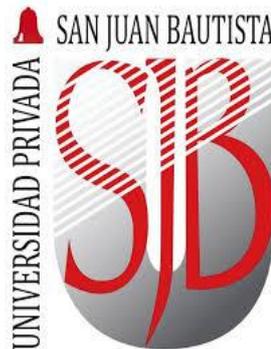


UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS
DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN ADULTOS
DE 20 A 87 AÑOS EN EL “HOSPITAL CENTRAL FAP
COMANDANTE FAP MÉDICO JUAN BENAVIDES
DORICH”- MIRAFLORES EN EL AÑO 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ANDREA VÁSQUEZ PASCO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA - PERU

2018

ASESORA

DRA. LENY BRAVO LUNA

AGRADECIMIENTO

A Dios por la perseverancia y la fé que puso en mi corazón en aquellos momentos que creí haber llegado al final estando solo en el principio.

A mi hijo por ser la razón de ser de todo lo que hago.

A mi madre Blanca por enseñarme a poner a Dios en primer lugar, por su apoyo incondicional, sus consejos, valores, ejemplo de resiliencia y trabajo sin cesar.

A mi padre José Antonio, sin su apoyo económico y moral no hubiera llegado a donde estoy.

A mis hermanos Alonso, Luis Enrique y Adrianita por estar conmigo y apoyarme siempre.

A mis tíos Pedro y Mary Carmen Jáuregui a mi mamá Antonia por tener fé en que sí puedo y darme no solo palabras de apoyo sino muchísimo más que eso.

A mis Abuelos (QEPD) Enrique, Delia, Pina, Rafael fuente de inspiración para llevar una vida plena de amor, profesionalismo y servicio al prójimo.

Al hospital FAP, especialmente en la persona de su Director General Edmundo Adrianzen Ronceros por permitirme realizar la presente investigación en aras de la mejora de la Salud mental.

A mi tía Ana Nomberto por su dedicación a apoyarme en los momentos decisivos de mi tesis.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, y finalmente a mi Alma Mater Universidad Privada San Juan Bautista la cual me abrió sus puertas y me preparó para un futuro competitivo como persona de bien.

DEDICATORIA

A mi hijo Leonardo por su amor incondicional en cada jornada de trabajo, estudio e investigación.

RESUMEN

Características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años en el “Hospital central FAP comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”- Miraflores en el año 2017.

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años en el “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”- Miraflores en el año 2017.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo y cuantitativo, donde se revisaron historias clínicas de todos los pacientes con esquizofrenia paranoide, atendidos en el consultorio externo del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”- Miraflores en el año 2017, un total de 103 historias clínicas. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos.

Resultados: De un total de 103 pacientes, dentro de las características clínicas, el principal síntoma positivo fue ideas delirantes (48.5%), y como principal síntomas negativo fue apatía (30.0%), la mayor parte de los pacientes del estudio indican no haber presentado comportamiento suicida (67.0%), a diferencia de que hay un mayor número de ellos que presentaron conductas violentas (93.2%), además en el déficit cognitivo se llega al promedio en su mayoría (54.4%). Dentro de las características epidemiológicas el género más afectado es femenino (59.2%) a comparación del género masculino (40.8%), el rango de edad más frecuente fue de 20 a 30 años (27.2%) y 22 pacientes eran de procedencia de SJM (21.4%).

Conclusiones: Las principales características clínicas fueron las ideas delirantes, las alucinaciones y la apatía, así mismo dentro de las características epidemiológicas la mayoría de los pacientes fueron de género femenino en contraste con estudios previos.

Palabras claves: características clínicas, características epidemiológicas, esquizofrenia paranoide.

ABSTRACT

Clinical and epidemiological characteristics of paranoid schizophrenia in adults aged 20 to 87 years in the "Hospital FAP Commander of the Central Medical FAP Juan Benavides Dorich" - Miraflores in the year 2017.

Objective: To determine the clinical and epidemiological characteristics of paranoid schizophrenia that occurs in adults from 20 to 87 years of age in the "Central Hospital FAP Commander FAP Doctor Juan Benavides Dorich" - Miraflores in 2017.

Methodology: a descriptive, cross-sectional, retrospective and quantitative study was carried out, where the clinical histories of all patients with paranoid schizophrenia treated in the outpatient clinic of the "Central Hospital FAP Commander FAP Doctor Juan Benavides Dorich" - Miraflores in 2017 were reviewed, a total of 103 medical records. A data collection card was used as an instrument.

Results: Of a total of 103 patients, within the clinical characteristics, the main positive symptom was delusions (48.5%), and the main negative symptom was apathy (30.0%), most of the patients in the study indicated that they had not presented suicidal behavior (67.0%), a difference that exists a greater number of them that presents violent behaviors (93.2%), in addition in the cognitive deficit reaches the average in its majority (54.4%). Within the epidemiological characteristics, the most affected gender is the feminine one (59.2%), a comparison of the masculine gender (40.8%), the most frequent age range was 20 to 30 years (27.2%) and 22 patients were of origin SJM (21.4%).

Conclusions: the main clinical characteristics were delusions, hallucinations and apathy, also within the epidemiological characteristics most of the patients were female in contrast with previous studies.

Key words: clinical characteristics, epidemiological characteristics, paranoid schizophrenia.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación, en el Capítulo I se plantea la problemática, la importancia y la justificación desde el punto de vista clínico, práctico y social de las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017, ya que la esquizofrenia es un trastorno mental grave y es de suma importancia llegar a un diagnóstico temprano teniendo como objetivo general determinar las características psicosociales de dicha enfermedad.

En siguiente capítulo, se desarrolla todo el marco teórico incluyendo antecedentes de estudios similares tanto nacionales como internacionales.

En el Capítulo III, se desarrolla la variable principal, características psicosociales con sus respectivos indicadores.

En cuanto a la metodología, que se encuentra en el capítulo IV observamos que el presente trabajo se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el cual se utiliza una ficha de recolección de datos.

En el capítulo V, presentamos los resultados de la investigación y la comparación de éstos con diversos estudios nacionales e internacionales, lo que correspondería a discusiones.

Finalmente en el capítulo VI, se presentan las conclusiones de esta tesis con sus respectivas recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
ASESORA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
PRESENTACIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.4.1. OBJETIVO GENERAL:.....	3
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	3
1.5. PROPÓSITO.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2. BASES TEÓRICAS.....	14
2.3. HIPÓTESIS.....	20
2.4. VARIABLES.....	20
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	22
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	22
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22

3.4.	TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	23
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....		24
4.1.	RESULTADOS	24
4.2.	DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		38
5.1.	CONCLUSIONES.....	38
5.2.	RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		40
BIBLIOGRAFÍA.....		40
ANEXOS.....		44

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE LA
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO 25

TABLA N°2

SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO. 26

TABLA N°3

RANGO DE EDAD DE PACIENTES ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL
ESTUDIO. 29

TABLA N°4

GÉNERO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL
ESTUDIO 30

TABLA N°5

LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE EN EL ESTUDIO. 31

TABLA N°6

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO. 32

TABLA N°7

COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO 34

TABLA N°8

GÉNERO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL
ESTUDIO 35

TABLA N°9

DETERIORO COGNITIVO EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE DEL ESTUDIO 36

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	
SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	27
GRÁFICO N°2	
SÍNTOMAS NEGATIVOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	28
GRÁFICO N°3	
RANGO DE EDAD DE PACIENTES ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	29
GRÁFICO N°4	
GÉNERO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	30
GRÁFICO N°5	
LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	31
GRÁFICO N°6	
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	32
GRÁFICO N°7	
OCUPACIÓN DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO	33
GRÁFICO N°8	
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO	34
GRÁFICO N°9	
VIOLENCIA EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO	35
GRÁFICO N°10	
DETERIORO COGNITIVO EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 46

ANEXO N°2

INSTRUMENTOS – FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 47

ANEXO N°3

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS 48

ANEXO N°4

MATRIZ DE CONSISTENCIA 50

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, que según la Organización Mundial de la Salud, afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y según información publicada por el ministerio de Salud del Perú en el año 2010 se calculó que más de 300 mil peruanos padecen de este trastorno mental, caracterizado principalmente por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones.

La investigación está enfocada en la Esquizofrenia de tipo paranoide que es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo y es de especial importancia conocer cuáles son las características clínicas y epidemiológicas que presenta un paciente con dicha enfermedad destacando el efecto que tiene hacia sí mismo y su entorno familiar.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los síntomas positivos y negativos más resaltantes de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas de esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del

“Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017?

- ¿Cuáles es el rango de edad con mayor prevalencia de esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia paranoide desde el punto de vista teórico, según Cortese (2004), “es un trastorno mental desafiante que involucra ideas falsas de persecución, conspiración; que hace que sea bastante difícil reconocer y distinguir entre lo real y lo irreal”.

Desde el punto de vista práctico, al encontrarse pocos estudios en el país sobre las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años de edad es de suma importancia conocerlas para un diagnóstico más certero y oportuno.

Por ello, desde el punto de vista social, al ser poco evidente la discapacidad que estos pacientes presentan, en la mayoría de los casos no tienen una buena adaptación y aceptación en los ambientes académicos, laborales, sociales y familiares, lo que puede crear en la mayoría de los casos frustración por parte de los pacientes e incompreensión por las personas que las rodean, aumentando los sentimientos de inadecuación y el aislamiento.

Desde el punto de vista de Salud mental, a pesar de que contamos con médicos especialistas, muchas veces su trabajo queda limitado por contar con escasas investigaciones al respecto ya sea por falta de recursos o por la poca importancia que da la sociedad a los pacientes con enfermedades mentales; dando lugar, muchas veces, a improvisaciones y poca tolerancia. Esto se denota en las pocas o escasas investigaciones recientes sobre el tema.

