Revisión en Internet]. 2016. [Consultado el 21 de Agosto, 2018]. Disponible en:
<http://medicina.unmsm.edu.pe/images/planificacion/POI%202013/CLASIFICADOR%20DE%20GASTOS.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

A. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS:

1. EDAD: _____

2. SEXO:

M F

3. PROCEDENCIA: _____

4. ANTECEDENTE FAMILIAR DE ESQUIZOFRENIA:

SI NO

B. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA: A. PARANOIDE B. CATATÓNICA C. HEBEFRÉNICA D. INDIFERENCIADA E. RESIDUAL F. SIMPLE G. DEPRESIÓN POSTESQUIZOFRÉNICA

2. SÍNTOMA MÁS FRECUENTE:

A. IDEAS DELIRANTES.

B. ALUCINACIONES.

C. ALTERACIÓN DE LENGUAJE.

D. INMOVILIDAD

E. RETRAIMIENTO Y AISLAMIENTO SOCIAL.

F. ANHEDONIA.

ANEXO 02:

$$N = 435$$

$$Z = 95\% (1.96)$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

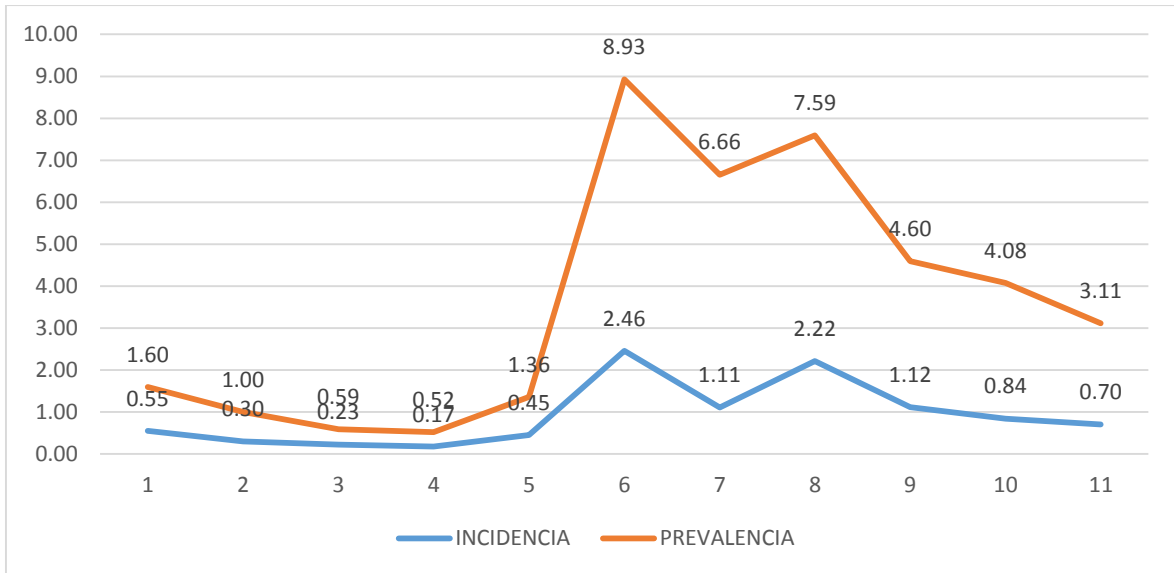
$$E = 0.05$$

$$n = \frac{435 (1.96)^2 \times (0.5) (0.5)}{(435-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 204 \text{ casos}$$

