

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES
CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE LA CIUDAD DE CUSCO,
2021-2023**

Presentado por: Bach. Nuria Leticia Huanca Huirse

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesor: MC. Jorge Luis Cabezas Limaco

Cusco- Perú

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021- 2023

presentado por: NURIA LETICIA HUANCA HUIRJE con DNI Nro.: 75785524 presentado por: con DNI Nro.: para optar el título profesional/grado académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 9%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 04 de Julio de 2024


JORGE LUIS CABEZAS LÍMACO
MÉDICO PSIQUIATRA
M.P 29644 R.N.E 18144

Post firma JORGE LUIS CABEZAS LÍMACO

Nro. de DNI 23903098

ORCID del Asesor 0000-0002-0823-3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:364329378

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS_NuriaHuanca.docx

AUTOR

Nuria

RECUENTO DE PALABRAS

21362 Words

RECUENTO DE CARACTERES

121634 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

86 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.1MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 3, 2024 10:03 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 3, 2024 10:05 AM GMT-5

● 9% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

Agradecimiento

Agradezco a nuestro señor por haberme permitido llegar hasta el día de hoy, por haber puesto en mi camino a las personas apropiadas para guiar y acompañarme en el camino profesional.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre, cuya guía, consejo y apoyo incondicional han sido fundamentales para convertir mis sueños en realidad. Su amor y dedicación han sido mi mayor inspiración

Asesor: Med. Ciruj. Jorge Luis Cabezas Limaco

Jurados A: Med. Ciruj. Américo Bonifacio Morales Alfaro

Med. Ciruj. Victor Hugo Arias Chavez

Med. Ciruj. Marizabel Rozas La Torre

Jurado B: Dr. Santiago Maximo Saco Mendez

Dr. Rafael Jimenez Garcia

Med. Ciruj. Deoblinger Duberly Sanchez del Mar

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN/ ABSTRACT	2
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Fundamentación del problema	4
1.2 Antecedentes teóricos.....	6
1.3 Formulación del problema	11
1.3.1 Problema general	11
1.3.2 Problemas específicos.....	11
1.4 Objetivos de la investigación.....	12
1.4.1 Objetivo general.....	12
1.4.2 Objetivos específicos	12
1.5. Justificación de la investigación	12
1.6. Limitaciones de la investigación.....	13
1.7. Aspectos éticos.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	14
2.1. Marco teórico.....	14
2.1.1 Esquizofrenia.....	14
2.1.2. Epidemiología	15
2.1.3 Etiología	16
2.1.4 Fisiopatología.....	16
2.1.6. Evaluación	21
2.1.7. Diagnóstico.....	22
2.1.8 Clasificación	23
2.1.9. Diagnóstico diferencial.....	25
2.1.11. Complicaciones	27
2.1.12. Pronóstico.....	28
2.2. Definición de términos básicos.....	28
2.3 Hipótesis.....	29
2.3.1. Hipótesis general.....	29
2.3.2. Hipótesis específicas	29
2.4 Variables	30
2.4.1. Variable dependiente	30
2.4.2. Variables independientes.....	30
2.5. Definiciones operacionales.....	32
CAPÍTULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.1. Tipo de investigación	40

3.2. Diseño de investigación.....	40
3.3. Población y muestra.....	41
3.3.1. Descripción de la población.....	41
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	41
3.3.3. Muestra: tamaño de muestra y método de muestreo.....	42
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	43
3.5. Plan de análisis de datos.....	44
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	45
4.1. Resultados y discusión.....	45
4.2. Conclusiones.....	58
4.3. Sugerencias.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	66
ANEXO 1.- Matriz de consistencia.....	66
ANEXO 2.- Instrumento de investigación.....	73
ANEXO 3.- Cuadernillo de validación.....	76
Esquema 1: Diseño de la investigación.....	39
Tabla 1: Tetracórica de factores y Esquizofrenia.....	41
Tabla 2: Modelo de tabla tetracórica.....	43
Tabla 3: Distribución de edad de debut.....	44
Gráfico 1: Grado de instrucción de casos y controles.....	45
Gráfico 2: Condición laboral y Estado marital de casos y controles.....	45
Tabla 4: Distribución según el sexo.....	46
Tabla 5: Asociación entre el nivel socioeconómico y esquizofrenia.....	47
Tabla 6: Asociación entre la procedencia y esquizofrenia.....	47
Tabla 7: Asociación entre la psicopatología psicótica parental y esquizofrenia.....	48
Gráfico 3: Frecuencias de antecedente familiar con esquizofrenia.....	48
Tabla 8: Asociación entre la edad materna y esquizofrenia.....	49
Tabla 9: Asociación entre el tipo de parto y esquizofrenia.....	49
Tabla 10: Asociación entre la edad gestacional y esquizofrenia.....	50
Tabla 11: Asociación entre el consumo de marihuana y esquizofrenia.....	50
Tabla 12: Asociación entre evento traumático y esquizofrenia.....	51
Tabla 13: Asociación entre la violencia sexual y esquizofrenia.....	51
Tabla 14: Asociación entre la violencia familiar y la esquizofrenia.....	52
Tabla 15: Asociación entre el abandono de padres y la esquizofrenia.....	53
Tabla 16: Asociación entre el acoso escolar y la esquizofrenia.....	53

INTRODUCCIÓN

La relevancia de estudiar las enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, radica en su impacto no solo a nivel personal, sino también en el ámbito familiar y social. La esquizofrenia, en particular, representa una de las condiciones más incapacitantes y costosas de gestionar en términos económicos. Su aparición en una etapa temprana de la vida, como la adolescencia, su evolución incapacitante y una alta tasa de mortalidad temprana subrayan la urgencia de abordar esta enfermedad de manera efectiva.

Durante mucho tiempo, el acceso deficiente a la atención de la salud mental ha sido una realidad en nuestro país. Sin embargo, en años recientes, se ha avanzado en la implementación de Centros de Salud Mental Comunitaria, tanto en áreas urbanas como rurales. Estos centros no solo facilitan el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia, sino que también promueven un enfoque más cercano y seguimiento continuo del paciente, mejorando así el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y la intervención en el entorno familiar y comunitario.

Dentro del marco de la atención integral de la salud, la prevención y promoción adquieren una importancia crucial como medidas de intervención primaria. Para una atención adecuada de las enfermedades, incluida la esquizofrenia, es fundamental comprender las características sociodemográficas, genéticas, maternoperinatales y ambientales de la población, así como los factores de riesgo asociados. Este enfoque holístico no solo mejora la calidad de la atención, sino que también contribuye a una mejor comprensión y abordaje de estas enfermedades en nuestra sociedad, acercándonos cada vez más a lograr la integración de estos pacientes a la comunidad y mejorar su calidad de vida y desarrollo personal.

Entre los factores no genéticos asociados a la esquizofrenia se realza de manera importante la violencia sexual, un evento tan catastrófico como subestimado por la sociedad de la población estudiada; que incentiva a la implementación de estrategias de educación sexual y leyes que protejan de manera más efectiva a las víctimas de este evento traumático.

RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023

Antecedentes: Según Davies et al., la edad materna menor de 20 años y la presencia de cualquier psicopatología en los padres se asocian significativamente con la esquizofrenia, junto con factores materno perinatales. Por otro lado, el consumo de marihuana, entre otros eventos estresantes durante la infancia y adolescencia, cuya asociación no está clara, ha sido estudiado por Leppert et al. Además, Sallis HM et al., ha estudiado factores que han cobrado importancia en los últimos años, donde los eventos traumáticos durante la infancia resaltan en gran medida.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio correlacional con un diseño observacional analítico de tipo caso-control en la Ciudad de Cusco. Se reclutaron pacientes a través de los Centros de Salud Mental Comunitarios, obteniendo una muestra de 346 pacientes, divididos en casos y controles con una relación 1:1, respectivamente, cuyos datos fueron obtenidos a través de historias clínicas y entrevista personal.

Resultados: Se analizaron los datos de 346 personas. Se observó una distribución similar entre hombres y mujeres con esquizofrenia, con una mediana de edad de inicio de 22.5 años. Además, se encontró que los casos de esquizofrenia con educación superior eran un 47% menos que los controles y que el 84% de los casos son solteros contrastando con los controles. Los factores asociados con la esquizofrenia incluyeron el nivel socioeconómico (OR: 9.3), la psicopatología psicótica parental (OR: 10.9), la edad gestacional (OR: 5.2), la edad materna (OR: 4.1), el consumo de marihuana (OR: 10.4), la violencia sexual (OR: 20.1) y el abandono o fallecimiento de los padres (OR: 2.4).

Conclusiones: La violencia sexual emergió como el factor con la asociación más notable en la población estudiada.

Palabras clave: Esquizofrenia, Psicosis, Alucinaciones, Violación.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH SCHIZOPHRENIA IN PATIENTS OF THREE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS IN CUSCO CITY, 2021-2023.

Background: According to Davies et al. maternal age younger than 20 years and the presence of any psychopathology in parents are significantly associated with schizophrenia, along with maternoperinatal factors. On the other hand, marijuana use, among other stressful events during childhood and adolescence, whose association is not clear, has been studied by Leppert et al. In addition, Sallis HM et al. have studied factors that have gained importance in recent years, where traumatic events during childhood stand out to a great extent.

Methods: A correlational study with a case-control analytical observational design was carried out in the Cusco City. Patients were recruited through Community Mental Health Centers, obtaining a sample of 346 patients, divided into cases and controls with a 1:1 ratio, respectively, whose data were obtained through medical records and personal interview.

Results: Data from 346 persons were analyzed. A similar distribution was observed between males and females with schizophrenia, with a median age of onset of 22.5 years. In addition, schizophrenia cases with higher education were found to be 47% less than controls and 84% of cases were found to be single in contrast to controls. Factors associated with schizophrenia included socioeconomic status (OR: 9.3), parental psychotic psychopathology (OR: 10.9), gestational age (OR: 5.2), maternal age (OR: 4.1), marijuana use (OR: 10.4), sexual violence (OR: 20.1), and parental abandonment or death (OR: 2.4).

Translated with DeepL.com (free version)Conclusions: Sexual violence emerged as the factor with the most notable association in the population studied.

Key words: Schizophrenia, Psychotic disorders, Hallucinations, sexual abuses.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave que afecta el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta, con una tendencia progresiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera una de las 10 enfermedades que más contribuyen a la carga mundial de morbilidad y la ubica entre los trastornos médicos más incapacitantes y económicamente devastadores ⁽¹⁾⁽²⁾.