En el Servicio de consultorio externo de Psiquiatría del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017, los pacientes son diagnosticados con esquizofrenia paranoide, es por ello, que el presente estudio busca determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años tanto para los profesionales de la salud, los pacientes y las personas que los rodean, permitiendo así dar un diagnóstico precoz y decidir por el mejor tratamiento para lograr niveles de manejo de enfermedad en cualquier actividad social.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar y describir los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia paranoide que se presentan en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.
- Describir las características epidemiológicas de esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.
- Identificar el rango de edad con mayor prevalencia de esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017

1.5. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es determinar las características clínicas y epidemiológicas que se presenta en la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores durante el año 2017 y así tener mayor información de dicha enfermedad tanto para quien lo padece, personal de salud y la comunidad, siendo un gran aporte para un correcto diagnóstico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Ana Patricia Montero, Teresa Balderas, Mariana Pereira, Arturo Lizano, Regina Armas, Rolando Medina, Salvador Contreras, Albana Dassari, Israel Katz, Doug Levinson, Jean Jacques Garbarz, Michael Escamilla, Henriette Raventós. Acta méd. Costa Rica vol.44 n.2 San José Jun. 2002

Resultados de la categorización de una muestra de pacientes con diagnóstico de egreso de esquizofrenia. En Costa Rica, la esquizofrenia es la primera causa de internamiento. El estudio tomó 3 años y se analizó el diagnóstico preliminar de 120 pacientes. Se comparan el diagnóstico del entrevistador, el final por consenso y el del último egreso hospitalario en donde se encontraron 40% de diferencias de los sujetos en el estudio. Se halla un mayor número de varones que mujeres con un número de 70 y 50 pacientes correspondientemente con Mejor Estimado Diagnóstico (MED) incluidos en el estudio de genética de la esquizofrenia. Todos tuvieron por lo menos un diagnóstico de egreso de esquizofrenia en un servicio hospitalario durante su enfermedad. El 71% presentó esquizofrenia, 19% trastorno esquizoafectivos y 10% otros diagnósticos en su Diagnóstico del Último Egreso (DUE). El tipo de esquizofrenia más frecuente por diagnóstico de último egreso es la esquizofrenia paranoide. Llegando a la conclusión de que por mejor estimado diagnóstico el 62% fueron diagnosticados con esquizofrenia en comparación al 71% por diagnóstico de último egreso¹.

Álvaro López-Díaz, Ignacio Lara, and Guillermo Lahera. Is the Prevalence of the Deficit Syndrome in Schizophrenia Higher than Estimated? Results of a Meta-Analysis. *Psychiatry Investig Madrid, Spain* 2018; 15(1):94-98.

La prevalencia del síndrome de déficit en la esquizofrenia es más alto de lo estimado. Resultados de un metaanálisis.

La presencia primaria y duradera de síntomas negativos observados en un subgrupo relativamente homogéneo de pacientes con esquizofrenia condujo al concepto de síndrome de déficit (DS). Hasta la fecha, se considera que el 20-25% de las cohortes de esquizofrenia tienen DS. El objetivo de este metanálisis fue determinar la prevalencia actual de DS, incluidos los estudios internacionales y más recientes. Trece estudios observacionales cumplieron los criterios de inclusión, que incluyeron 2092 pacientes de ocho países. La proporción agrupada del subgrupo DS fue del 32,64%, más alta que la informada previamente. Según nuestros resultados, hasta un tercio de los pacientes con esquizofrenia pueden tener síntomas negativos idiopáticos y estables. Esta proporción significativa de pacientes debería estar bien representada en las muestras de ensayos clínicos².

Jablensky, A. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* (2000) 250: 274. The University of Western Australia, Department of Psychiatry, Medical Research Foundation Building. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability.

La evidencia epidemiológica ahora apoya la conclusión de que la esquizofrenia ocurre universalmente y tiene manifestaciones similares y patrones de edad y género en diferentes poblaciones. Sin embargo, el alcance y la naturaleza de las contribuciones genéticas, del neurodesarrollo y del medio ambiente a su etiología siguen siendo difíciles de alcanzar. La investigación epidemiológica en la última década ha mapeado áreas donde podrían encontrarse pistas potenciales.

Existe evidencia de que el riesgo de inicio de la esquizofrenia se extiende más allá del límite de edad a los 54 o 59 años. El inicio tardío es después de los 40 años. En los estudios epidemiológicos se evidencia que entre ambos géneros hay una proporción de 1: 1.9 después de los 40 y 1: 4 o incluso 1: 6 después de los 60 años.

Cada etapa de desarrollo sucesiva parece marcar de forma diferente la sintomatología clínica que se presenta, lo que resulta en un predominio de síntomas psicóticos inespecíficos en los grupos de edad 15-24; de delirios de referencia y síntomas afectivos en la edad de 25-34; y de delirios persecutorios y síntomas negativos en la edad de 35-59 . Las diferencias de sexo en la esquizofrenia se manifiestan de diferentes maneras: una menor edad de inicio y una aparición más frecuente de anormalidades cerebrales se da en los hombres; mientras que un mejor funcionamiento premórbido, menos discapacidad y mayor porcentaje de curso remitente se encuentra en mujeres. Sin embargo, no hay evidencia de diferencias de sexo significativas en el perfil de síntomas de la esquizofrenia y, en particular, en la frecuencia de síntomas positivos y negativos.

La edad más temprana en el inicio de la esquizofrenia en los hombres se ha informado desde el comienzo del siglo.

Un nuevo análisis de los datos de diez países de la OMS utilizando modelos lineales generalizados para desconocer los efectos del género, la personalidad premórbida, el estado civil y los antecedentes familiares de psicosis en la edad de inicio resultó en una atenuación significativa de la diferencia de sexo, una vez que los efectos de otras las variables se eliminaron (Jablensky & Cole 1997). Hasta hace poco, estas ideas no han sido accesibles para la investigación empírica. La neurociencia está actualmente incursionando en este complejo campo. A su debido tiempo, esto puede proporcionar la base para una epidemiología molecular de las psicosis como genotipos predisponentes identificados por rasgos

cuantitativos o estudios de asociación. Sería, por lo tanto, prematuro participar en la construcción de grandes teorías sobre la naturaleza y las causas de la esquizofrenia; en cambio, deberíamos aspirar a ampliar el alcance y mejorar la calidad de la base de conocimiento que permitiría a la investigación psiquiátrica aprovechar los nuevos conceptos y herramientas emergentes en neurociencia, genética y biología evolutiva³.

John J. McGrath and Linda J. Richards. Schizophrenia Bulletin Advance Access published March 9, 2009. Australia. Why Schizophrenia Epidemiology Needs Neurobiology—and Vice Versa.

Por qué la Epidemiología de la Esquizofrenia necesita Neurobiología y Viceversa

La epidemiología de la esquizofrenia puede proporcionarnos información valiosa para orientar las instrucciones de investigación. Sin embargo, aunque la epidemiología es útil para generar factores de riesgo candidatos, no siempre puede ofrecer estudios que prueben la causalidad. Argumentamos que el campo necesita más investigación traslacional que vincule la epidemiología de la esquizofrenia con la neurociencia molecular, celular y conductual. Los proyectos interdisciplinarios relacionados con factores de riesgo genéticos o no genéticos candidatos no solo pueden abordar la verosimilitud biológica de estos factores, sino que pueden servir como catalizadores para el descubrimiento en la neurociencia. Este tipo de investigación interdisciplinaria es probable que sea más eficiente en comparación con la neurociencia básica clínicamente dislocada. Se proporcionan ejemplos de este tipo de investigación traslacional en base a (a) el impacto de la nutrición prenatal y la infección prenatal en el desarrollo cerebral y (b) la comprensión de las causas y las consecuencias de la agenesia del cuerpo calloso. Necesitamos construir plataformas de descubrimiento compartidas que fomenten una mayor fertilización cruzada

entre la epidemiología de la esquizofrenia y la investigación básica en neurociencia⁴.

Kim, M. (2016) Understanding the Etiology and Treatment Approaches of Schizophrenia: Theoretical Perspectives and Their Critique. *Open Journal of Psychiatry* , 6, 253-261.

Este artículo revisó las perspectivas genéticas, del neurodesarrollo y neurobiológicas para comprender la etiología y los enfoques de tratamiento relevantes de la esquizofrenia. Aunque las teorías genética y del neurodesarrollo proporcionan una contribución sustancial a la etiología de la esquizofrenia, la neurobiológica tiene su posición dominante en la que puede explicar los mecanismos causantes de la esquizofrenia, identificar los objetivos para el tratamiento y predecir los resultados. De acuerdo con la neurobiología, el inicio y el curso de la esquizofrenia están bien respaldados por las alteraciones en los neurotransmisores como la dopamina o la serotonina. Con base en este mecanismo, los antipsicóticos se han utilizado ampliamente como uno de los enfoques de tratamiento para la esquizofrenia. Al seguir el grado de respuestas de los pacientes a los antipsicóticos, los resultados del tratamiento podrían evaluarse o predecirse. Aunque la neurobiología rara vez proporciona información sobre la identificación o prevención de factores de riesgo sobre la esquizofrenia en comparación con los enfoques genéticos y del desarrollo neurológico, tiene fundamentos científicos bien establecidos, capacidad de orientar el tratamiento, aplicabilidad a través de la edad y la cultura, y utilidad como marco de investigación⁵.

Ariana E. Anderson, Stephen Marder, Steven P. Reise, Adam Savitz, Giacomo Salvatore, Dong Jing Fu, Qingqin Li, Ibrahim Turkoz, Carol Han, and Robert M. Bilder. Los Angeles. 06 February 2018. *Schizophrenia Bulletin*, sbx163. Bifactor Modeling of the Positive and Negative Syndrome Scale: Generalized Psychosis Spans Schizoaffective, Bipolar, and Schizophrenia Diagnoses

Modelado bifactorial de la escala del síndrome positivo y negativo: la psicosis generalizada abarca los diagnósticos esquizoafectivos, bipolares y de esquizofrenia. El modelo bifactor proporcionó un ajuste superior en todos los diagnósticos, y estuvo más cerca del modelo "verdadero", en comparación con el modelo tradicional de 5 factores (prueba de Vuong, $p < 0,001$). El factor general incluyó altas cargas en 28 de los 30 elementos PANSS, omitiendo los síntomas asociados con los dominios de excitación y ansiedad / depresión. El factor general tuvo mayores cargas totales en los síntomas que a menudo se asocian con los síndromes positivos y de desorganización, pero también hubo cargas sustanciales en el síndrome negativo lo que lleva a la interpretación de este factor como reflejo de la psicosis generalizada. Conclusiones: Un modelo bifactor derivado de la PANSS puede proporcionar un marco más sólido para medir la psicopatología de diagnóstico cruzado que un modelo de 5 factores, e incluye una dimensión de psicosis generalizada compartida al menos entre esquizofrenia, esquizoafectivo y trastorno bipolar. Un modelo bifactor derivado de la PANSS puede proporcionar un marco más sólido para medir la psicopatología de diagnóstico cruzado que un modelo de 5 factores, e incluye una dimensión de psicosis generalizada compartida, al menos, entre la esquizofrenia, el esquizoafectivo y el trastorno bipolar⁶.

Gabrielle A. Carlson and Barbara Fish. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. August 2005, 15(3): 362-383. Longitudinal Course of Schizophrenia Spectrum Symptoms in Offspring of Psychiatrically Hospitalized Mothers

Curso longitudinal de síntomas de espectro de esquizofrenia en hijos de madres hospitalizadas psiquiátricamente

El objetivo de este estudio fue describir los síntomas del espectro de la esquizofrenia (SZSD) en los niños y adolescentes con trastorno esquizotípico de la personalidad (SPD) como adultos.