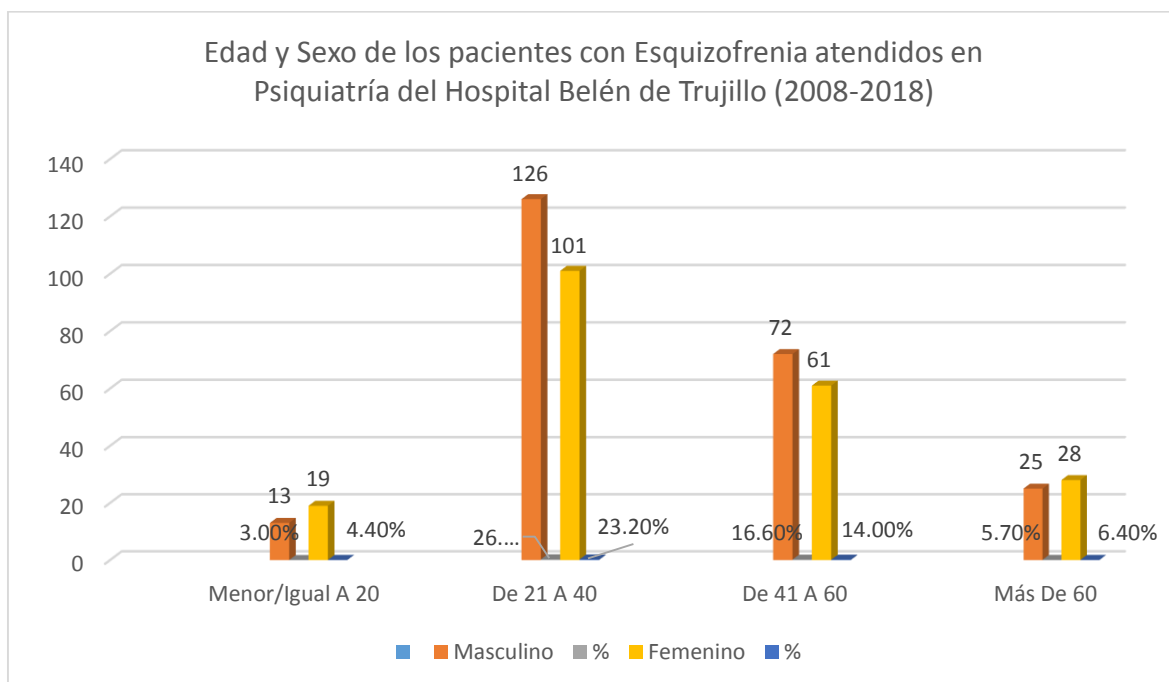
ANEXO 03:

Incidencia y Prevalencia en Pacientes con Esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)