A nivel global, afecta aproximadamente al 1% de la población, mientras que en España representa el 3,7%, con una prevalencia del 4,5% en hombres y del 2,9% en mujeres, con una incidencia que aumenta hasta los 50 años ⁽³⁾. En Latinoamérica, la prevalencia en 2005 fue del 1,0%, incrementándose al 1,2% en 2021 ⁽⁴⁾. Según estudios del Ministerio de Salud y la Asociación Colombiana de Psiquiatría, la prevalencia en Colombia fue del 1-1,5% en 2015, en línea con otras partes del mundo ⁽⁵⁾.

La esquizofrenia presenta una carga incapacitante significativa, con informes que señalan un aumento en su prevalencia en nuestro país ⁽⁴⁾. En Perú, se estima que en 2010 más del 0,8% de la población padecía esta enfermedad, de los cuales solo el 62% recibía tratamiento a pesar de tener un diagnóstico confirmado ⁽⁶⁾. El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud informó un aumento del 15% en los casos atendidos entre enero y abril de 2022 en comparación con el mismo período de 2021 ⁽⁷⁾. Además, se ha observado un aumento en la región Cusco, con una prevalencia del 0,5% en 2020 y del 1,3% en 2023, siendo las provincias de Cusco, Canchis y La Convención las más afectadas ⁽⁸⁾.

La implementación de Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) en zonas rurales a nivel nacional ha contribuido significativamente al diagnóstico oportuno de la esquizofrenia ⁽⁹⁾. Según el informe del CSMC de Cusco, se diagnosticaron 143 pacientes con esquizofrenia entre 2021 y 2023, situándola como la quinta enfermedad mental más tratada en el establecimiento ⁽¹⁰⁾.

La esquizofrenia se ha catalogado como una enfermedad multicausal, con factores genéticos, ambientales y sociales. Un estudio realizado en Honduras halló que el antecedente de consumo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillos o drogas) está asociado en buena medida a la esquizofrenia (OR: 3.76 IC95%= 1.71- 8.24) ⁽¹¹⁾ mientras que otro estudio encontró que mientras más temprana sea la edad de inicio del tabaquismo, mayor el riesgo de desarrollar esquizofrenia (IRR 4,45; IC 95%: 3,57–6,55) ⁽¹²⁾. Por otro lado un estudio realizado en el Área de Salud 28 de Septiembre del Municipio Santiago de Cuba se encontró que pacientes con antecedente de personalidad premórbida tenían 51.7 veces más probabilidad de desarrollar esquizofrenia

(IC95%=14,37 -203,57, $p < 0,019$)⁽¹³⁾ en gran contraste con un estudio realizado en Cuba indica un riesgo de 5.3 veces (IC95%=2.3-12.1)⁽¹⁴⁾ y que el estado civil soltero también sería un factor de riesgo ($p < 0,05$; OR de 3,45; IC= 1,25 - 9,66); además, que pacientes con antecedente de un evento estresante tuvieron 4.36 veces más probabilidad de debutar con esquizofrenia (IC= 1,72-11,08; $p = 0,001$)⁽¹³⁾ comparado con un estudio en Inglaterra que halló una asociación menor (OR:1.08, IC95%=1.02- 1.14)⁽¹⁵⁾. Así mismo, un estudio realizado en el Hospital Comandante Pinares de Cuba se encontró que en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia eran 3,9 veces más probable el debut de esquizofrenia (IC = 1.97-7.52, $p =0.00006$)⁽¹⁴⁾ mientras que en otro estudio realizado en Londres mostró el doble riesgo (OR: 7.6 IC95%= 6.29- 9.21)⁽¹⁶⁾; también indica en sus resultados que el antecedente de algún problema obstétrico estaría asociado en corta medida a la esquizofrenia (OR:1.15 IC95%=0.98-1.36)⁽¹⁶⁾ a diferencia de otro estudio realizado en padres noruegos donde identificaron que los antecedentes obstétricos prenatales de malnutrición materna, estrés intenso y enfermedad viral aumentaron el riesgo de padecer la enfermedad en 7.2 veces (IC=1.91,32,93, $P<0.01$)⁽¹⁷⁾. Un estudio realizado en España halló que el tabaquismo gestacional estaría poco asociado al desarrollo de esquizofrenia (OR:1.29 IC95%=0.88–1.90 $p= 0.19$)⁽¹⁶⁾ mientras que otro estudio realizado en Estados Unidos muestra una clara asociación (OR: 3.41 IC95%= 1.86-6.24 $p<0.0001$)⁽¹⁸⁾.

Por mucho tiempo la salud mental ha recibido poco interés dentro de la atención de salud integral, a pesar que en Perú las enfermedades neuropsiquiátricas alcanzan el 17,5% del total de carga de enfermedad⁽¹⁹⁾. Un metaanálisis realizado en el 2014 estimó que el riesgo de suicidio era aproximadamente 13 veces mayor para las personas con esquizofrenia en comparación con la población general y que la mortalidad por causas naturales también es mayor en comparación de pacientes sin esquizofrenia (RR: 1.664 IC95%=1.425-1.943 $p=0.000$) por lo que es importante identificar los factores de riesgo para una intervención temprana⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

La esquizofrenia es un trastorno de suma gravedad, aunque de baja prevalencia, tiene un impacto importante individual y familiar. Esta patología causa psicosis y se asocia con una discapacidad considerable que puede afectar todas las áreas de la vida, incluido el funcionamiento personal, familiar, social, educativo y ocupacional⁽²⁾.

Según resultados existe una mayor prevalencia de esquizofrenia en zonas urbanas; considerando el aumento de la urbanización y el impacto social de esta patología, el número de personas afectadas es considerable. Desde el año 2018 se implementaron los CSMC con la finalidad de contribuir en la mejora del estado de salud mental y disminuir los problemas de mortalidad prematura causada por trastornos mentales y el suicidio

interviniendo así en una población vulnerable y poco atendida ⁽²²⁾. El Ministerio de Salud (MINSA) registró 77 388 casos de esquizofrenia durante el 2021, en los centros de salud de primer nivel de atención, hospitales generales e institutos especializados de todo el país, de ellos el 27% se atendieron en los distintos CSMC; mientras que para el 2022, los casos llegan a los 34 660; de esta cifra el 26.6% se registran en los CSMC ⁽²³⁾.

1.2 Antecedentes teóricos

Havdahl A, Et Al. (Noruega, 2022), en su estudio titulado “Asociaciones entre factores predisponentes relacionados con el embarazo para el neurodesarrollo de los hijos y la responsabilidad genética de los padres al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el autismo y la esquizofrenia, Estudio noruego de cohortes de madres, padres e hijos (MoBa)”, cuyo objetivo fue evaluar si los factores predisponentes relacionados con el embarazo para las afecciones del neurodesarrollo de la descendencia están asociados con la responsabilidad genética materna para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el autismo y la esquizofrenia. Este estudio uso datos de MoBa, un estudio de cohortes de embarazos basado en la población realizado por el Instituto Noruego de Salud Pública realizado entre junio del 1997 a diciembre del 2008; la cohorte incluye aproximadamente 114.500 niños, 95.200 madres y 75.200 padres. Se recogieron muestras de sangre de ambos padres durante embarazo y de los niños (cordón umbilical) al nacer.

Se han captado una serie de factores relacionados con el embarazo mediante cuestionarios y el Registro Médico de Nacimientos de Noruega y registro sanitario nacional. En los resultados hubo asociaciones sólidas entre medidas específicas relacionadas con el embarazo y PGS (estudio genético preimplantacional) materno, incluido PGS por TDAH con asma (OR:1,15 IC95 %: 1.06-1.25), fumar (OR: 1,26 IC95 %: 1.19-1.33]), índice de masa corporal antes del embarazo (β : 0.25 IC95%:0,18-0,31]), aumento de peso durante el embarazo (β : 0,20 IC95%: 0,10-0,30), tomar folato (OR:0,92 IC95%: 0,88-0,96), y no tomar suplementos (OR:1,09 IC95%: 1,04-1,14]). Las asociaciones fueron en gran medida consistente para el PGS materno y paterno, excepto el PGS para el TDAH y el tabaquismo (padres: OR:1,13 IC95%:1,09-1,17). El estudio concluye que existen asociaciones de la responsabilidad genética del TDAH con varios factores relacionados con el embarazo que se han considerado factores predisponentes para el TDAH en la descendencia. La responsabilidad genética de la esquizofrenia también mostró asociaciones con algunos factores relacionados con el embarazo, incluido un IMC más bajo antes del embarazo, mayor aumento de peso durante el embarazo y mayor tabaquismo durante el embarazo ⁽¹⁷⁾.

Woolway G, Smart S, Lynham A, Et al, (Inglaterra, 2022), en su estudio titulado “Riesgo Poligénico de Esquizofrenia y Experiencias de Adversidad en la Infancia: Una revisión sistemática y un metaanálisis” cuyo objetivo fue resumir las pruebas relativas a la interacción gen-ambiente entre el riesgo poligénico de esquizofrenia y la adversidad en la infancia para el resultado de la psicosis o la esquizofrenia. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de estudios tipo caso control donde se incluyeron 17 estudios. Con respecto a los resultados obtuvo que cualquier adversidad a lo largo de la infancia y la adolescencia está asociada con el desarrollo de la esquizofrenia (OR: 1.14 IC95%: 1.08 -1.20) además que la esquizofrenia está asociada con eventos de adversidad en la infancia, violencia domestica (OR: 1.07 IC95%: 1.01-1.13) abuso sexual (OR: 1.15 IC95%: 1.03-1.29) y agresión física (OR: 1.09 IC95%: 1.04-1.13). El trabajo concluyó que existe una correlación pequeña gen-ambiente, aunque significativa, entre el desarrollo de la esquizofrenia y la adversidad infantil ⁽¹⁵⁾.