Doce descendientes de madres hospitalizadas psiquiátricamente (6 madres con esquizofrenia), se compararon con 11 descendientes emparejados de control socioeconómico (SES), madres no enfermas. Los descendientes fueron evaluados clínicamente y psicométricamente entre la infancia y 2, 10, 15 años de edad y la edad adulta. Los diagnósticos adultos del Eje I y II se hicieron a ciegas para el estado del bebé y del padre. En donde dio como resultado que seis madres hospitalizadas fueron diagnosticadas con esquizofrenia, 6 con otra psicopatología severa. Es más probable que los hijos con SZSD tuvieran madres esquizofrénicas y coeficientes intelectuales que empeoraran en la niñez, síntomas de aislamiento social, afecto restringido, habla dubitativa, desconfianza y ansiedad social excesiva. Los puntajes de evaluación global en la descendencia SZSD fueron más bajos en la infancia y en la edad adulta que la descendencia de comparación⁷.

Kenneth S. Kendler, Published by Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center. *Schizophrenia Bulletin* vol. 43 no. 2 pp. 332–343, 2017. The Clinical Features of Paranoia in the 20th Century and Their Representation in Diagnostic Criteria From DSM-III Through DSM-5.

Esta revisión rastrea, a través de libros de texto psiquiátricos, la historia del concepto kraepeliniano de paranoia en el siglo XX y luego relaciona los síntomas y signos comunes informados con los criterios diagnósticos de paranoia / trastorno delirante en el DSM-III a través del DSM-5. Las descripciones clínicas de paranoia que aparecen en 10 libros de texto, publicadas de 1899 a 1970, revelaron 11 síntomas y signos prominentes informados por 5 o más autores. Tres síntomas (delirios sistematizados, alucinaciones mínimas e ideas prominentes de referencia) y 2 signos (curso crónico y deterioro afectivo mínimo) fueron informados por 8 o 9 de los autores. Cuatro autores de libros de texto rechazaron el concepto kraepeliniano de paranoia. Se observó una relación débil entre la frecuencia con la que se informaron las características clínicas y la probabilidad de su inclusión en los manuales modernos de DSM. De hecho, los criterios de diagnóstico para la paranoia / trastorno delirante cambiaron sustancialmente de DSM-III a DSM-5. Los criterios operacionalizados modernos para la paranoia / trastorno delirante no reflejan bien los síntomas y signos frecuentemente reportados por expertos históricos. En contraste con los resultados de revisiones similares para la depresión, la esquizofrenia y la manía, la construcción clínica de la paranoia / trastorno delirante ha sido algo inestable en la psiquiatría occidental desde el comienzo del siglo XX, como se refleja tanto en los libros de texto como en las ediciones de DSM⁸.

Perales, Alberto, An. salud ment;1(1/2):180-205, 1985. Tab, ilus. Estudio sintomatológico comparativo entre esquizofrénicos oriundos de la costa y sierra del Perú.

“Diversos psiquiatras peruanos han señalado diferencias sintomatológicas en esquizofrénicos oriundos de la Costa y de la Sierra del Perú; dos son fundamentales: la tendencia a cuadros menos floridos y la mayor vigencia de elementos depresivos en los pacientes andinos. Se examinan aquí tales hipótesis, exclusivamente en lo referente al nivel sintomatológico estructural. Se estudiaron 60 pacientes, 30 costeños y 30 serranos (20 hombres y 10 mujeres en cada grupo). Para establecer el origen del paciente, se utilizaron los parámetros de Pulgar Vidal en su clasificación del Perú en 8 regiones. El diagnóstico de esquizofrenia se estableció de acuerdo a los criterios del DSM-III. El resultado no fue acorde con las hipótesis antedichas, es decir: ni la sintomatología general ni el nivel de depresión, presentaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos estudiados (AU)”⁹.

Sergio García Sandoval. 2017. “factores asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el hospital belén de Trujillo”. Tesis para optar el título de médico cirujano.

Resumen: “Objetivo: Determinar si la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 96 pacientes con esquizofrenia según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con o sin agresividad. Resultados: La ideación suicida es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 4.2. el cual fue significativo”¹⁰.

2.2. BASES TEÓRICAS

Esquizofrenia

Definición:

“La esquizofrenia es una enfermedad cerebral crónica, grave e incapacitante que ha afectado a las personas a lo largo de la historia. Afecta a la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como que han perdido el contacto con la realidad. Aunque la esquizofrenia no es tan común como otros trastornos mentales, los síntomas pueden ser muy incapacitantes”¹¹.

Encontrar las causas de la esquizofrenia ha demostrado ser difícil, ya que la causa y curso de la enfermedad es único para cada persona; Interfiriendo con la capacidad de esta para pensar con claridad, manejar las emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás.

La esquizofrenia afecta a la capacidad de una persona para funcionar a su máximo potencial, cuando esta no es tratada.

La investigación ha vinculado la enfermedad a una multitud de posibles causas, incluyendo aspectos de la química y la estructura del cerebro, así como las causas ambientales¹².

Esquizofrenia paranoide:

Definición:

La esquizofrenia paranoide se considera el subtipo más común de este trastorno crónico.

“La esquizofrenia paranoide se caracteriza por síntomas predominantemente positivos de esquizofrenia, incluidos delirios y alucinaciones. Estos síntomas debilitantes borran la línea entre lo que es real y lo que no lo es, lo que dificulta que la persona lleve una vida normal”¹³.

De esto podemos concluir que muchas veces los síntomas de delirios y alucinaciones nos hacen confundir con otras enfermedades, no pudiendo hacer el diagnóstico precoz.

Epidemiología:

La esquizofrenia ocurre en todo el mundo. La prevalencia de la esquizofrenia se acerca al 1 por ciento a nivel internacional. La incidencia es de aproximadamente 1,5 por cada 10.000 personas¹⁴. Los estudios multicéntricos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han puesto de manifiesto importantes diferencias entre las poblaciones "occidentales" y "del Tercer Mundo" en lo que respecta al curso y el resultado del trastorno, con un pronóstico significativamente mejor en los países en desarrollo¹⁵.

La edad de inicio suele ser durante la adolescencia, en la infancia y el inicio de la vida tardía (más de 45 años) son raros. Son más hombres que las mujeres diagnosticados con esquizofrenia (del orden de 1.4: 1)¹⁶, y las mujeres tienden a ser diagnosticadas más tarde en la vida que los hombres. La edad modal de inicio es entre 18 y 25 para los hombres y entre 25 y 35 para las mujeres, con un segundo pico que ocurre alrededor de la menopausia¹⁷. También hay algunos indicios de que el pronóstico es peor en los hombres¹⁸.

Existen diferentes factores de riesgo vinculados a la epidemiología de la esquizofrenia paranoide entre ellas se encuentra que vivir en áreas urbanas esta alrededor del doble de la tasa de áreas rurales¹⁹, además se encuentran las complicaciones obstétricas, nacimientos en invierno y principios de primavera (por exposición al virus de la influenza durante el desarrollo neural y la edad paterna avanzada en la concepción)²⁰.

Características Clínicas:

Síntomas Positivos:

Los síntomas positivos son conductas psicóticas que generalmente no se ven en personas sanas. Las personas con síntomas positivos pueden "perder contacto" con algunos aspectos de la realidad. Para algunas personas, estos síntomas aparecen y desaparecen. Para otros, se mantienen estables con el tiempo. A veces son severos y otras veces apenas perceptibles. La gravedad de los síntomas positivos puede depender

de si el individuo está recibiendo tratamiento. Los síntomas positivos incluyen los siguientes²¹:

1. **Alucinaciones:** las alucinaciones se definen como la percepción de un proceso sensorial en ausencia de una fuente externa. Pueden ser auditivos, visuales, somáticos, olfativos o gustativos.
 - Las alucinaciones auditivas son la forma más común de alucinación, con estimaciones de prevalencia entre 40 y 80 por ciento en personas con esquizofrenia⁶. Aunque las alucinaciones auditivas con frecuencia son voces, también pueden tomar la forma de otros sonidos como música, ruidos corporales o maquinaria. Algunas personas con esquizofrenia describen los sonidos como procedentes de su cabeza, mientras que otros pueden señalar a una ubicación externa específica de la que emanan. Las alucinaciones auditivas a menudo son la manifestación de la enfermedad más receptiva a la medicación antipsicótica. Muchas personas con esquizofrenia informan que los antipsicóticos "reducen el volumen" de estas alucinaciones de modo que puedan sobrellevarlas mejor²².
 - Las alucinaciones visuales a menudo no están formadas, como orbes brillantes o destellos de color. Sin embargo, algunas personas con esquizofrenia describen figuras humanas, caras o partes del cuerpo completamente formadas.
 - Las alucinaciones somáticas pueden incluir sentimientos de conmoción, de relaciones sexuales o de dolor.
 - Las alucinaciones olfativas y gustativas no se han estudiado sistemáticamente, pero los pacientes ocasionales informan un sabor u olor extraño.
2. **Delirios:** las ideas delirantes, definidas como fijas (es decir, resistentes al cambio, incluso frente a la abrumadora evidencia contradictoria), creencias falsas, están presentes en aproximadamente el 80% de las personas con esquizofrenia²³. Debido a que la comprensión de su enfermedad puede verse afectada, las personas con esquizofrenia a

menudo tienen explicaciones delirantes para sus alucinaciones. Las ideas delirantes se clasifican ampliamente como extrañas o no extrañas, aunque la distinción es menos importante en la rúbrica de diagnóstico actual.

- Las ideas delirantes extrañas son claramente inverosímiles, es decir, no tienen ninguna posibilidad de ser ciertas (por ejemplo, contradicen las leyes de la física). Su contenido no es comprensible²⁴. Los conceptos básicos pueden describirse de una manera inusual, por ejemplo, cómo la persona experimenta el tiempo, el espacio, el yo o la causalidad²⁵. Un ejemplo de un extraño engaño es la creencia de que los extraterrestres han clonado un cuerpo perfecto para el paciente, pero debe encontrar la manera de despegar su cabeza para que su espíritu pueda fluir al nuevo cuerpo.
- Una ilusión no extraña es aquella que, aunque no es verdadera, es comprensible y tiene la posibilidad de ser cierta. Un ejemplo es que el IRS está después del paciente por no pagar impuestos.