Fuente: Área de Estadística del Hospital Belén - Trujillo

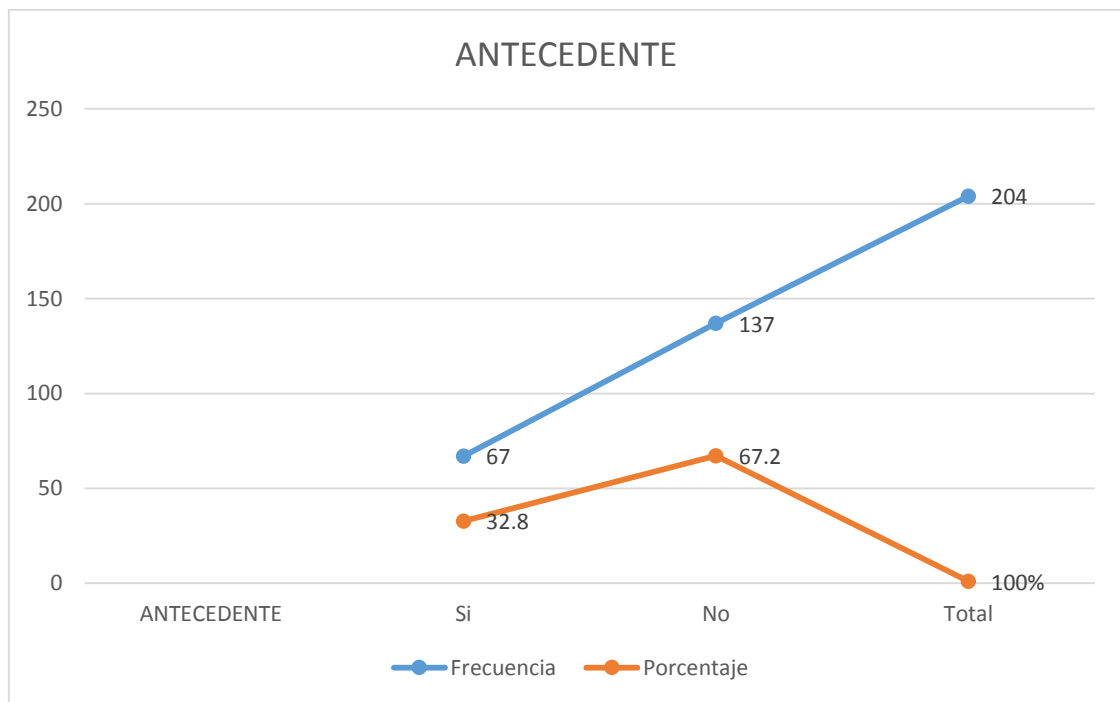
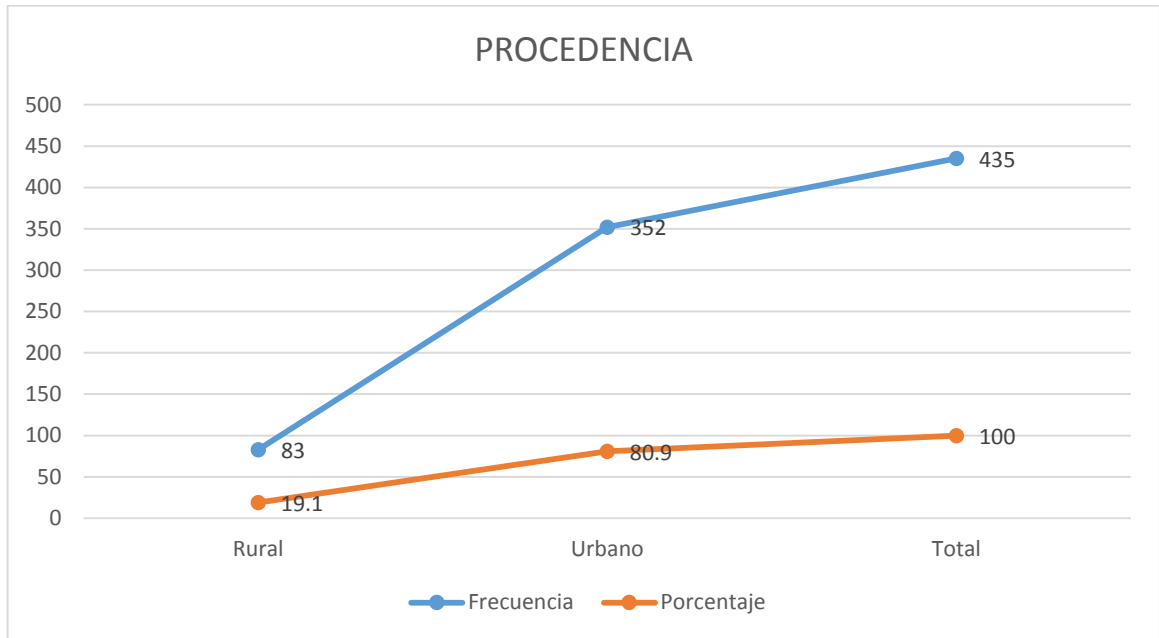
ANEXO 04:



Fuente: Historias clínicas de Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