Amoretti S, Rebelo-da-Ponte D, Garriga M, Et al, (Inglaterra, 2022), en su estudio titulado “Complicaciones obstétricas y cognición en la esquizofrenia: revisión sistemática y metaanálisis” cuyo objetivo fue revisar sistemáticamente los estudios disponibles que investigan la relación entre las complicaciones obstétricas y la cognición en la esquizofrenia y los trastornos psicóticos relacionados. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis siempre que fuera posible que incluyó 693 pacientes con esquizofrenia. Los datos fueron obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica sistemática en PubMed, EmBase, SCOPUS, y la librería de Cochrane donde se identificaron estudios que cumplan con los criterios de inclusión hasta enero del 2022. En los resultados se obtuvo el 37.9% tuvo como antecedente complicaciones obstétricas, no hubo diferencia significativa entre la memoria verbal de pacientes esquizofrénicos con antecedente de complicaciones obstétricas y los que no la tuvieron (Hedges’ g : -0.89, IC 95%: -1.41 - -0.37), $p < 0.001$), Del mismo modo, se encontró un peor rendimiento neuropsicológico en memoria de trabajo en individuos con esquizofrenia y complicaciones obstétricas (Hedges’ g : -1.47 (IC95%: -2.89 - -0.06), $p = 0.01$), también se halló que no hubo diferencia en la fluidez verbal [Hedges’ g: -0.32 IC95%: -0.79 - -0.15], el funcionamiento intelectual [Hedges’ g : -0.45 IC95%: -1.22 - 0.31) entre sujetos con antecedentes de complicaciones obstétricas y sin ellas. El trabajo concluye en que existen pruebas consistentes de una relación significativa entre la presencia de complicaciones obstétricas y un peor rendimiento cognitivo en pacientes esquizofrénicos; además las alteraciones durante la gestación tienen gran importancia en la capacidad cognitiva de los pacientes ⁽²⁴⁾.

King M, Jones R, Petersen I, Hamilton F, Nazareth I, (Inglaterra, 2020), en su estudio titulado “El tabaquismo como factor de riesgo de esquizofrenia o de todas las psicosis no afectivas” cuyo objetivo fue examinar si el hábito de fumar está relacionado con la

aparición de la esquizofrenia o con el diagnóstico más amplio de psicosis no afectiva. Se realizó un estudio analítico tipo cohorte prospectivo a través de la base de datos de atención primaria de The Health Improvement Network que incluyó 907 586 pacientes de 15 a 24 años del 1 de enero 2004 al 31 de diciembre del 2009 incluyendo a todos los pacientes con esas características. Los datos fueron obtenidos a través de un seguimiento individual de la historia clínica en la base de datos hasta el primer diagnóstico de psicosis o esquizofrenia. En los resultados se obtuvo que los pacientes que iniciaron tabaquismo durante el estudio tenían mayor riesgo de incidencia de esquizofrenia por 100.000 personas al año, que los no fumadores (IRR 1,94; IC 95%: 1,29-2,91) y más aún en fumadores crónicos (IRR 3,32; IC 95%: 2,67–4,14). Entre las mujeres, la tasa de incidencia de esquizofrenia fue mayor en las fumadoras que en las no fumadoras (IRR 1,50; IC 95%: 1,06-2,12), pero no mayor en las que iniciaban el tabaquismo durante el estudio. Para la psicosis no afectiva, el patrón fue similar para los hombres, pero más evidente en las mujeres, donde las tasas de incidencia de psicosis fueron mayores en quienes iniciaban el tabaquismo (RR ajustada 1,90; IC 95 %: 1,40-2,56) y en fumadores crónicos (RR ajustada 2,13; IC 95 %: 1,76 –2,57) a comparación de las no fumadoras. El trabajo concluye en que existe una asociación importante entre el tabaquismo y la incidencia de esquizofrenia y que fumar aumenta el riesgo para desarrollar esquizofrenia y psicosis no afectivas ⁽²⁵⁾.

Davies C, Et Al. (Londres 2020), en su estudio “Factores de riesgo y protectores prenatales y perinatales para psicosis: una revisión sistemática y un metaanálisis” cuyo objetivo fue proporcionar una síntesis completa y actualizada de la evidencia sobre la asociación entre riesgo prenatal o perinatal y factores protectores y trastornos psicóticos. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis, basado en artículos publicados hasta el 20 de julio de 2019 identificando estudios tipo cohortes y de casos controles que estudian la relación entre los factores prenatales y perinatales y trastornos psicóticos no orgánicos como la esquizofrenia y otros, comparados con un grupo sano. Se usó 152 estudios relacionados con 98 factores de riesgo o protectores fueron elegibles para el análisis. Con respecto a los resultados se halló que la edad materna menor de 20 años (OR 1,17) y 30 a 34 años (OR 1,05) están asociados a desarrollar algún tipo de psicosis; así como, la edad paterna menor de 20 años (OR 1,31) y mayores de 35 años (OR 1,28); con respecto a factores maternos tener tres o más embarazos (OR 1,30), haber tenido déficit nutricional durante el embarazo (OR 1,40), estrés materno (OR 2,40) o presentar alguna infecciones materna durante el embarazo (OR 1,27) estaría asociado a la psicosis; en relación a los factores perinatales haber nacido en la temporada de invierno (OR 1,05) e invierno a primavera (OR 1,05) en el hemisferio norte, haber presentado hipoxia perinatal(OR 1,63), rotura prematura de membranas(OR 2,29), incremento de líquido

amniótico (OR 3.05), complicaciones obstétricas en el parto (OR 1,83), bajo peso al nacer (OR 1,84), pequeño para edad gestacional (OR 1,40) o parto prematuro (OR 1,35) también se asocian a la psicosis; con respecto a la herencia, si la madre (OR 4,60) o el padre (OR 2,73) tenían alguna psicopatología como psicosis (OR 7,61) o trastorno afectivo (OR 2,26) se asociarían al desarrollo de psicosis. El estudio concluye que existen varios factores prenatales y perinatales que están asociados con la aparición tardía de la psicosis y que con el conocimiento brindado por este estudio podría servir como predictor de riesgos e informar estrategias preventivas ⁽¹⁶⁾.

Lydholm C, Kohler O, Nordentoft M, Et al. (Dinamarca, 2019), en su estudio titulado “Infecciones de los padres antes, durante y después del embarazo como factores de riesgo de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia: un estudio danés a nivel nacional”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre infecciones de los padres antes, durante y después del embarazo como factores de riesgo de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia: un estudio danés a nivel nacional. Se realizó un estudio prospectivo de cohorte en Dinamarca donde identificó a 1.206.600 niños nacidos entre 1996 y 2015 y los siguió hasta un máximo de 20 años de edad. En los resultados obtuvo que las infecciones maternas durante el embarazo tratadas con agentes antiinfecciosos aumentaron el riesgo de trastornos mentales en su descendencia (HR: 1,09, IC95%:1.06-1.12 p < 0,001), mayor que las infecciones paternas (HR: 1.01; IC95 %: 0.98-1.03). El trabajo concluyó que el riesgo de trastornos mentales aumentó en una relación dosis-respuesta con el número de infecciones maternas tratadas con agentes antiinfecciosos, particularmente durante y después del embarazo⁽²⁶⁾.

Liu Y, Mendonca M, Johnson S, Et al. (Inglaterra, 2019), en su estudio titulado “Comprobación de los modelos de psicosis basados en el neurodesarrollo, el trauma y los factores de riesgo del desarrollo mediante un experimento naturalista”, cuyo objetivo fue probar simultáneamente cuál de los tres modelos siguientes: el modelo del neurodesarrollo, el modelo del trauma, el modelo de desarrollo de factores de riesgo, explica mejor el desarrollo de la psicosis. El estudio fue longitudinal prospectivo tipo cohorte en dos estudios de cohorte prospectivos basados en la población de niños nacidos prematuros: el estudio longitudinal alemán de Baviera, un estudio de cohorte definido regionalmente de niños pretermino(< 32 semanas de gestación) y/o muy bajo peso al nacer(<1500g) seguidos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, y el estudio EPiCure, una cohorte de niños extremadamente prematuros (<26 semanas de gestación) nacidos en el Reino Unido e Irlanda y seguidos hasta los 19 años de edad donde se reúne en total 719 individuos. En los resultados se obtuvo que 399 participantes completaron el estudio, ser víctima de algún trauma en una oportunidad (OR: 3.13 IC95%: 1.38- 7.12) aumenta el riesgo de desarrollar psicosis y aún más en dos oportunidades (OR: 4.66

IC95%: 1.88- 11.59); la prematuridad y/o bajo peso al nacer no es predictor de desarrollo de psicosis (OR: 1.42 IC95%: 0.8-2.5), la prematuridad o bajo peso al nacer asociado al trauma no se halló interacción entre el bajo peso o prematuridad con el trauma en su efecto predictor (OR: 1.03 IC95%: 0.06-6.64 p=0.95). El trabajo concluyó que la victimización entre iguales es un factor de riesgo para desarrollar psicosis en la edad adulta, y este riesgo es el mismo para los niños con o sin déficits de neurodesarrollo ⁽²⁷⁾.

Díaz LRM, Ramos YP, Correa YD. (Cuba, 2020), en su estudio titulado “Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgos asociados al debut de esquizofrenia en pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría. El estudio tuvo un diseño analítico, retrospectivo de tipo casos y controles realizado en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Docente Comandante Pinares San Cristóbal, Artemisa, durante el año 2018. La población fue de 79 casos y 79 controles. En cuanto a los resultados se obtuvo que los factores genéticos de antecedente familiar de esquizofrenia fue un factor asociado estadísticamente significativo con un riesgo de debut de esquizofrenia de 3,9 más probable el en estos casos que en los demás pacientes (IC95%=1.97-7.52); entre los factores no genéticos la personalidad pre mórbida (OR:5.29 IC95%=2.31-12.1), estado civil soltero (OR:2.8 IC95%=1.49-5.47), evento estresante relacionado (OR:12.2 IC95%=5.2-31.6) y la familia disfuncional (OR:2.7 IC95%=1.37-5.53) presentaban asociación. El estudio concluye que los pacientes jóvenes y masculinos tendrían más riesgo de debutar con esquizofrenia, así como el antecedente familiar; los factores de personalidad premórbida, estado civil soltero, evento estresante y familia disfuncional también serían factores asociados ⁽¹⁴⁾.