3. Trastornos del pensamiento – desorganización: Los trastornos del pensamiento son formas de pensar inusuales o disfuncionales. Una forma es la del "pensamiento desorganizado". Esto es cuando una persona tiene problemas organizando sus pensamientos o conectándolos lógicamente hablando de manera confusa siendo difícil de entender. Esto a menudo se llama "palabra" ensalada. Existe otra forma llamada "bloqueo de pensamiento". Esto es cuando una persona deja de hablar abruptamente en medio de un pensamiento, indicando que se sentía como si la idea ha sido sacado de su cabeza. Finalmente, una persona con un trastorno del pensamiento podría formar palabras sin sentido, o "neologismos"²⁶.

Los síntomas de la desorganización son independientes de la gravedad de las alucinaciones²⁷:

- Discurso tangencial: la persona se aleja cada vez más del tema sin responder adecuadamente una pregunta.
- Discurso circunstancial: la persona eventualmente responderá una pregunta, pero de una manera marcadamente indirecta.
- Descarrilamiento: la persona cambia repentinamente el tema sin lógica.
- Neologismos: la creación de palabras nuevas e idiosincrásicas.
- Ensalada de palabras: las palabras se juntan sin ningún significado razonable. Esto puede ocasionar problemas legales, como órdenes de restricción y cargos por traspaso.

Síntomas Negativos:

Los síntomas negativos se conceptualizan como una ausencia o disminución de los procesos normales. Los síntomas negativos se refieren a la falta de comportamientos que se encuentran en las personas que no tienen esquizofrenia²⁸. Por ejemplo, los síntomas negativos pueden incluir:

- Disminución de la expresión: puede ser a través del rostro o de la voz
- Abulia: falta de voluntad para hacer los quehaceres de la vida diaria
- Apatía: falta de satisfacción o interés en la vida diaria
- Insociabilidad: dificultad para comunicarse con gente de su entorno
- Ahnedonia: el paciente no experimenta placer en nada de lo que hace.

El deterioro cognitivo:

El deterioro cognitivo de la esquizofrenia paranoide determina el nivel de discapacidad y en muchos casos pueden llegar a ser severos y que afectan principalmente a la:

- Memoria de trabajo
- velocidad de procesamiento
- Atención
- Aprendizaje verbal y memoria

- Razonamiento / funcionamiento ejecutivo
- Comprensión verbal
- Cognición social

El déficit de memoria y de atención permanentes afectan el comportamiento que tiene con la sociedad, mientras que el déficit de funciones ejecutivas afectan en el ambiente laboral y por ende la capacidad de ser independiente. Este deterioro cognitivo es un verdadero desafío para los profesionales de la salud involucrados, para la familia de aquellos pacientes, para la sociedad y para ellos mismos²⁹.

Estas deficiencias cognitivas se reflejan en el rendimiento en pruebas neuropsicológicas entre personas con esquizofrenia. Las alteraciones cognitivas generalmente preceden al inicio de los síntomas positivos³⁰.

Comportamiento suicida:

La primera causa de muerte en la esquizofrenia paranoide es el suicidio siendo nueve veces más elevada en comparación con el resto de la población, la conducta suicida entre los pacientes con esquizofrenia paranoide es de 20 a 40%.

El 30% de los pacientes con esquizofrenia tienen algún tipo de idea de suicidio y entre el 4 – 10% mueren en la tentativa.

Violencia en la esquizofrenia paranoide:

La violencia en pacientes con esquizofrenia paranoide pueden oscilar entre la función del carácter más o menos agudo o grave de la psicosis.

Existen diferentes factores de riesgo entre ellos se encuentran:

- Detenciones previas
- Uso de sustancias toxicas
- Presencia de alucinaciones
- Delirios o conductas extrañas
- Deterioro neurológico
- Género masculino

- Clase socioeconómica baja
- Grado de instrucción bajo

Es de suma importancia, en la evaluación psiquiátrica identificar las conductas violentas o ideas para la prevención de posibles actos que en muchos casos pueden llegar a la muerte de una tercera persona ya que estos están muy vinculados con los síntomas positivos que puede presentar el paciente con dicha enfermedad. Si es que el paciente se torna violento y amenazante hacia una persona o un grupo de ellas es recomendable que se tenga en cuenta la hospitalización del mismo para controlar de cerca al paciente con un tratamiento tanto médico como psicológico y mantenimiento conductual.

2.3. HIPÓTESIS

El presente trabajo no presenta hipótesis, ya que es un trabajo descriptivo.

2.4. VARIABLES

Variable principal:

Características clínicas y epidemiológicas

Variables independientes:

Características clínicas:

- Síntomas positivos
- Síntomas negativos
- Vehemencia en las interacciones interpersonales
- Comportamiento suicida
- Violencia
- Deterioro cognitivo

Características epidemiológicas:

- Edad

- Género
- Lugar de procedencia
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Fecha de diagnóstico

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Características: Cualidad o circunstancia que es propia o peculiar de una persona o una cosa y por la cual se define o se distingue de otras de su misma especie.

Características clínicas: Cuadro clínico, manifestaciones clínicas o solo «clínica», es un contexto o marco significativo, definido por la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad (en realidad, que presenta el enfermo). Epidemiología: Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

Características epidemiológicas: la identificación de una enfermedad, la frecuencia de su distribución en grupos de población específicos, los aspectos del/los factores de riesgo, la determinación de los efectos y la población en riesgo.

Esquizofrenia: trastorno psicótico caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental.

Esquizofrenia paranoide: “Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos”. (*Fuente: CIE-10.*)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

EL presente trabajo es de tipo descriptivo, transversal y cuantitativo.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Consultorio externo de psiquiatría “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

El score de Hamilton se aplicará a los pacientes que vayan a la unidad de consultorio externo “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017, además los pacientes deberán cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes de consultorio externo en el año 2017.
- Adultos de 20 a 87 años de edad.
- Pacientes con esquizofrenia paranoide.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 20 años y mayores de 87 años.
- Pacientes que padezcan de otro tipo de esquizofrenia.
- Pacientes hospitalizados.

MUESTRA DE ESTUDIO:

La muestra del presente estudio es de tipo no probabilístico. Para el estudio se trabaja con la población total de paciente de consultorio externo

del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.

3.4. TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: se realiza mediante documentación y revisión de las historias clínicas.

Instrumento: ficha de recolección de datos previamente validada por un especialista para poder recoger los datos deseados donde se incluyen los principales signos y síntomas que presentaron los pacientes con esquizofrenia paranoide, además de las principales características clínicas y epidemiológicas.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Permiso “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.
- Exploración de los datos.
- Uso del instrumento de recolección de datos.
- Distribución de los datos
- Sistematización de los datos
- Cálculo y tabulación de los datos
- Se diseñó una base de datos en el programa SPSS para realizar los análisis con una estrategia estadística metodológica.
- Los datos obtenidos fueron procesados en el Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 22. Para la interpretación y discusión de estos cuadros se utilizó Microsoft Word 2010.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el presente trabajo de investigación será tratada la información con cuadros estadísticos y el tipo de prueba no paramétrica se realizará con prueba de chi cuadrado.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 103 pacientes con esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años atendidos en consultorio externo en el “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”.

TABLA N°1

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.

Características Epidemiológicas	Edad		Genero		Procedencia		Grado De Instrucción		Ocupación	
	20 - 30	27,2%	F	59,2%	SJM	21,4%	Sec	41,7 %	Ama De Casa	30,1%
	31 - 40	13,6%	M	40,8%	Jesús María	16,5%	Sup	58,3 %	Cesante	14,6%
	41 - 50	12,6%			VES	15,5%			Oficial	8,7%
	51 - 60	15,5%			San Roque	20,4%			Auxiliar	9,7%
	61 - 70	21,4%			Comas	6,8%			Estudiante	6,8%
	71 - 87	9,7%			La Molina	3,9%			Suboficial	16,5%
				Surco	7,8%			Profesora	4,9%	
				VMT	7,8%			Secretaria	8,7%	
Características clínicas	Síntomas Positivos		Síntomas Negativos		Comportamiento o Suicida		Violencia		Deterioro Cognitivo	
	Alucinación	36,9%	Aplanamiento Afectivo	21,4%	Si	33,0%		93,2 %	Si	45,6%
	Ideas Delirantes	48,5%	Alogia	30,1%	No	67,0%		6,8%	No	54,4%
	Desorganización	14,6%	Apatía	34,0%						
			Insociable	9,7%						
			Anhedonia	4,9%						
			Aplanamiento Afectivo	21,4%						
		Alogia	30,1%							

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla N° 1, en el cuadro de las características epidemiológicas, se observa que el rango de edad más prevalente es el de 20 a 30 años con un 27.2% de la muestra, el género femenino es mayor con un 59.2%, la procedencia más resaltante es la de San Juan de Miraflores con un 21.4%, el mayor grado de instrucción es el superior con 56.3% y la

ocupación más resaltante es de ama de casa con un 20.1%. en cuanto a las características clínicas, el síntoma positivo más repetitivo son las ideas delirantes con un 48, 5% de la muestra, y solo un 14, 6% para la desorganización, en los síntomas negativos, se observa que el mayor rango fluctúa para la apatía con un 34% de la muestra, y solo un 4, 9% para la anhedonia. Se observa que hay mayor cantidad de pacientes que no han experimentado comportamiento suicida con un 67.0% en comparación con los que sí con 33.0%. la violencia por otra parte se ve aumentada con un 93.2% y el deterioro cognitivo es casi a la par con los que no lo tienen pues 45.6% si lo presentan y 54.4% no se evidencia.