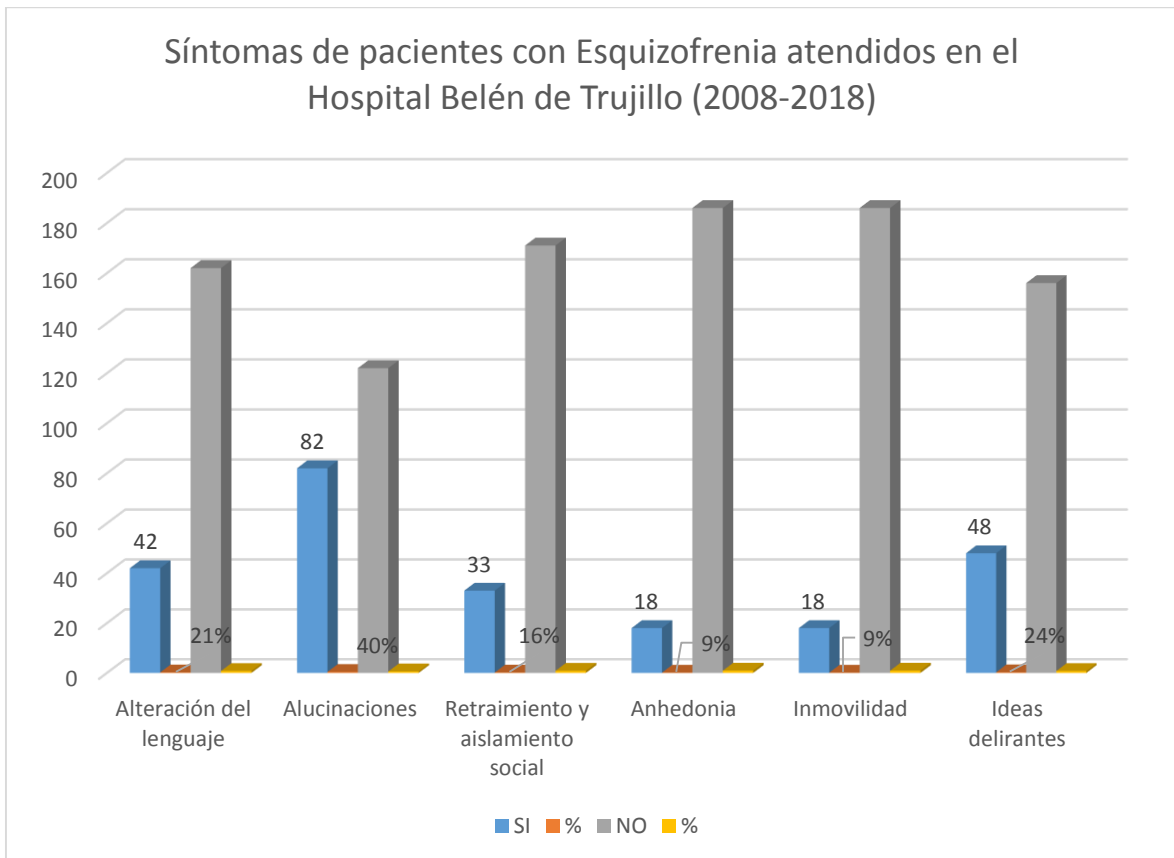
ANEXO 5

Procedencia y antecedentes familiares en pacientes con Esquizofrenia atendidos en Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo (2008-2018)



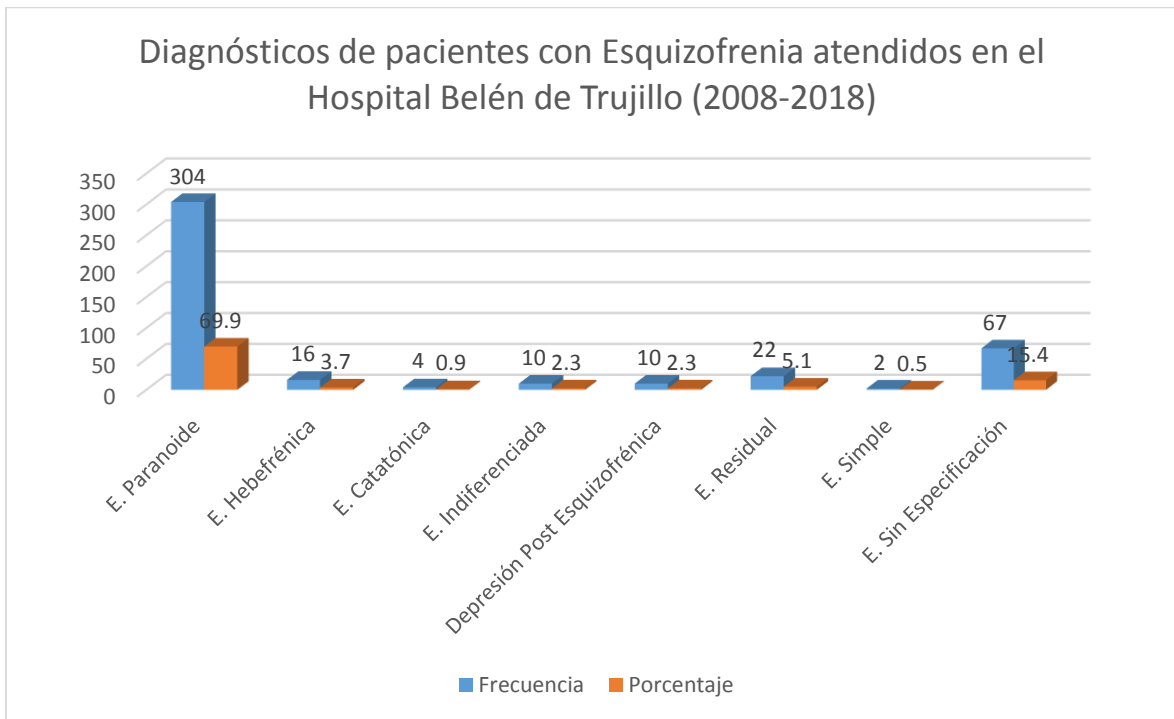
Fuente: Historias clínicas Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