Niemela S, Et al, (Estados Unidos, 2016), en su estudio titulado “Exposición prenatal a la nicotina y riesgo de esquizofrenia entre los hijos de una cohorte nacional de nacimientos” cuyo objetivo fue determinar la relación entre la exposición prenatal a la nicotina (nivel de cotinina) en sueros maternos archivados y la esquizofrenia en los hijos de una cohorte de nacimiento nacional. Se realizó un estudio analítico retrospectivo tipo caso control anidado donde la muestra estuvo compuesta por todos los descendientes nacidos en Finlandia entre 1983 y 1998, y los sujetos fueron seguidos hasta 2009. Los resultados obtuvieron que existe asociación significativa entre el aumento de la cotinina materna transformada logarítmicamente y las probabilidades de esquizofrenia (OR: 2.69, IC95%:1.54–4.69, p<0.0001); en el modelo que incluye la edad materna, la provincia de nacimiento y cualquier trastorno psiquiátrico de los padres como covariables, el riesgo fue 3,41 veces más (IC 95 %: 1.86–6.24, p≤0.0001); incluyendo cualquier trastorno psiquiátrico de los padres el riesgo fue de 1,38 veces (IC 95%:1.05–1.82, p=0.02). El

trabajo concluyó que la exposición prenatal a la nicotina durante la gestación se relacionó con un aumento de las probabilidades de esquizofrenia ⁽¹⁸⁾.

Espinoza D, Et Al (Honduras, 2016), en su estudio titulado “Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras” cuyo objetivo fue determinar factores asociados en pacientes diagnosticados con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Se realizó un diseño analítico tipo caso control, con una población de 44 pacientes diagnosticados con esquizofrenia (casos) y 88 pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos (controles) de ellos 44 con trastorno ansioso y 44 con trastorno depresivo mayor, la información se recolectó usando un cuestionario y entrevistas personales. En los resultados se obtuvo que la media de edad de diagnóstico de esquizofrenia fue 23.7 años, la soltería estaba asociada a esquizofrenia (OR: 5.7 IC95%=2.3- 14.3), la ocupación de desempleado estaba relacionado a la esquizofrenia (OR: 3.29 IC95%= 2.1-10.1), el antecedente de tener familia de primero y segundo grado de consanguinidad con esquizofrenia tuvo asociación estadísticamente significativa con el desarrollo de esquizofrenia (OR:40 p<0.00001). El estudio concluye que existe relación entre antecedentes familiares y esquizofrenia. ⁽¹¹⁾.

Los últimos estudios analíticos sobre la asociación de factores predisponentes a la esquizofrenia en nuestro país se llevaron a cabo en la década pasada; por lo tanto, no se presenta ningún antecedente local al respecto.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023?

1.3.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023?
2. ¿Cuáles son las características genéticas en pacientes rurales con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023?

3. ¿Cuáles son las características materno perinatales en pacientes rurales con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023?

4. ¿Cuáles son las características ambientales en pacientes rurales con esquizofrenia de Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023.
2. Describir las características genéticas en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023.
3. Precisar las características materno perinatales en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023.
4. Determinar las características ambientales en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023.

1.5. Justificación de la investigación

La Esquizofrenia es un trastorno psicótico que puede presentarse como un único episodio remitir con el tratamiento o cronificar requiriendo tratamientos más agresivos. Las personas que sufren esquizofrenia presentan un compromiso complejo a nivel de la psicopatología clínica que presentan, con una limitación en gran medida del desarrollo personal y familiar.

Es importante una adecuada intervención en pacientes esquizofrénicos optimizando el tratamiento para disminuir complicaciones tan graves como la mortalidad temprana. Se ha reportado que en pacientes esquizofrénicos la tasa de

mortalidad temprana es alta debido, tanto a factores orgánicos como a complicaciones o exacerbaciones de la propia enfermedad. Los pacientes esquizofrénicos presentan una alteración de desarrollo personal y social que afecta a sí mismo como a la familia.

La implementación de Centros de Salud Mental Comunitarios ha fortalecido la cobertura de salud en toda la población. Con la Iniciativa de implementar y crear Centros de Salud Mental Comunitarios en las zonas rurales es más fácil llegar, estudiar y conocer las características de la esquizofrenia en pacientes rurales con el objetivo de optimizar el manejo de la esquizofrenia basándonos en las características sociodemográficas de estos pacientes.

Este estudio nos ayudará a esclarecer la epidemiología de la esquizofrenia en Cusco, sobre todo nos mostrará el panorama de los pacientes esquizofrénicos atendidos en los Centros de Salud Mental Comunitarios que abarca tanto población rural como urbana, caracterizando los factores asociados a esta patología cuya evolución es tan incapacitante y sus complicaciones altamente mortales.

1.6. Limitaciones de la investigación

El presente estudio tendría entre sus limitaciones los siguientes: el sesgo de veracidad dado que algunos datos podrían causar vergüenza al momento de responder, sesgo de memoria porque al momento de la entrevista el paciente podría no recordar algunos datos y el sesgo de confusión en caso el paciente responda datos de varios años atrás que pueda confundir, por ello será necesario que al momento de realizar la entrevista, el paciente se encuentre con un familiar que lo acompañe, de tal forma corrobore y ayude con los datos que se les solicitará.

1.7. Aspectos éticos

El presente estudio respetará el Código de Nuremberg por ello se pedirá el consentimiento informado a los pacientes e informará de todos los procedimientos, estará guiado por la declaración de Helsinki con el objetivo de proteger la confidencialidad y privacidad de los pacientes participantes en el estudio. Además, se cumplirá con el reporte Belmont respetando la beneficencia y justicia de los participantes del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1 Esquizofrenia

Se describe la esquizofrenia como una enfermedad individual, aunque muchos autores se refieren a ella como un grupo de trastornos de patologías heterogéneas de ese modo, el enfoque al analizar las presentaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad es distinto para cada caso ⁽²⁸⁾.

Eugen Bleuler en 1857 acuñó el término esquizofrenia que substituyó al de demencia precoz que Emil Kraepelin, en 1856, tradujo del término de Morel *démence précoce*, vocablos que hacían hincapié en el cambio cognitivo y el inicio precoz del trastorno ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

La clínica tiene diferentes presentaciones, entre los que se tiene cambios en la percepción, emoción, cognición, pensamiento y comportamiento. Cada paciente tendrá diferente presentación de la sintomatología generalmente varía con el tiempo, pero lo que es bien conocido es que el efecto de la enfermedad siempre será grave y prolongada con degeneración inminente ⁽²⁸⁾. La edad de inicio suele ser antes de los 25 años, pero la enfermedad persistirá toda la vida y afecta a todo tipo de raza y clase social. Dado que el conocimiento de las repercusiones de esta enfermedad es poco entendido por los pacientes y familiares, ellos no suelen acudir a tiempo a ser atendidos ya sea por malos tratos en los centros de salud, sufrir ostracismo social o tener poco acceso a centros de salud que puedan tratar esta patología ⁽²⁸⁾. La esquizofrenia es un trastorno mental de presentación habitual pero la fisiopatología y la esencia de su naturaleza sigue siendo investigada ⁽²⁸⁾.

Los factores relacionados a la esquizofrenia son múltiples y entre ellos se estudian a alteraciones genéticas de neurodesarrollo asociado o no con factores ambientales que se inician en la segunda o tercera década de la vida que desencadenarían el episodio psicótico con tendencia a la cronicidad ⁽³⁰⁾.

La esquizofrenia se presenta con ideas delirantes, alucinaciones, desorganización del lenguaje y alteraciones de la conducta, aunque la claridad de conciencia como las capacidades intelectuales se mantienen conservadas, pero como parte de la evolución de la enfermedad la enfermedad puede agravar y afectar sus pensamientos, sentimientos y conductas que son percibidas como conocidos, compartidos o manipulados por fuerzas externas naturales o sobrenaturales

rompiéndose la vivencia de la unidad del yo, sintiendo el centro de todo lo que sucede ⁽³⁰⁾. El debut de la enfermedad se presenta en la adolescencia o en la juventud y el curso habitual se manifiesta en forma de brotes psicóticos acompañado de deterioro afectivo y un aislamiento social prevalecerá más estable a lo largo de la evolución del trastorno ⁽³⁰⁾.

2.1.2. Epidemiología

En general se maneja una prevalencia de esquizofrenia del 1% lo que significa que uno de cada 100 habitantes desarrollará un episodio de esquizofrenia durante toda su vida independientemente del sexo, cultura y nivel socioeconómico. Además, tras realizar múltiples estudios analizando diferentes características se observó una prevalencia distinta según cultura ⁽²⁹⁾, como lo reportado en España el 2020 del 3.7% de la población y de Estados Unidos de 1% ⁽³⁾.

Como se ha descrito antes, la esquizofrenia es una enfermedad mental con tendencia a la cronificación por tanto las tasas de prevalencia son bastante más altas que las de incidencia que se estima de hasta 7/ 10000 al año ⁽²⁹⁾⁽³¹⁾.

Saraceno B. et al. En su publicación titulado “los trastornos mentales en América Latina y El Caribe” describió tasas de prevalencia de psicosis no afectivas y la esquizofrenia son de 1.4% (media) a 1.6% (mediana) de la población con riesgo de desarrollar la enfermedad en algún momento de la vida ⁽⁴⁾.

La edad de debut del primer episodio psicótico suele ser durante la adolescencia; el inicio en la niñez y en la adultez con una gran diferencia en el sexo, siendo el más frecuente el sexo masculino con una relación de 1,4:1 ⁽²⁹⁾, es importante tener en cuenta que las féminas se diagnostican más tarde que los varones. La edad estimada de inicio es de entre 18 y 25 años para los varones y entre 25 y 35 para las féminas, con otro pico en la perimenopausia. ⁽¹⁶⁾. Además, el pronóstico es peor en los hombres ⁽²⁹⁾.

Menos de la mitad de los pacientes reciben tratamiento a pesar de la gravedad del cuadro clínico y de las consecuencias que se derivan de él. La proporción de personas solteras entre los pacientes con esquizofrenia es alta porque la enfermedad crea aislamiento y estigmatización social, que lleva a pocas parejas y que la tasa de fecundidad actual sea baja. Estos trastornos aparecen en todas las culturas y estratos sociales, aunque un importante número de enfermos se encuentra entre los niveles socioeconómicos más bajos ⁽³⁰⁾.

Las tasas de mortalidad entre las personas diagnosticadas de esquizofrenia son mayores que en la población general. Este hecho se deriva del infra diagnóstico

de los problemas médico quirúrgicos de estos pacientes y del riesgo provocado por el consumo abusivo de tabaco (ocurre en el 90%), alcohol (30-50%) y otras sustancias. Alrededor del 15% fallecen tras realizar una tentativa de suicidio ⁽³⁰⁾.