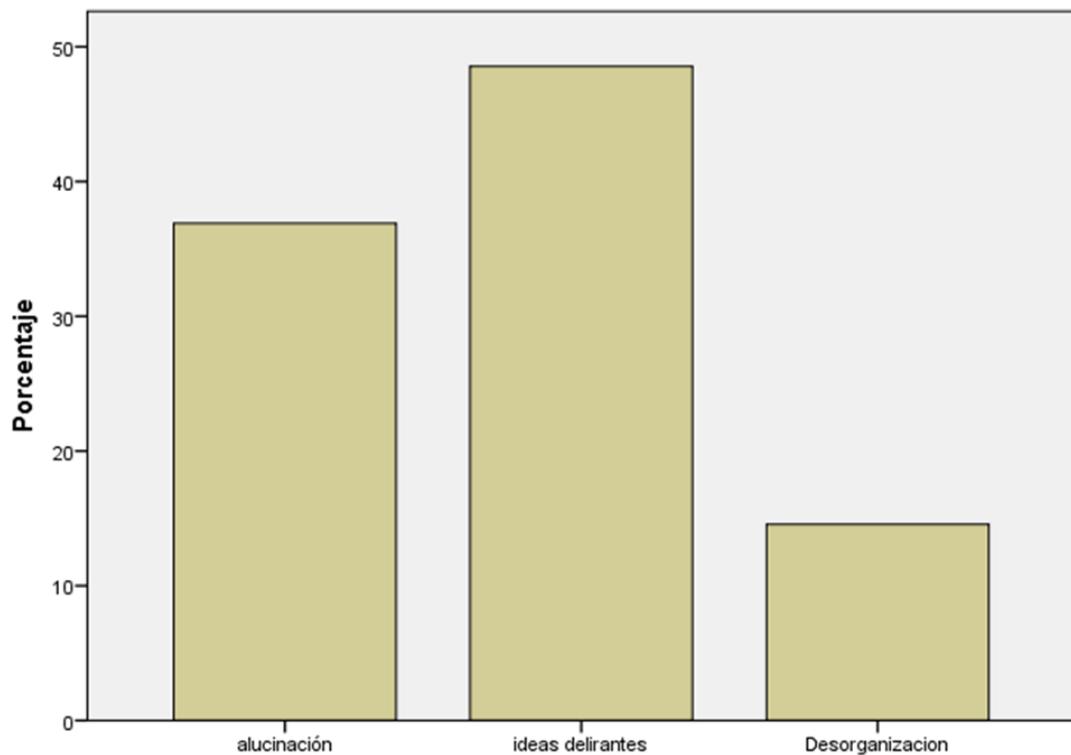
TABLA N°2
SÍNTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Síntomas Positivos	Alucinación	38	36,9	36,9
	Ideas Delirantes	50	48,5	85,4
	Desorganización	15	14,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Síntomas negativos	Aplanamiento	22	21,4	21,4
	Afectivo			
	Alogia	31	30,1	51,5
	Apatía	35	34,0	85,4
	Insociable	10	9,7	95,1
	Anhedonia	5	4,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

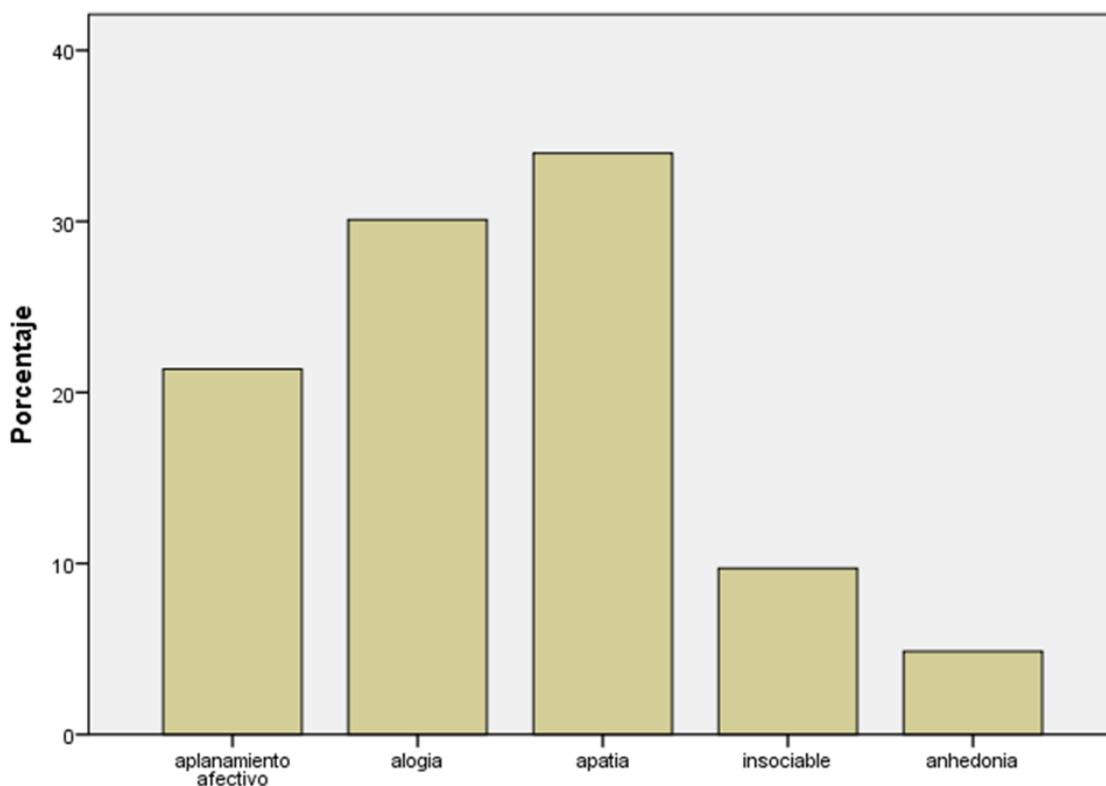
GRÁFICO N° 1:

SÍNTOMAS POSITIVOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO.



Interpretación: En la tabla N° 2 y el Gráfico N° 1, en cuanto a los síntomas positivos, se observa que el síntoma positivo más repetitivo son las ideas delirantes con un 48,5% de la muestra, y solo un 14,6% para la desorganización.

GRÁFICO N° 2:
SÍNTOMAS NEGATIVOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA
PARANOIDE EN EL ESTUDIO.



Interpretación: En la tabla N°2 y el gráfico N° 2, para los síntomas negativos, se observa que el mayor rango fluctúa para la apatía con un 34% de la muestra, y solo un 4,9% para la anhedonia.

TABLA N°3:

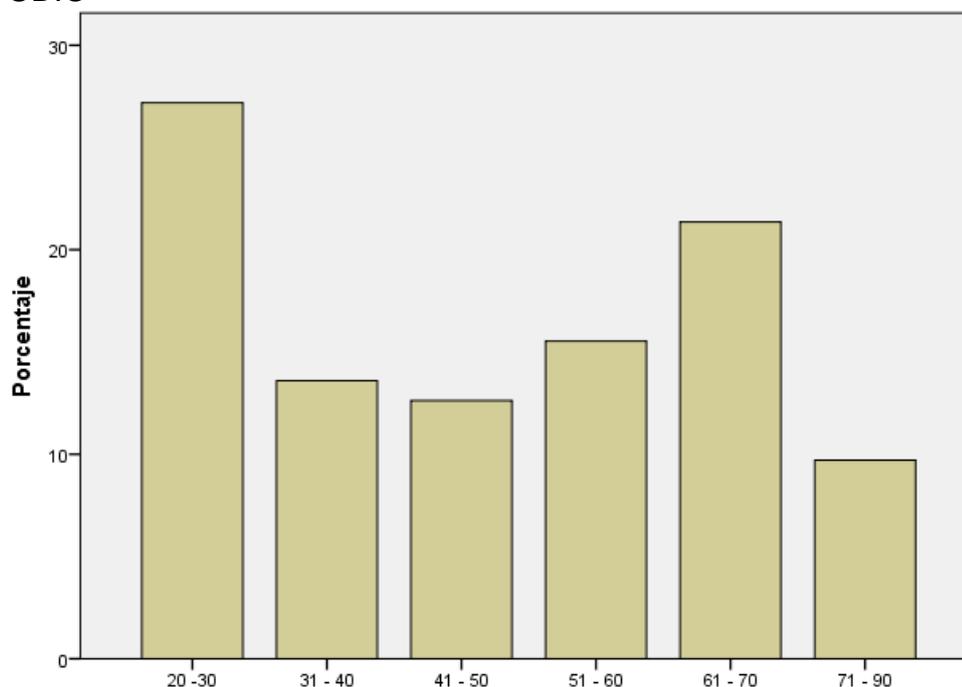
RANGO DE EDAD DE PACIENTES ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20 -30	28	27,2	27,2	27,2
31 - 40	14	13,6	13,6	40,8
41 - 50	13	12,6	12,6	53,4
Válido 51 - 60	16	15,5	15,5	68,9
61 - 70	22	21,4	21,4	90,3
71 - 90	10	9,7	9,7	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 3:

RANGO DE EDAD DE PACIENTES ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO



Interpretación: En la Tabla N°3 y en el Gráfico N°3, en cuanto a la edad, se observa que el mayor rango fluctúa entre los 20 y 30 años con un 27,2% de la muestra, y solo un 9,6% está entre 70 y 87 años.

TABLA N°4:

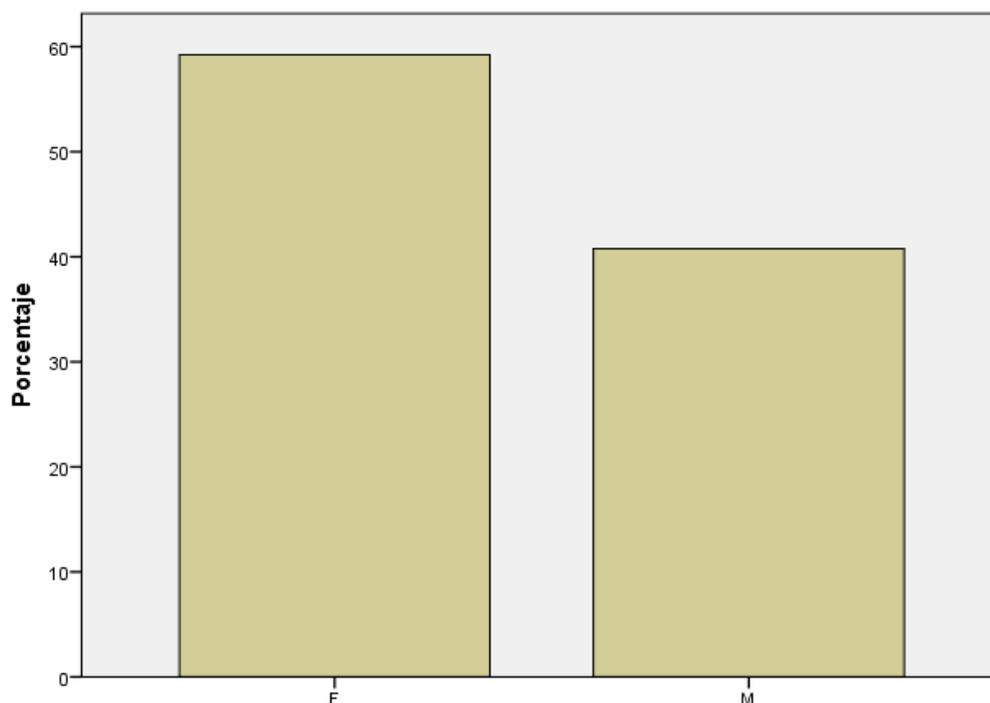
GÉNERO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
F	61	59,2	59,2	59,2
Válido M	42	40,8	40,8	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 4:

GÉNERO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN EL ESTUDIO



Interpretación: En la Tabla N°4 y en el Gráfico N°4, en cuanto al género de la muestra, se observa que el mayor rango fluctúa entre el 59, 2% del género femenino y con un 40, 8% de la muestra, para el género masculino.