ANEXO 6



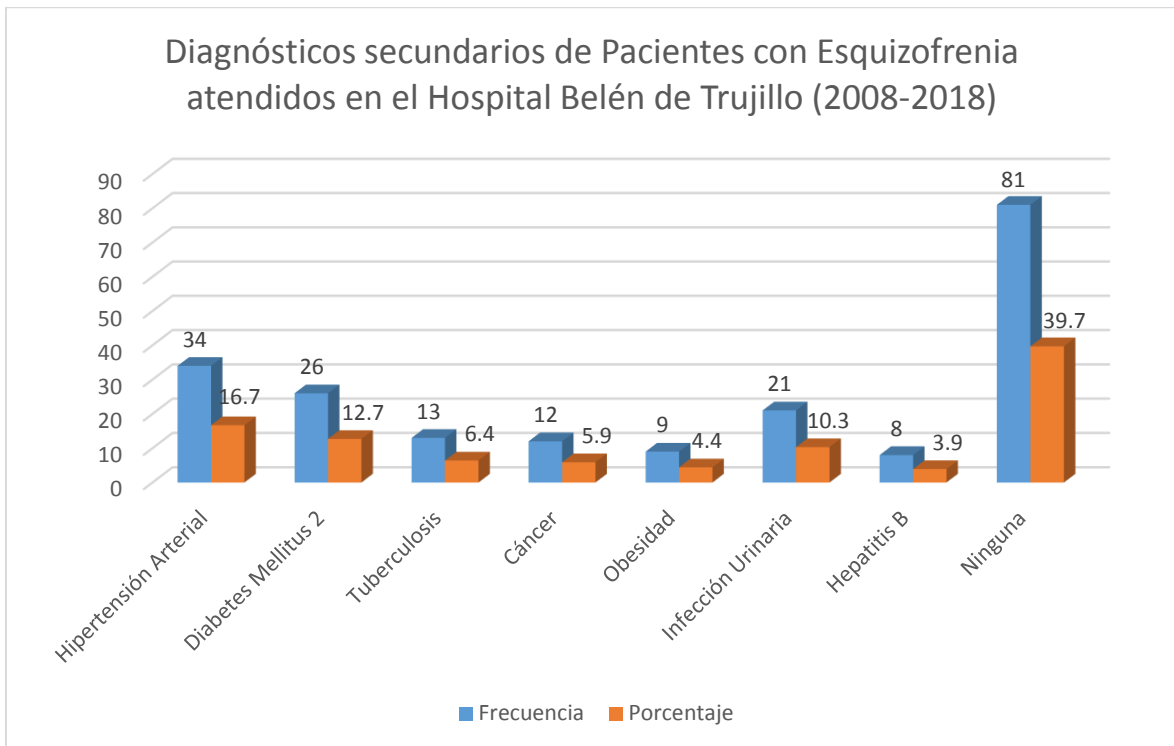
Fuente: Historias clínicas Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

ANEXO 7



Fuente: Historias clínicas Psiquiatría del Hospital Belén – Trujillo

ANEXO 8



Fuente: Historias clínicas Psiquiatría Hospital Belén – Trujillo