2.1.3 Etiología

La psicosis se clasifica en 2 categorías de acuerdo a su etiología ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾.

a) Psicosis orgánicas o secundarias: las psicosis orgánicas o secundaria se basa en una alteración cerebral que explicaría desde el punto de vista estructural o metabólico mediante exámenes médicos de rutina. Es decir, existe evidencia objetiva de un daño en el tejido cerebral o de alguna enfermedad que puede explicar los síntomas ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

b) Psicosis funcionales o primarias: establece su origen en disfunciones neuroquímicas de forma que asociadas a lesiones estructurales o metabólicas interfieren con sustentos más íntimos a nivel intracelular en las conexiones inter neuronales, intra sináptico comprometiendo circuitos y redes neuronales. Están incluidos las investigaciones que relacionan los factores genéticos. Además, los últimos estudios muestran mediante técnicas de neuro imágenes y bioquímicas que la etiopatogenia de las psicosis primarias involucra desregulaciones en los sistemas de neurotransmisores que parecen relacionados a procesos ligados al neuro desarrollo y apoptosis ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

La mejor evidencia que apoya la desregulación de neurotransmisores es la respuesta clínica favorable observada tras la administración de fármacos que actúan sobre la función dopaminérgica, serotoninérgica y glutamatérgica ⁽¹⁹⁾.

2.1.4 Fisiopatología

Teniendo en cuenta la heterogeneidad sintomática y pronostica de este grupo de pacientes no se puede considerar un factor único causal aislado ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

2.1.4.1. Factores genéticos

Este tipo de trastorno tiene un elevado componente hereditario. La psicopatología familiar, incluida cualquier psicopatología materna (OR 4-60) o paterna (OR 2-73), psicosis materna (OR 7-61) y trastorno afectivo materno (OR 2-26) son factores de riesgo significativos ⁽¹⁶⁾. La prevalencia de este trastorno entre los gemelos monocigóticos de pacientes con este diagnóstico o de sujetos cuyos 2 progenitores estuvieran afectados por la enfermedad multiplica por 40 la prevalencia encontrada en la población

general. Los estudios de adopción también han confirmado la relevancia de la herencia ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

El modelo de transmisión encaja con un modelo multifactorial, de forma que varios genes pueden conferir cierta predisposición para la enfermedad con una susceptibilidad genética influida por factores físicos o socio familiar con un riesgo de 1.14 veces más de desarrollar esquizofrenia (IC 95%:1.08, 1.20) ⁽¹⁵⁾.

Otros investigadores consideran que el papel de la interacción genes ambiente es menos influyente ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

2.1.4.2. Factores neurobiológicos

Alteraciones relacionadas con los sistemas de neurotransmisión neuronal

A. Neurotransmisión dopaminérgica

La hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia considera que existe una disregulación dopaminérgica cerebral, encontrándose valores bajos de dopamina en las regiones pre frontales y niveles altos en las regiones límbicas y subcorticales. Las alteraciones dopaminérgicas en las regiones subcortical y sistema límbico podría ser las responsables de los síntomas positivos como las alucinaciones y los delirios ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

Los resultados que apoyan la hiperactividad dopaminérgica de los circuitos mesolímbicos están relacionados con la eficacia de los fármacos antipsicóticos para controlar los síntomas positivos. De otro lado, los fármacos o drogas que activan estos circuitos como la cocaína o la amfetamina pueden provocar síntomas psicóticos ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

B. Neurotransmisión serotoninérgica

La implicación de este neurotransmisor procede de los estudios en los que se han realizado con éxito los antipsicóticos atípicos con actividad anti 5-HT₂ en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

C. Neurotransmisión gabaérgica

Este neurotransmisor inhibitorio también se ha implicado en la fisiopatología de la esquizofrenia. Los hallazgos coinciden en que algunos pacientes podrían tener una pérdida de neuronas gabaérgicas en el hipocampo. Esta pérdida en teoría, podría provocar una hiperactividad de las neuronas tanto dopaminérgica como noradrenérgica ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

D. Neurotransmisión glutamatérgica

La hipofunción del receptor de glutamato se ha propuesto como causa para explicar los síntomas positivos y negativos de la enfermedad, ya que los antagonistas de los receptores de glutamato como la ketamina o la fenilciclina mimetizan estos síntomas mientras que los agonistas de estos receptores como glicina y d-cicloserina los pueden mejorar ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

E. Neurotransmisión noradrenérgica

Ha sido la menos implicada en la fisiopatología de la esquizofrenia, aunque podría desempeñar un importante papel a través de su relación con el estrés ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾⁽³²⁾.

2.1.4.3. Factores Materno perinatales

La edad materna de 20 años o menos (OR 1.17) o de 30-34 (OR 1.05) son factores de riesgo significativos, y las edades 20-24 (OR 0.93) y 25-29 (OR 0.92) fueron factores protectores significativos ⁽¹⁶⁾.

Agentes infecciosos, incluidos el herpes simple (HSV) tipo 2 (OR 1.35), toxoplasma (OR 1-30), e infecciones maternas no especificadas (NOS; OR 1.27) fueron todos factores de riesgo significativos ⁽¹⁶⁾.

Las complicaciones obstétricas, incluida tener tres o más embarazos (OR 1,30), haber tenido déficit nutricional durante el embarazo (OR 1,40), estrés materno (OR 2·40) o presentar alguna infecciones materna durante el embarazo (OR 1,27) estaría asociado a la psicosis; en relación a los factores perinatales haber nacido en la temporada de invierno (OR 1·05) e invierno a primavera (OR 1,05) en el hemisferio norte, haber presentado hipoxia perinatal(OR 1,63), rotura prematura de membranas(OR 2,29), incremento de líquido amniótico (OR 3.05), complicaciones obstétricas en el parto (OR 1,83) también fueron factores de riesgo significativos ⁽¹⁶⁾.

2.1.4.4. Factores ambientales

Algunos estudios han señalado la influencia de las relaciones familiares en esta enfermedad, de forma que se ha formulado diversas hipótesis. Aunque actualmente superada, resultó pionera la teoría del doble vínculo que se basa en la teoría de la comunicación, consideraba que existía un desacuerdo entre los mensajes verbales de afecto y los no verbales de rechazo y hostilidad. Este tipo de comunicación se pensó que podría ser el responsable de la aparición de la enfermedad. Desde una perspectiva

más moderna, puramente descriptiva y no culpabilizadora, también se ha constatado que en las familias donde hay un paciente con esquizofrenia suele darse una relación familiar caracterizada por la sobre implicación el criticismo y la hostilidad de los padres hacia el paciente (teoría de la emoción expresada). La presencia de esta alta expresividad emocional en las familias se ha asociado a una mayor tasa de recaídas durante el tratamiento ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾, reportándose como factor de riesgo al abuso psicológico o físico (OR:1.15 IC 95%: 1.03, 1.29) así como a eventos traumáticos durante la infancia como el abuso sexual (OR = 1.71; IC95%: -5.37, 8.78) ⁽¹⁵⁾.

2.1.4.5. Factores psicológicos

Muchos pacientes diagnosticados de esquizofrenia y también alguno de sus familiares son descritos como suspicaces introvertidos, retraídos, excéntricos e impulsivos. Al conjunto de estas características de personalidad se le denomina esquizotipia y se considera que podría ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la enfermedad ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

Desde la psicología evolucionista se han propuesto varias hipótesis para explicar esta enfermedad. Se ha señalado que la esquizofrenia podría ser el precio que ha tenido que pagar nuestra especie por el desarrollo cerebral que incluye las funciones del lenguaje. También sea hipotética dado que en el proceso de especiación del ser humano desempeñaron un papel esencial los cambios del metabolismo lipídico que han facilitado una mayor conectividad neuronal y por tanto nuevas funciones, de forma que estos trastornos mentales podrían deberse a disfunciones de los genes que regulan dicho metabolismo. Desde otra perspectiva también se ha relacionado la esquizofrenia con las características esquizotípica de la personalidad y con el papel adaptativo que estos rasgos han podido desempeñar en la evolución de nuestra especie ⁽²⁸⁾⁽³⁰⁾.

2.1.5. Presentación clínica

Los signos y síntomas indispensables son el delirio, alucinaciones o habla desorganizada pero el resto podría estar o no presente ⁽³³⁾.

2.1.5.1. Síntomas y signos premórbidos

Las investigaciones de muchos autores concluyen que los signos y síntomas precede a la fase prodrómica de la enfermedad. Es decir que antes de la manifestación de la enfermedad propiamente dicha se presentan signos y

síntomas diferenciados que forman parte de la evolución del trastorno. Estos signos y síntomas premorbidos no son invariables y son conocidos como la personalidad esquizoide que se caracterizaban por ser tranquilos, pasivos e introvertidos y durante la infancia tenían pocas amistades y más bien prefieren hacer cosas como ver televisión, hasta el extremo de excluir en su totalidad las actividades sociales, incluso los adolescentes esquizofrénicos suelen no tener amistades próximas, no salen con gente, incluso pueden llegar a evitar los deportes de equipo ⁽²⁹⁾.

2.1.5.2. Síntomas positivos

Se refiere a una percepción exagerada de procesos normales tales como se explicará a continuación ^{(28) (29)}.

- **Alucinaciones:** percepción de un proceso sensorial sin la estimulación objetiva externa. Las más comunes serían las auditivas, aunque también están las visuales, somáticas, olfativas o gustativas ^{(28) (29)}.

- **Delirios:** se refiere a creencias falsas sólidas e inquebrantables, es decir, resistente a la contradicción aun cuando haya evidencia irrefutable y están presentes en aproximadamente el 80% de los pacientes ^{(28) (29)}.

El delirio extraño se refiere a situaciones que son claramente inverosímiles y de un contenido no comprensible mientras que los no extraños se refiere a una situación que, aunque se sabe que no es cierta, es comprensible y existe posibilidad de ser cierta ^{(28) (29)}.

- **Desorganización:** los pacientes con esquizofrenia podrían mostrar algún grado de desorganización en su pensamiento o comportamiento. Los comportamientos desorganizados son evidentes de observar, mientras que los pensamientos no. A continuación, se describirán ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾:

- Habla tangencial: se refiere a cuando una persona habla de algo y mientras lo hace se aleja del tema de inicio o responde a una pregunta redundando sin ser clara.
- Habla circunstancial: la persona terminará respondiendo una pregunta, pero de un modo muy indirecto.
- Descarrilamiento: se refiere cuando una persona cambia de tema bruscamente sin tener ninguna relación.
- Neologismo: se refiere a la creación de términos nunca usados e idiosincrásicas.