TABLA N° 5:

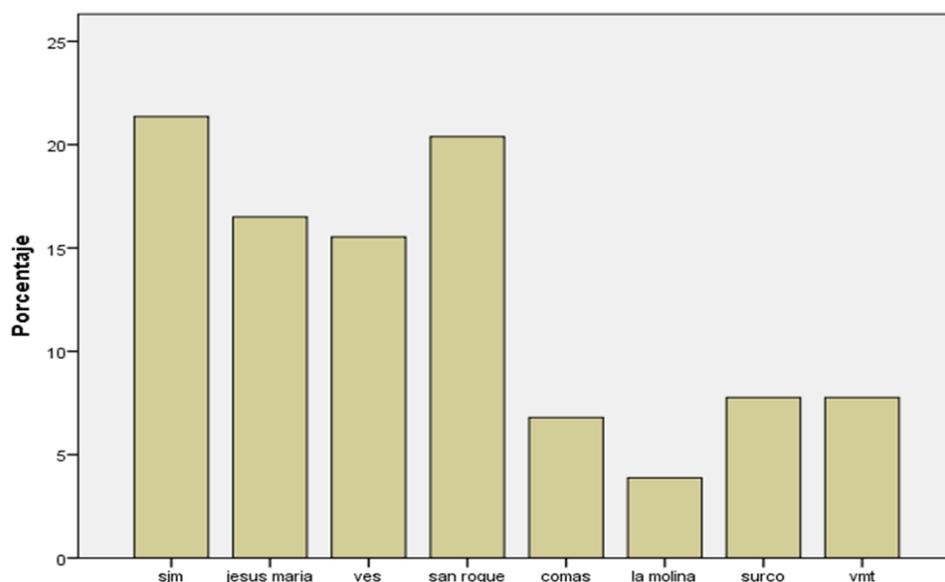
LUGAR DE PROCEDENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN EL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SJM	22	21,4	21,4	21,4
Jesús María	17	16,5	16,5	37,9
VES	16	15,5	15,5	53,4
San Roque	21	20,4	20,4	73,8
Válido Comas	7	6,8	6,8	80,6
La Molina	4	3,9	3,9	84,5
Surco	8	7,8	7,8	92,2
VMT	8	7,8	7,8	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 5:

PROCEDENCIA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN EL ESTUDIO



Interpretación: En la Tabla N°5 y en el Gráfico N° 5, en cuanto a la procedencia de la muestra, se observa que el mayor rango viene de San

Juan de Miraflores (SJM) con un 21, 4% de la muestra, y solo un 3, 9% viene de La Molina.

TABLA N° 6:

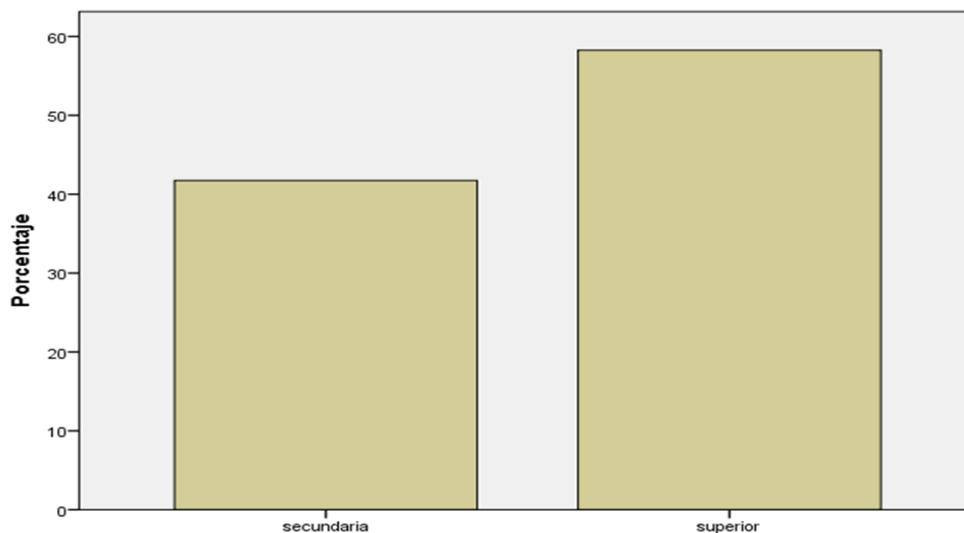
GRADO DE INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL ESTUDIO.

		OCUPACION									Total
		ama de casa	cesante	oficial	auxiliar	estudiante	suboficial	profesora	secretarias		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	secundaria	17 54,83%	3 20%	6 66,67%	5 50%	2 28,57%	4 23,52%	0 0,0%	6 66,67%	43 41,74%	
	superior	14 45,17%	12 80%	3 33,33%	5 50%	5 71,43%	13 76,48%	5 100,0%	3 33,33%	60 58,26%	
Total		31 100,0	15 100,0	9 100,0	10 100,0	7 100,0	17 100,0	5 100,0	9 100,0	103 100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 6:

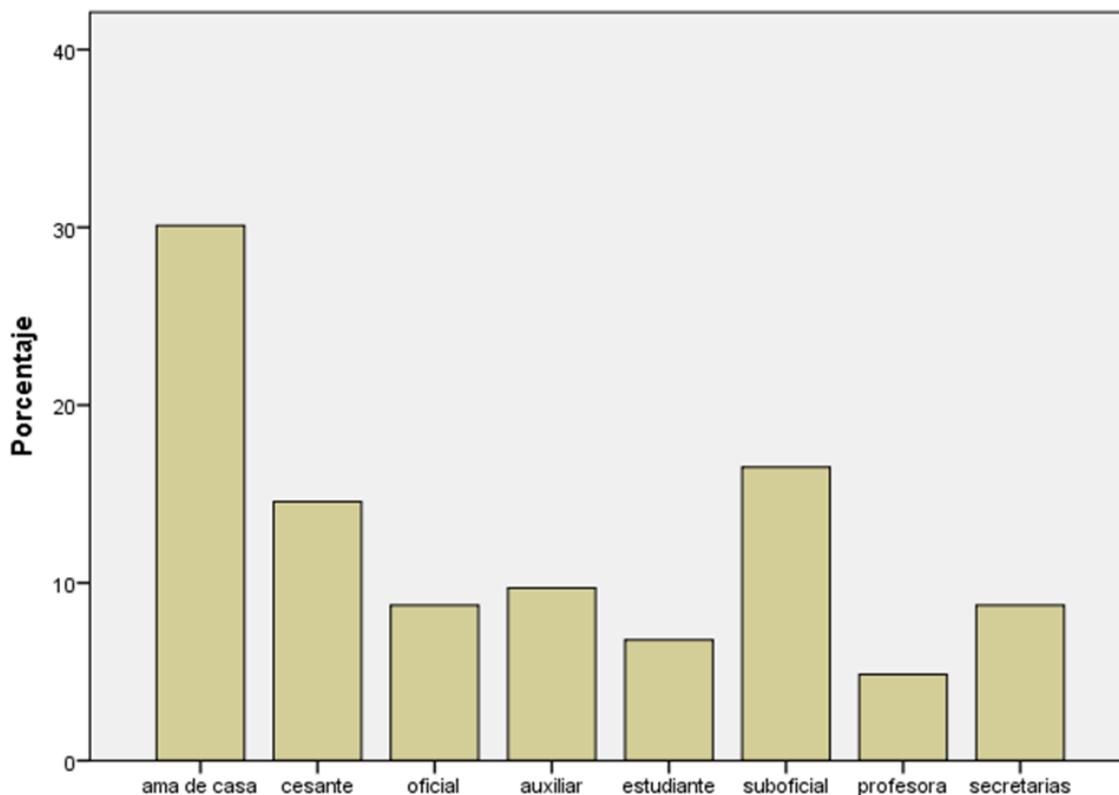
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL ESTUDIO.



Interpretación: En la Tabla N°6 y en el Gráfico N° 6, en cuanto al grado de instrucción, se observa un 58, 3% de la muestra posee estudios superiores, ya sea técnico o universitario, y un 41, 7% posee secundaria, ya sea incompleta o incompleta.

GRÁFICO N° 7:

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL ESTUDIO.



Interpretación: En el gráfico N° 7, se observa que la ocupación más desarrollada es la de ama de casa con un 30,1% de la muestra, y solo un 4,9% se desempeña como profesor(a).

TABLA N°7:

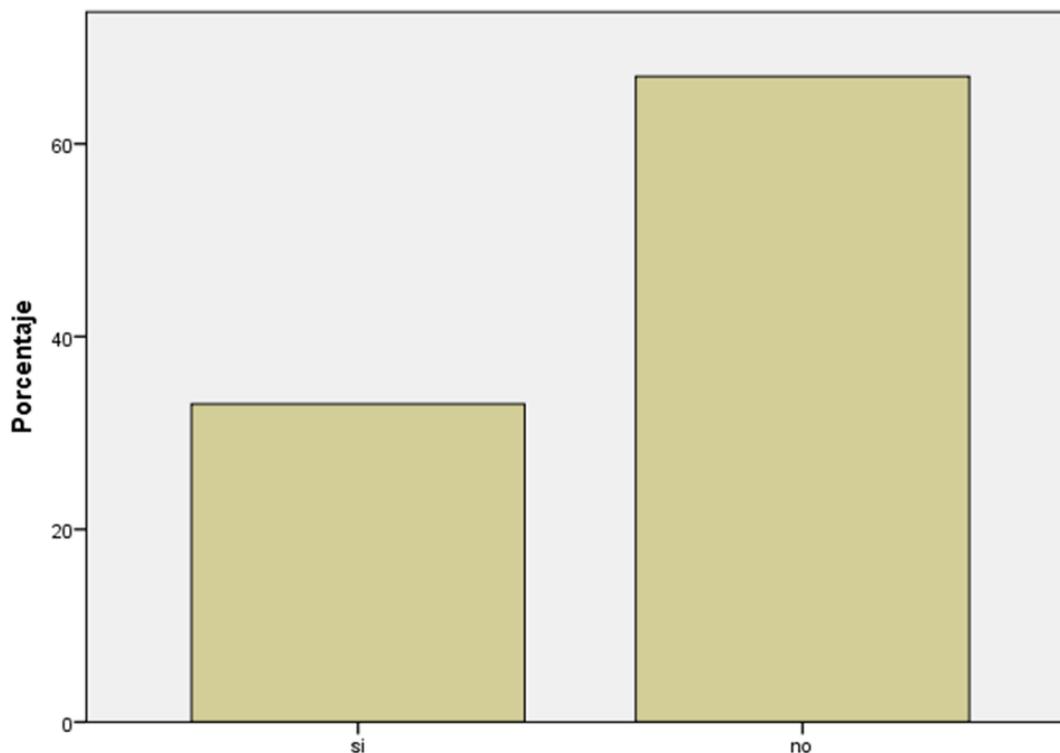
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	34	33,0	33,0	33,0
Válido No	69	67,0	67,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°8

COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO



Interpretación: En la Tabla N°7 y en el Gráfico N° 8, para el comportamiento suicida, se observa que un 67% de la muestra dice no

haber tenido un comportamiento suicida en ninguna etapa de la enfermedad, mientras que un 33% expresa lo contrario.

TABLA N°8:

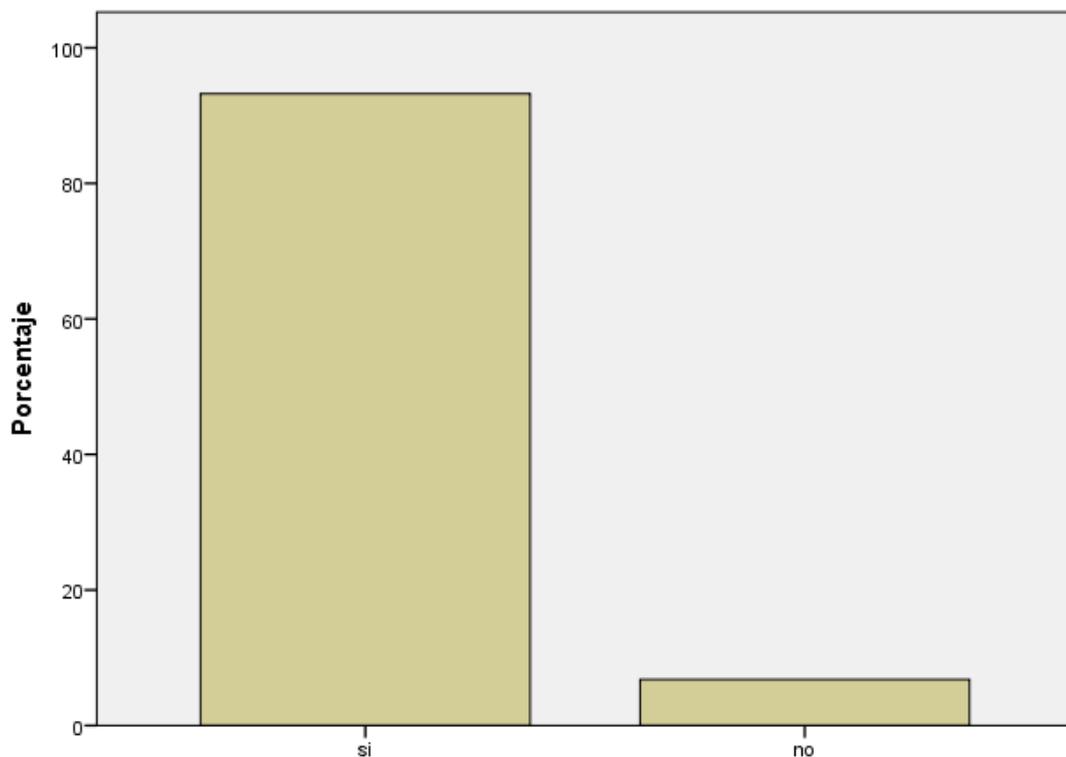
VIOLENCIA EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	96	93,2	93,2	93,2
Válido No	7	6,8	6,8	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°9:

VIOLENCIA EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO



Interpretación: En la Tabla N°8 y en el Gráfico N° 9, en cuanto a eventos violentos, se observa que un 93, 2% de la muestra, ha experimentado un episodio violento en algún momento y un 6, 8% respondió que nunca lo ha experimentado.

TABLA N°9:

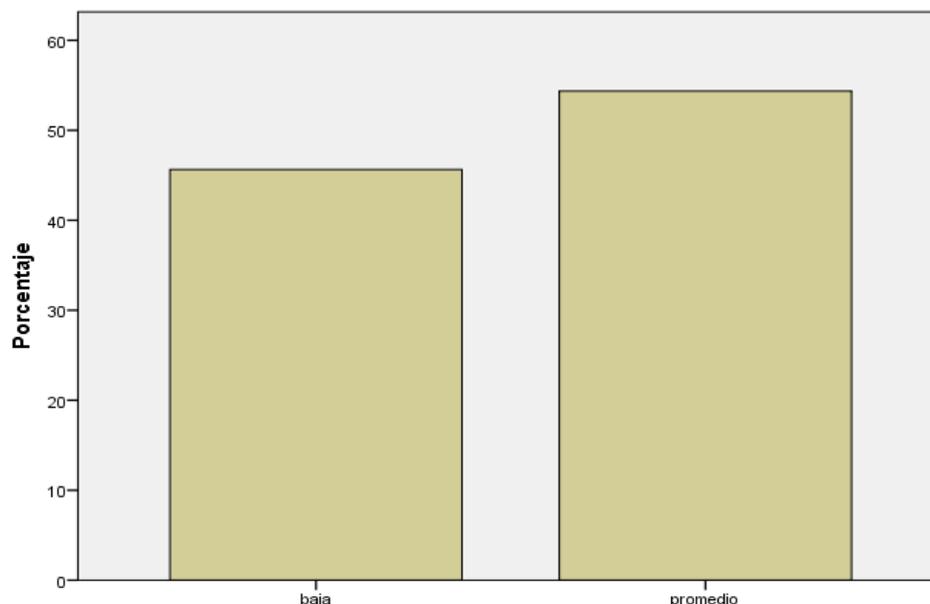
DETERIORO COGNITIVO EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Baja	47	45,6	45,6	45,6
Válido Promedio	56	54,4	54,4	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia basada en ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°10:

DETERIORO COGNITIVO EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ESTUDIO



Interpretación: En la Tabla N°9 y en el Gráfico N° 10, se habla del deterioro cognitivo, ya sea concentración, memoria o atención, se observa que

estadísticamente hay un empate ya que la diferencia entre el deterioro bajo y promedio es solo de un 8,8%, ya que un 54, 4% es promedio, ya sea porque casi todas las áreas cognitivas funcionan en un nivel casi normal, y un 45, 6% es baja, debido a que una de las áreas falla con mayor frecuencia.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017.

Así es como, Jablensky, A. Archivos Europeos de Psiquiatría y Neurociencias Clínicas (2000) 250: 274. La Universidad de Western Australia, Departamento de Psiquiatría, Edificio de la Fundación de Investigación Médica. “Epidemiología de la esquizofrenia: la carga mundial de enfermedad y discapacidad”, llegó a la conclusión que, existe evidencia epidemiológica de que el riesgo de inicio de la esquizofrenia se extiende más allá del límite de edad a los 54 o 59 años. El inicio tardío es después de los 40 años. En los estudios epidemiológicos se evidencia que entre ambos géneros masculino – femenino hay una proporción de 1: 1.9 después de los 40 y 1: 4 o incluso 1: 6 después de los 60 años.

En contraste al estudio este muestra que la prevalencia inicia a los 21 años en el género femenino y a los 23 años en el género masculino, mientras que el inicio tardío se da a los 68 años en el género femenino y a los 59 años en el género masculino.

Cada etapa de desarrollo sucesiva parece marcar de forma diferente la sintomatología clínica que se presenta, lo que resulta en un predominio de síntomas psicóticos inespecíficos en los grupos de edad 15-24; de delirios de referencia y síntomas afectivos en la edad de 25-34; y de delirios persecutorios y síntomas negativos en la edad de 35-59 .

En comparación con este estudio en cuanto a síntomas positivos es la alucinación en mayor prevalencia es entre 21 y 23 años vs una prevalencia en las ideas delirantes en el inicio tardío de la enfermedad. En cuanto a los síntomas negativos la alogía tiene una prevalencia entre 21 y 23 años vs la anhedonia y el factor insociable en el inicio tardío de la enfermedad.

Dentro de este estudio se ha hallado que la fortaleza más grande es que la esquizofrenia paranoide es el tipo más común dentro del espectro de sintomatología clínica de la esquizofrenia en general, mientras que la debilidad más notoria es el marco muestral tan pequeño del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”- Miraflores en el año 2017 con el que se permitió trabajar.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se plantean las siguientes conclusiones:

- Se logró determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017 porque cada uno de los pacientes que pertenecían al marco muestral presentaron una o varias características de las mismas.
- Se identificó y describió los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia paranoide que se presentan en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017 porque todo el marco muestral presentó como mínimo uno de ellos.
- Se describió las características epidemiológicas de esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017 a partir del marco teórico trabajado como fundamento de la investigación.
- Se identificó el rango de edad con mayor prevalencia de esquizofrenia paranoide que se presenta en adultos de 20 a 87 años del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich” – Miraflores en el año 2017 siendo este el rango de edad dentro del marco muestral de entre 21 y 23 años el inicio temprano y entre 41 y 68 el inicio tardío.
- A su vez se identificó dentro del marco muestral estudiado que la incidencia de la esquizofrenia paranoide se encuentra más en pacientes de género femenino que en masculino como se evidencia en otros estudios tales como Abel KM, Drake R,

Goldstein JM. Int Rev Psychiatry. 2010;22(5):417. Diferencias de género en la esquizofrenia.

5.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se pueden brindar en el presente trabajo son:

- Luego de realizar esta investigación se abren otras oportunidades de investigación personal como trabajar el correcto desarrollo de campañas de salud mental para la prevención y diagnóstico oportuno de la esquizofrenia paranoide.
- Al ser la concentración y la memoria, especialmente la memoria, las habilidades más disminuidas, resultaría favorable adaptar los programas psicoeducativos de la rehabilitación utilizando instrucciones sencillas, de fácil comprensión y, el empleo de materiales didácticos y técnicas dinámicas que capten el interés constante de los temas importantes que se traten.
- La inserción laboral, constituye una fuente de motivación para que el paciente continúe con el tratamiento farmacológico y de rehabilitación. En este aspecto, la intervención del soporte familiar también resulta imprescindible.
- Desarrollar un trabajo de salud mental continuo para prevenir tanto el inicio temprano y tardío dentro de los pacientes del “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”
- Extender los estudios expuestos en esta investigación al estudio de otros tipos de esquizofrenia en especial la tipo desorganizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montero Ana Patricia, Balderas Teresa, Pereira Mariana, Lizano Arturo, Armas Regina, Medina Rolando et al . Resultados de la categorización de una muestra de pacientes con diagnóstico de egreso de esquizofrenia. Acta méd. costarric [Internet]. 2002 June [cited 2018 Feb 16] ; 44(2): 74-78. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000200006&lng=en.
2. Álvaro López-Díaz, Ignacio Lara, and Guillermo Lahera. Is the Prevalence of the Deficit Syndrome in Schizophrenia Higher than Estimated? Results of a Meta-Analysis. Psychiatry Investig Madrid, Spain 2018; 15(1):94-98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795038/>
3. Jablensky, A. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences (2000) 250: 274. The University of Western Australia, Department of Psychiatry, Medical Research Foundation Building, Level 3, Rear 50 Murray Street, Box X2213 GPO, Perth, WA 6001, Australien, Fax: 00 61-8-92 24 02 85AU. Available from: <https://doi.org/10.1007/s004060070002>.
4. John J. McGrath¹⁻⁴ and Linda J. Richards^{2,5}, Schizophrenia Bulletin Volume 35, Issue 3, 1 May 2009, Pages 577-581, Why Schizophrenia Epidemiology Needs Neurobiology—and Vice Versa. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp004>
5. Kim, M. (2016) Understanding the Etiology and Treatment Approaches of Schizophrenia: Theoretical Perspectives and Their Critique. Open Journal of Psychiatry , 6, 253-261. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2016.64030>.