- Ensalada de palabras: cuando una persona dice palabras sin correlación y sin poder ser interpretado ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.5.3. Síntomas negativos

Contrario a los signos y síntomas positivos estos se presentan como una disminución o ausencia de los procesos normales, ellos pueden ser primario o de déficit, a continuación, se explicará cada una ^{(19) (28) (29)}.

- Aplanamiento o embotamiento afectivo: caracterizado por la ausencia cambios y disminución de movimientos en la expresión facial, acompañado de ausencia de, falta de muecas que reflejen emociones, muy poco contacto visual, ausencia de respuesta afectiva, afectos inapropiados y falta de inflexiones verbales ⁽¹⁹⁾.
- Alogia: caracterizada por ausencia de asertividad y poca lógica para expresar pensamientos ⁽¹⁹⁾.
- Abulia: caracterizado por pereza, descuido en el cuidado personal e higiene, poco energética y desinterés en actividades laborales y estudios ⁽¹⁹⁾.
- Anhedonia: caracterizado por una pobre capacidad para disfrutar del placer y falta de satisfacción en las relaciones sexuales o actividades recreativas. ⁽¹⁹⁾.
- Atención: caracterizado por pobre capacidad de concentración para conversar o rendir exámenes⁽¹⁹⁾.

2.1.6. Evaluación

2.1.6.1. Sensorio y cognición

Orientación: las personas con esquizofrenia no suelen tener problemas para reconocer a las personas u orientarse en tiempo y espacio, y si lo hubiera, haría pensar en otra patología cerebral de carácter médico o neurológica. Algunos pacientes con esquizofrenia dan contestaciones incertadas o anormales a preguntas sobre la orientación espacial o temporal, por ejemplo: “yo soy Cristo esto es el cielo y estamos en el año 35 d. C”

Memoria: Según las comprobaciones realizadas en el examen psicopatológico, la memoria suele no tener alteraciones, sin embargo, puede haber un ligero deterioro cognitivo. Sin embargo, puede haber errores al momento del examen que lleve a resultados erróneos por el médico ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

Deterioro cognitivo: Los pacientes con esquizofrenia normalmente pueden presentar en poca magnitud deterioro cognitivo en las áreas de atención, función ejecutiva, memoria de trabajo y memoria episódica. Pese a que la mayoría de pacientes esquizofrénicos tiene un coeficiente intelectual normal, es posible que en alguna magnitud estos pacientes tengan un deterioro cognitivo mayor que pacientes sanos. Si los hubiera, sin embargo, estos cambios no tienen valor diagnóstico, más bien está relacionado con el resultado funcional de la enfermedad y, por tanto, presenta valor pronóstico para estudiar la evolución de la enfermedad y diseñar el tratamiento más adecuado ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

Juicio e introspección: a baja conciencia de la enfermedad se vincula con una mala adherencia al tratamiento. Cuando se lleva a cabo un examen psicopatológico de los pacientes, el médico debe describir completamente los distintos aspectos de la enfermedad que presentan, como el reconocimiento de las manifestaciones, los inconvenientes con la interacción social y las causas de estos inconvenientes. Esta información puede ser clínicamente útil a la hora de diseñar estrategias de tratamiento individualizadas basados en los estudios de afectación cerebral como los lóbulos parietales ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

Fiabilidad: Una persona con esquizofrenia no es menos fiable que otras personas, pero la enfermedad podía llevarlo a confusiones y errores al responder preguntas o dar información por lo que es importante confirmar la información con otras fuentes. ⁽²⁾⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

2.1.6.2. Depresión post esquizofrénica

Consiste en un trastorno depresivo que ocurre después de haber sufrido un brote esquizofrénico. Aunque pueden coexistir síntomas psicóticos estos no son los predominantes. Algunos autores consideran que este cuadro no es más que una reacción psicológica a la esquizofrenia, aunque otros lo han considerado como parte intrínseca de la enfermedad ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

2.1.7. Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico adecuado se debe realizar una anamnesis exhaustiva tomando en cuenta aspectos desde la etapa gestacional. Además, se cuenta con criterios de diagnóstico estandarizados que se describirá a continuación.

2.1.7.1. Criterios de diagnóstico del DSM-V/Esquizofrenia

- Dos o más de los siguientes síntomas, los que deberán estar presentes en una parte significativa del período de un mes, o menos, si se tratan con éxito ⁽³⁴⁾: (Al menos uno debe ser 1,2 o 3)

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado.
- Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos.

Con la evolución de la enfermedad, más de un aspecto de la vida del paciente estará alterado con una diferencia superior con el que ya tenían al debutar, en un tiempo significativo desde el inicio del cuadro. Tener en cuenta que cuando el inicio del trastorno es en la niñez o la adolescencia, será necesario evaluar y hacer un seguimiento de la incapacidad para alcanzar el nivel esperado de logro interpersonal, académico u ocupacional según sea la edad ⁽¹⁹⁾⁽²⁸⁾⁽³⁴⁾.

- El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con características psicóticas se han descartado ⁽¹⁹⁾⁽²⁸⁾⁽³⁴⁾.

- La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una condición médica general ⁽¹⁹⁾⁽²⁸⁾⁽³⁴⁾.

- Es importante descartar con seguridad la presencia del trastorno autista como diagnóstico adicional de esquizofrenia e investigar la presencia de delirios o alucinaciones de manera activa durante al menos un mes o menos, si se tratara adecuadamente ⁽¹⁹⁾⁽²⁸⁾⁽³⁴⁾.

2.1.8 Clasificación

2.1.8.1. Esquizofrenia paranoide

Es el subtipo de esquizofrenia más frecuente, existe un predominio de los síntomas positivos de tipo alucinatorio y delirante, generalmente con carácter estructurado. El enfermo presenta ideas delirantes de persecución, de celos, de referencia, genealógica o referentes a una misión especial que debe cumplir. Las alucinaciones auditivas suelen presentarse en forma de voces que insultan o dan órdenes al enfermo. A veces solo son ruidos, risas, murmullos. Las áreas cognitiva y emocional suelen estar preservadas sin que predominen los síntomas negativos. Se observa cierta incongruencia afectiva, ira, suspicacia y temor. Los

pacientes con esquizofrenia paranoide suelen tener un inicio más tardío y un mejor pronóstico ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.8.2. Esquizofrenia hebefrénica

Existe un predominio de ideas delirantes bizarras, extrañas y fragmentadas punto las alteraciones formales del pensamiento son la norma (se observa un lenguaje incoherente con tendencia a la divulgación). El sentimentalismo es una risa inadecuada, infantil, aburrida y un cambio serio de voluntad con una clara pérdida de propósito. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden no predominar. Suelen aparecer en adolescentes con rasgos de personalidad caracterizados por la timidez y el retraimiento. Curso con un gran deterioro global de todas las áreas de la personalidad ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.8.3. Esquizofrenia catatónica

Este tipo de esquizofrenia se caracteriza por la presencia de trastornos psicomotores graves que pueden consistir en agitación y estupor, o del negativismo a la flexibilidad cética y la catalepsia (posturas rígidas extravagantes e inadecuadas mantenidas durante largos periodos de tiempo). En la actualidad este tipo de enfermedad es poco frecuente en los países occidentales ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.8.4. Esquizofrenia indiferenciada

Se trata de una categoría residual para aquellos cuadros que no cumplen los criterios de los subtipos anteriores ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.8.5. Esquizofrenia residual

Se trata de un cuadro en estadio avanzado (al menos 1 año de evolución) en el que han remitido los síntomas psicóticos activos, pero persisten los síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alogia, falta de iniciativa, empobrecimiento del lenguaje y deterioro del funcionamiento global ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.8.6. Esquizofrenia simple

Se trata de un tipo infrecuente que se caracteriza por el predominio de los síntomas negativos desde el inicio del cuadro, sin evidencia de síntomas positivos en la fase activa. Tienen mal pronóstico, con grave deterioro social y mal funcionamiento de todas las áreas ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9. Diagnóstico diferencial

Es importante realizar un diagnóstico, descartar tanto patologías orgánicas o antecedentes de consumo de sustancias tóxicas que podría simular la sintomatología esquizofrénica, así como patologías médicas concomitantes ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.1. Trastornos afectivos. - Cuando los cuadros afectivos van acompañados de psicosis es difícil diferenciarlos de la esquizofrenia en la fase aguda, el diagnóstico diferencial depende de la relación temporal entre los síntomas afectivos y los esquizofrénicos y de su duración relativa ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.2. La psicosis reactiva breve. - Se presenta menos de 4 semanas y está relacionada con un estrés psicosocial ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.3. Los trastornos delirantes paranoides. - No se asocian con delirios extraños, asociaciones inconexas, incoherencia o alucinaciones ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.4. Trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide, fronteriza). - Pueden ir con síntomas psicóticos transitorios que remiten en el curso de horas o días ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.5. Trastorno obsesivo compulsivo e hipocondría. - El sujeto afectado puede justificar sus síntomas con razones exageradas y casi delirantes, pero admite el carácter irracional de sus preocupaciones ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.6. Trastorno autista. - Trastorno que se presenta antes de los 12 años ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.9.7. La simulación y el trastorno ficticio. - Los síntomas son manejados a voluntad o se deben a situaciones especiales (cárcel). Los síntomas se presentan de forma atípica ⁽¹⁹⁾⁽²⁹⁾.

2.1.10. Manejo de pacientes con Esquizofrenia

Los objetivos que se plantean para el manejo de pacientes esquizofrénicos se deben establecer tomando en cuenta las diferentes características, factores relacionados y desencadenantes, siendo cada plan individual y estratégico para lograr los siguientes objetivos ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

- Control y gestión de las manifestaciones y prevención de recaídas ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.
- Mejorar las habilidades para posibilitar un funcionamiento psicológico lo más independiente y coordinado posible ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

- Apoyar a los hogares ofreciéndoles el asesoramiento y la formación que necesitan para dar mejoría a la convivencia familiar y apoyar el proceso de atención y recuperación de su familia con esquizofrenia ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

- Apoyo a la recuperación e integración en la ciudadanía, posibilitación de la participación social activa y el desarrollo de roles sociales normales ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

2.1.10.1. La atención integral en la comunidad a personas con esquizofrenia

El proceso la integración multidisciplinaria está basada con un cambio ideológico sustentado en la integración de estructuras axilares para pacientes con esquizofrenia que como parte de la enfermedad tienen pocas posibilidades y muchas debilidades aparte de las que tiene como persona en vulnerabilidad y en el proceso hace aparecer nuevas problemáticas y demandas a cubrir para lograr una atención integral de salud y una inclusión en la sociedad y dar el soporte necesario para tal fin ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

2.1.10.2. Abordaje de los pacientes con esquizofrenia en la atención primaria

Una vez que el paciente se encuentra en tratamiento en el centro de salud mental correspondiente, el médico de atención primaria suele participar de forma activa en el seguimiento de las pautas de medicación psiquiátrica y además se responsabiliza de la detección y el manejo de las múltiples patologías médico quirúrgicas de estos pacientes ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

2.1.10.3. Fármacos antipsicóticos

Se trata de fármacos usados con el objetivo de atenuar las ideas delirantes, las alucinaciones y consiguen en alguna magnitud mejorar la calidad de vida de la persona y su familia ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.