6. Ariana E. Anderson, Stephen Marder, Steven P. Reise, Adam Savitz, Giacomo Salvatore, Dong Jing Fu, Qingqin Li, Ibrahim Turkoz, Carol Han, and Robert M. Bilder. Los Angeles. 06 February 2018. *Schizophrenia Bulletin*, sbx163, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx163> Bifactor Modeling of the Positive and Negative Syndrome Scale: Generalized Psychosis Spans Schizoaffective, Bipolar, and Schizophrenia Diagnoses.
7. Gabrielle A. Carlson and Barbara Fish. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. August 2005, 15(3): 362-383. <https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.362>. Longitudinal Course of Schizophrenia Spectrum Symptoms in Offspring of Psychiatrically Hospitalized Mothers.
8. Scherzer Peter, Achim André, Léveillé Edith, Boisseau Emilie, Stip Emmanuel. Evidence from paranoid schizophrenia for more than one component of theory of mind. *Front. Psychol.*, 30 October 2015 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01643>.
9. Perales, Alberto, An. *salud ment*;1(1/2):180-205, 1985. Tab, ilustr. Estudio sintomatológico comparativo entre esquizofrenicos oriundos de la costa y sierra del Perú.
10. Sergio García Sandoval. 2017. "factores asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el hospital belén de Trujillo". Tesis para optar el título de médico cirujano. Trujillo – Perú.
11. National Institute of Mental Health 2016. Schizophrenia, Page 4
12. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud publicación de NIH Núm. SP 11-3517
13. Cagliostro (2018) en la página: <https://www.psycom.net/paranoid-schizophrenia>.
14. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality.

15. Assen Jablensky. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2000, Volume 250, Number 6, Page 274. Epidemiology of Schizophrenia: The Global Burden of disease and disability.
16. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Int Rev Psychiatry. 2010;22(5):417. Sex differences in schizophrenia.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition Text Revision (DSM-IV TR), American Psychiatric Publishing, Arlington 2000.
18. Grossman LS, Harrow M, Rosen C, Faull R, Strauss GP. Compr Psychiatry. 2008;49(6):523. Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery.
19. [Krabbendam L¹](#), [van Os J](#). [Schizophr Bull](#). 2005 Oct;31(4):795-9. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk.
20. Kong A, Frigge ML, Masson G, Besenbacher S, Sulem P, Magnusson G, Gudjonsson SA, Sigurdsson A, Jonasdottir A, Jonasdottir A, Wong WS, Sigurdsson G, Walters GB, Steinberg S, Helgason H, Thorleifsson G, Gudbjartsson DF, Helgason A, Magnusson OT, Thorsteinsdottir U, Stefansson K. Nature. 2012;488(7412):471. Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk.
21. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. (NICE Clinical Guidelines, No. 178.) 2, PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA IN ADULTS. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333029>.
22. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Schizophr Res. 2007;92(1-3):41. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation.

23. Andreasen NC citado por Bernard A Fischer (2018). Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition citado por Bernard A Fischer (2018). Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis.
25. Cermolacce M, Sass L, Parnas J, Schizophr Bull. 2010;36(4):667. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review.
26. National Instituted of Mental Health. Schizophrenia. 2009.
27. Andreasen NC, Olsen S. Arch Gen Psychiatry. 2012;39(7):789. Negative v positive schizophrenia. Definition and validation.
28. Gold JM, Hahn B, Strauss GP, Waltz JA, Neuropsychol Rev. 2009;19(3):294. Epub 2009 May 19. Turning it upside down: areas of preserved cognitive function in schizophrenia.
29. Alvaro Barrera P, Rev Chil Neuro-Psiquiat 2016, Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia.
30. Kraus MS, Keefe RS, Br J Psychiatry Suppl. 2017;50:s46. Cognition as an outcome measure in schizophrenia.

ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERALIZACION DE VARIABLES

TEMA: Características clínicas y epidemiológica de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años de edad en el Hospital Central FAP COMANDANTE FAP MÉDICO JUAN BENAVIDES DORICH” – Miraflores en el año 2017.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Características Clínicas Características Epidemiológicas					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Edad	1	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Género	2	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Lugar de procedencia	3	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Grado de instrucción	4	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Ocupación	5	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Síntomas positivos	6	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Síntomas negativos	7	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Comportamiento suicida	8	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Violencia	9	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
Deterioro cognitivo	10	Nominal	-	Ficha de recolección de datos	10.00
				Total	100.00

ANEXO N°2: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN ADULTOS DE 20 A 87 AÑOS EN EL
"HOSPITAL CENTRAL FAP COMANDANTE FAP MÉDICO JUAN
BENAVIDES DORICH"- MIRAFLORES EN EL AÑO 2017

Edad		Género:	M	F
Lugar de procedencia				
Grado de instrucción	Primaria ()	Secundaria ()	Superior ()	
Ocupación				
Síntomas positivos:				
Alucinaciones ()	Ideas delirantes ()	Desorganización ()		
Síntomas negativos:				
Disminución de la expresión				
Aplanamiento afectivo ()	Alogia ()			
Abulia - Apatía				
Apatía ()	Insociable ()	Anhedonia ()		
Comportamiento suicida ()	Violencia ()			
Deterioro cognitivo				
Baja ()	Promedio ()			

ANEXO N°3: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *BAZÁN RODRÍGUEZ EISI*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *DOCENTE UPSJB*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadista
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Andrea Vásquez Pasco

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					<i>85%</i>
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					<i>85%</i>
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Tipos de anemia en madre con hijos de bajo peso al nacer.					<i>85%</i>
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					<i>85%</i>
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					<i>85%</i>
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer Tipos de anemia en madres con hijos de bajo peso al nacer.					<i>85%</i>
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					<i>85%</i>
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					<i>85%</i>
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva, transversal, observacional y retrospectiva.					<i>85%</i>

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

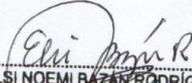
Aplica..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

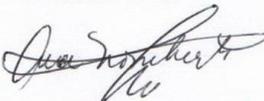
IV.- PROMEDIO DE VALORACION

85%

Lugar y Fecha: Lima, 23 Enero de 2018


.....
36726 B(+)
Dra. A. M. Priscilla Bobadilla Pacheco
CAP. MR. HN "LNS" PNP.
PSIQUIATRIA
CMP. 60579


.....
Lic. ELSI NOEMI BAZAN RODRIGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADISTICOS DEL PERU


.....
Mg. Ana Nomberto.

Firma del Experto Informante
D.N.I N°...19209983.....
Teléfono...977...414...879

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”– Miraflores en el año 2017?</p> <p>Específicos: PE1:¿Cuáles son los síntomas positivos y negativos resaltantes de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich – Miraflores en el año 2017? PE2:¿Cuáles son las características epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich – Miraflores en el año 2017? PE3: ¿Cuál es el rango de edad con mayor prevalencia de esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich – Miraflores en el año 2017?</p>	<p>General: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich - Miraflores en el año 2017.</p> <p>Específicos: OE1: identificar y describir los síntomas más resaltantes de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich- Miraflores en el año 2017. OE2: Describir las características epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich- Miraflores en el año 2017. OE3: Identificar el rango de edad con mayor prevalencia de esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich- Miraflores en el año 2017.</p>	<p>General: El presente trabajo de investigación no presenta hipótesis ya que es de tipo descriptivo.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Característica clínicas Síntomas positivos Síntomas negativos Comportamiento suicida Violencia Deterioro cognitivo</p> <p>Características epidemiológicas Edad Género Lugar de procedencia Grado de instrucción Ocupación</p>

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel : descriptivo, explicativo.</p> <p>- Tipo de Investigación: EL presente trabajo es de tipo descriptivo, transversal y de enfoque cuantitativo.</p> <p>- Alcance: pacientes del rango de entre 20 a 87 años del Hospital Central FAP en el año 2017.</p> <p>- Diseño: Permiso al Hospital Central FAP - Miraflores en el año 2017.</p> <p>Exploración de los datos.</p> <p>Uso del instrumento de recolección de datos.</p> <p>Distribución de los datos</p> <p>Sistematización de los datos</p> <p>Cálculo y tabulación de los datos</p> <p>Se diseñó una base de datos en el programa SPSS para realizar los análisis con una estrategia estadística metodológica.</p> <p>Los datos obtenidos fueron procesados en el Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 24. Para la interpretación y discusión de estos cuadros se utilizó Microsoft Word 2010.</p>	<p>Población: El score de Hamilton se aplicará a los pacientes que vayan a la unidad de consultorio externo del Hospital Central FAP Médico Juan Benavides Dorich - Miraflores en el año 2017, además los pacientes deberán cumplir criterios de inclusión y exclusión:</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>Pacientes de ambos género</p> <p>Pacientes de consultorio externo.</p> <p>Adultos de 20 a 87 años de edad.</p> <p>Pacientes con esquizofrenia paranoide.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>Pacientes menores de 20 años y mayores de 87 años.</p> <p>Pacientes que padezcan de otro tipo de esquizofrenia.</p> <p>Muestra: La muestra del presente estudio es de tipo no probabilístico. La muestra se recogió a partir de los pacientes de consulta externa en igual oportunidad de ser seleccionado.</p> <p>N = : 103</p>	<p>Técnica: se realiza mediante documentación y revisión de las historias clínicas.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos previamente validada por un especialista para poder recoger los datos deseados donde se incluyen los principales signos y síntomas que presentaron los pacientes con esquizofrenia paranoide, además de las principales características clínicas y epidemiológicas.</p>