- Antipsicóticos tradicionales, que controlan la acción de la dopamina. El componente principal de los medicamentos usados son los siguientes: haloperidol, benperidol, bromperidol, clorpromazina, clopentaxol, sulpirida, tiopirizadina, etc ⁽³⁰⁾⁽³³⁾.
- Antipsicóticos más novedosos o antipsicóticos atípicos, que además de controlar el efecto de la dopamina, también actúa sobre el efecto de la serotonina. Lo adicional de estos medicamentos es que sus efectos colaterales son menos intensos y poco frecuentes que los

antipsicóticos tradicionales y actúan tanto sobre los síntomas positivos como los negativos. Con diferencia, los más utilizados son: Arnisulpirida, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, etc (30)(33).

Entre los efectos colaterales más frecuentes de esta medicación son la acatisia, a cinesia, anticolinérgica, parkinsonismo, sedación, dificultades sexuales, temblores y aumento de peso por ello la adherencia al tratamiento farmacológico es uno de los principales problemas a pesar de esta amplia lista no se puede prescindir de estos medicamentos en el tratamiento de la esquizofrenia (30)(33).

2.1.11. Complicaciones

La esquizofrenia está asociada con el mayor riesgo de mortalidad de todas las enfermedades psiquiátricas. Además, es bien conocido que los pacientes con esta enfermedad fallecen prematuramente, razón por la cual el tiempo de vida promedio es de 15 a 20 años. Entre los factores de riesgo modificables reportados asociados con la temprana mortalidad de estos individuos incluyen un estilo de vida pobre, deficiente acceso a atención médica, presencia frecuente de comorbilidades por uso de antipsicóticos o falta del mismo (35).

2.1.11.1. Violencia

La conducta violenta con la salvedad del homicidio es frecuente en pacientes esquizofrénicos que no siguen ningún tratamiento. Los delirios persecutorios, los episodios pasados de violencia y los déficits neuróticos son factores de riesgo de comportamiento violento o impulsivo. El tratamiento incluye el uso de antipsicóticos adecuados (35)(28).

2.1.11.2. Suicidio

La primera causa de muerte precoz en pacientes esquizofrénicos es el suicidio se ha reportado que los intentos de suicidio en estos pacientes se presentan en un 20 a 50% y se ha visto que del 10 al 13 de pacientes con esquizofrenia se suicidarán en algún momento de su vida. Aunque los reportes de suicidio como causa de muerte más frecuente en estos pacientes al parecer las cifras aún son subestimadas y el verdadero porcentaje sería mayor dado que sea visto con varios estudios que los pacientes esquizofrénicos tienen tendencia a presentar episodios depresivos profundos hasta un 80 % en algún momento de su vida

2.1.11.3. Homicidio

Aunque muchas personas creen que un paciente esquizofrénico tiene más tendencia al asesinato que una persona sin algún trastorno mental en realidad no es así ⁽²⁸⁾. La posibilidad de que estos pacientes cometan algún asesinato es la misma que de cualquier otra persona es decir que podrían ser llevados a este acto por alucinaciones o ideas delirantes que para ellos son reales o eventos traumáticos como antecedente de ser víctima de violencia o presenciados actos traumáticos que le causarían episodios violentos estimulado por estos recuerdos, así como cualquier otra persona ⁽²⁸⁾.

2.1.12. Pronóstico

Los síntomas generalmente inician en la adolescencia y sigue su curso con la aparición de síntomas prodrómicos, cuyo curso puede durar meses. Se observó que eventos desencadenantes juegan un papel fundamental, como eventos únicos con gran estimulación emocional ejemplo primer día de clases, la ingesta de drogas, alcohol o cigarrillos algún evento traumático con gran afectación emocional puede ser el gatillo a los primeros síntomas y posterior a ello presentarse el síndrome prodrómico que puede hasta de hasta 1 año antes de manifestarse los síntomas psicóticos propiamente dichos ⁽³⁰⁾.

La evolución clásica de la esquizofrenia suele caracterizarse por recaídas y episodios de estabilización o mejoría. Tras el primer episodio psicótico e inicio de tratamiento, el paciente presenta una mejoría gradual, y a partir de ello podría retomar sus actividades con relativa normalidad durante un periodo extendido y siguiendo el tratamiento. Sin embargo, los pacientes tienden a presentar recaídas y la evolución de la clínica durante los 5 primeros años después de iniciado el tratamiento nos muestra el panorama de la evolución de la enfermedad con una velocidad individual. Cada recaída de la psicosis causa un deterioro posterior consecuente del grado de actividad basal y factores asociados persistentes. Usualmente se observa una mejoría en los síntomas positivos sin embargo los síntomas negativos se envuelven más graves tanto personal como socialmente aún con una buena adherencia al tratamiento ⁽³⁰⁾.

2.2. Definición de términos básicos

- **Trastornos mentales:** Enfermedades psiquiátricas manifestadas por rupturas en el proceso de adaptación, expresadas primariamente por anomalías del

pensamiento, sentimiento y conducta, produciendo distrés o incapacidad funcional ⁽³⁶⁾.

- **Esquizofrenia:** Un trastorno psiquiátrico grave, de profundidad tipo psicótico, característicamente marcado por un abandono de la realidad con formación de delirios, alucinaciones, desequilibrio emocional y conducta regresiva ⁽³⁷⁾.
- **Psicosis:** Trastornos en los que hay una pérdida de los límites del yo o severas afectaciones en el reconocimiento de la realidad, con delirios o alucinaciones prominentes ⁽³⁸⁾.
- **Delirio:** Trastorno que se caracteriza por confusión; falta de atención; desorientación; ilusiones; alucinaciones que se centran únicamente a nivel cognitivo ⁽³⁹⁾.
- **Alucinaciones:** Sensaciones experimentadas subjetivamente en ausencia de un estímulo apropiado, pero que son consideradas por el individuo como reales asociadas a trastornos mentales ⁽⁴⁰⁾.
- **Violencia:** Comportamiento agresivo, individual o colectivo, que es socialmente inaceptable, turbulento y, a menudo, destructivo. Este comportamiento está precipitado por frustraciones, hostilidad, prejuicios, etc ⁽⁴¹⁾.

2.3 Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 son la pobreza, la psicopatología psicótica parental, parto prematuro y consumo de marihuana.

2.3.2. Hipótesis específicas

1. La principal característica sociodemográfica en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es la pobreza.
2. La principal característica genética en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es la psicopatología psicótica parental.
3. La principal característica materno perinatal en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es parto prematuro.
4. La principal característica ambiental en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es el consumo de marihuana.

2.4 Variables

2.4.1. Variable dependiente

Esquizofrenia

Variables no
intervinientes

Edad

Estado marital

Grado de instrucción

Condición laboral

Edad de debut

Factores
sociodemográficos

Sexo

Nivel socioeconómico

Procedencia

Genético

Psicopatología psicótica
parental

2.4.2. Variables independientes

Maternoperinatales

Edad materna en el embarazo

Tipo de parto

Edad gestacional de nacimiento

Ambientales

Consumo de marihuana

Evento traumático en la
infancia

2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
VARIABLE DEPENDIENTE									
Esquizofrenia	Un trastorno psiquiátrico grave de característica psicótica que compromete la percepción de la realidad acompañado de delirios, alucinaciones y conducta regresiva	N.A	Diagnóstico de esquizofrenia	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica y Ficha de Recolección de Datos.	Si No	6	Se definirá como un paciente con diagnóstico de esquizofrenia registrado en su historia clínica
VARIABLES INDEPENDIENTES									

Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente	factores sociodemográficos	Número de años cumplidos hasta la fecha	Cuantitativa	Razón	Ficha de Recolección de Datos.	___: años	11	Se definirá como el número de años cumplidos al momento de la entrevista corroborado por el documento de identificación o partida de nacimiento.
Edad de debut	Años cumplidos al primer evento de psicosis	Factor Genético	Número de años cumplidos al momento de ocurrido el primer evento de psicosis	Cuantitativa	Razón	Ficha de Recolección de Datos.	___: años	7	Se definirá como el número de años cumplidos al momento del primer evento psicótico.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Factores sociodemográficos	Condición biológica del género con que nació	Cualitativa	Nominal	ficha de datos recolección de datos	Varón Mujer	12	Se definirá como el género que se encuentre registrado en el DNI del

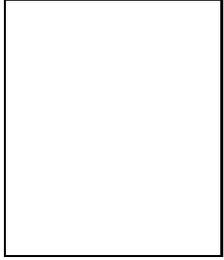
Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
									participante, siendo varón o mujer las únicas opciones
Estado marital	Condición de una persona en relación a una persona con quien mantiene una relación sentimental	factores sociodemográficos	Presencia o ausencia de pareja sentimental	Cualitativo	Nominal	Realizar una entrevista de manera presencial	Con pareja Soltero	13	Se definirá como el registro civil que posea en el momento de realizar la encuesta, según corresponda la condición del encuestado, definiéndose en: Soltero Con pareja
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso	factores sociodemográficos	Grado académico más alto alcanzado hasta la fecha.	Cualitativo	Ordinal	Realizar una entrevista de manera presencial	Sin ningún grado de instrucción	14	Se definirá como el grado académico más alto alcanzado hasta la fecha por el encuestado, definiéndose como:

Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
							Primaria completa o incompleta Secundaria Completa o incompleta Superior		Sin ningún grado de instrucción; Primaria completa o incompleta, Secundaria Completa o incompleta y Superior
Condición laboral	Pertenece o relativo al trabajo, en su aspecto económico, jurídico y social	factores sociodemográficos	Estado laboral del encuestado, regido por el método de ingreso económico	Cualitativa	Nominal	Realizar una entrevista de manera presencial	Desempleado Con trabajo	15	Se definirá como el estado laboral al momento de realizar la encuesta, clasificando en: Desempleado, si no cuenta con trabajo actual o Con trabajo si cuenta con alguna labor que le genere ingreso económico.
Nivel socio-económico	Descripción de la situación de una persona clasificado por SISFOH	factores sociodemográficos	Clasificación SISFOH	Cualitativo	Nominal	Página Web SISFOH	No pobre Pobreza Pobreza extrema	16	Se definirá como la clasificación figurada según SISFOH

Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
Procedencia	Lugar donde nació clasificada en Rural: < 500 habitantes dispersos. Urbano: ≥ 500 habitantes agrupados.	Factores sociodemográficos	Zona de procedencia	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica y Ficha de Recolección de Datos.	Urbano: ----- ----- - Rural: ----- -----	5	Se definirá como el lugar donde nació el paciente clasificado como rural o urbano corroborado por el documento de identificación.
Edad materna en el embarazo	Edad en años cumplidos de la madre al cuál ocurrió la gestación del paciente	Factores maternos	Edad materna en el embarazo	Cuantitativa	De razón	Realizar una entrevista de manera presencial	Edad: _____ en años	19	Se definirá como la edad en años cumplidos al momento de confirmado el embarazo, referido por el familiar acompañante
Psicopatología psicótica parental	Trastorno emocional de rango psicótico en la madre o algún familiar de la misma	Factor genético	Antecedente de al menos un episodio de psicosis o desordenes afectivos	Cualitativa	nominal	Realizar una entrevista de manera presencial	Si: _____ _____ No	17,1 8	Se definirá como la presencia de diagnóstico de la esquizofrenia o psicosis en algún miembro de la familia

Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
Tipo de parto	Tipo de proceso de dar a luz a uno o más hijos	Factores maternos	Tipo de parto por el que el paciente fue dado a luz.	Cualitativa	nominal	Realizar una entrevista de manera presencial	Vaginal: Cesárea	21	Se definirá cómo el tipo de parto por el que nació el paciente definido con: Vaginal o Cesárea según refiera la madre o familiar acompañante.
Edad gestacional	Edad del concepto, desde el momento de la fecundación. en clínica obstétrica, la edad gestacional se suele estimar como el tiempo transcurrido desde el último día de la última menstruación, que	Factores perinatales	Número de semanas de embarazo con el que se llevó a cabo el parto expresado en meses	Cuantitativa	ordinal	Realizar una entrevista de manera presencial	< a 34 semanas (7 meses) Entre 34 y 37 semanas (8 meses) De 37 semanas (9 meses)	22	Se definirá cómo el número de semanas interpretado en meses en el que se llevó a cabo el nacimiento del paciente clasificado en: < a 34 semanas (7 meses), entre 34 y 37 semanas (8 meses) Y de 37 semanas (9 meses)

Variable	Definición conceptual (RAE, DECS)	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento de medición	Expresión final de la variable	ITEM	Definición Operacional de la Variable
	es, aproximadamente, 2 semanas antes de la ovulación y fertilización.								según refiera la madre o familiar acompañante.
Consumo de marihuana	Inhalación y exhalación del humo del CANNABIS	Factores ambientales	Antecedente de inhalación y exhalación del humo del CANNABIS	Cualitativa	nominal	Realizar una entrevista de manera presencial	Si No	23	Se definirá como el consumo de la marihuana antes del primer evento psicótico según refiera la madre o familiar acompañante.
Evento estresante en la infancia	Evento durante la infancia o adolescencia que cause gran impacto emocional negativo	Factores ambientales	Episodio durante la infancia o adolescencia de gran impacto emocional	Cualitativa	nominal	Realizar una entrevista de manera presencial	No Violencia familiar Abandono o fallecimiento de los padres Violencia sexual Bullying	24	Se definirá como la presencia de uno más episodios estresantes durante la infancia o adolescencia expresados como: Abandono o fallecimiento de los padres, violencia



		sexual, violencia familiar y acoso escolar según refiera la madre o familiar acompañante.
--	--	---

CAPÍTULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

- El presente estudio es de tipo cuantitativo correlacional ya que luego de recolectar los datos requeridos se realizará un análisis de los mismos a través de datos numéricos y la conclusión se analizarán mediante la estadística descriptiva ⁽⁴²⁾. Además, describiremos la relación entre las variables estudiadas ⁽⁷⁰⁾, por ello se tiene como objetivo identificar el grado de asociación que existe entre los factores de riesgo (sociodemográficos, genético, materno perinatales y ambientales) y la esquizofrenia en tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco en el periodo 2021-2023.

3.2. Diseño de investigación

- El estudio tuvo un diseño observacional retrospectivo de tipo caso-control porque no se realizó ninguna manipulación de las variables de estudio, basándose básicamente en la observación de los eventos tal como se dan en su ambiente natural para luego analizarlos ⁽⁴²⁾. Además, se realizó partiendo de pacientes esquizofrénicos buscando datos a hechos ya acontecidos. Los casos fueron pacientes con esquizofrenia mientras que los controles, pacientes sin alguna enfermedad mental y se hizo una comparación de la exposición de los factores de riesgo (sociodemográficos, genético, materno-perinatales y ambientales) en ambos grupos ⁽⁴²⁾.



Esquema 1: Diseño de la investigación

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

- La población del presente estudio son pacientes atendidos entre el año 2021-2023 en los CSMC de Cusco, Santiago y San Sebastián

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión casos

- Pacientes con diagnóstico principal de esquizofrenia
- Pacientes que asistieron al menos a una atención en los CSMC de Cusco, Santiago y San Sebastián respectivamente en el periodo 2021-2023.
- Pacientes cuya procedencia sea Cusqueña.
- Pacientes cuya historia clínica esté completa (tengan registrados datos de dirección o teléfono).

3.3.2.2. Criterios de exclusión casos

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal o hepática crónica adicional.
- Pacientes que no logren terminar la entrevista.
- Pacientes con quienes no se logre contacto o no sean ubicados.

3.3.2.3. Criterios de inclusión controles

- Pacientes con diagnóstico de reacción al estrés agudo
- Pacientes que asistieron al menos a una atención en los CSMC de Cusco, Santiago y San Sebastián en el periodo 2021-2023.
- Pacientes cuya procedencia sea Cusqueña.
- Pacientes cuya historia clínica esté completa (tengan registrados datos de dirección o teléfono).

3.3.2.4. Criterios de exclusión controles

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal o hepática crónica adicional.
- Pacientes con antecedente de psicosis
- Pacientes con quienes no se logre contacto o no sean ubicados.
- Pacientes que no logren terminar la entrevista.

3.3.3. Muestra: tamaño de muestra y método de muestreo

La muestra se identificará a través de la revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en los CSMC Cusco, Santiago y San Sebastián que cumplan los criterios de inclusión y exclusión de los casos y controles establecidos anteriormente.

Para realizar el cálculo de tamaño muestral utilizaremos el programa Epi Info TM versión 7.2.5.0 del centro de prevención y control de enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC-EEUU).

Se utiliza el cálculo del tamaño de muestra del estudio transversal publicado por Dagoberto Espinoza Murra, Carlos Sosa Mendoza, Eleonora Espinoza y Manuel Sierra en su artículo titulado “Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras” ⁽¹¹⁾

	CON ESQUIZOFRENIA	SIN ESQUIZOFRENIA	TOTAL
Pacientes con ingesta bebidas alcohólicas o drogas	25	28	53
Pacientes sin ingesta bebidas alcohólicas o drogas	19	60	79
TOTAL	44	88	132

Tabla 1: Tetracórica de factores y Esquizofrenia **OR: 2.8; IC 95% (1.33 – 5.94)**

Fuente: Espinoza D, Sosa C, Espinoza E, Sierra M. Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras / Schizophrenia associated factors on patients treated in Mario Mendoza Psychiatric Hospital, Honduras. Rev. fac. cienc. méd.. 2016 12(2): 10-18.

Obtenida la información en el programa EpiInfoTM versión 7.2.5.0 se introdujeron los siguientes parámetros:

Nivel de confianza: 99%

Poder de estudio: 85%

Relación de controles a casos: 1

OR: 2.8

De acuerdo con el tamaño muestral realizado en el programa Epi Info™ versión 7.2.5.0

Factor de pérdida: 10% de la muestra: $377(10\%) = 34.6$

Muestra total: $346 + 35 = 381$

El método de muestreo será no probabilístico por ser un caso control retrospectiva, el método que se usará es por conveniencia.

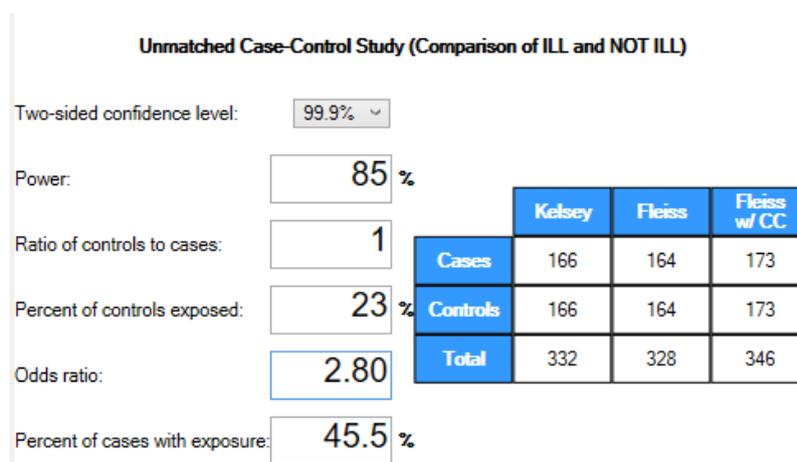


Imagen 1. Captura de pantalla del programa Epi Info versión 7.2.5.0 resultados del tamaño muestral.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Se diseñó una ficha de recolección validada con fines exclusivos del estudio, el cual fue una fuente de recolección de datos primaria, dicha ficha fue llenada en base a los datos registrados en la historia clínica del paciente y posterior entrevista con el paciente y al menos un familiar, evitando el sesgo de memoria. El tiempo de la entrevista tuvo una duración aproximada de 15 minutos, así mismo, se le indicó al paciente y familiar todo el procedimiento de la encuesta precisando cada ítem y absolviendo todas sus dudas antes de comenzar con la

encuesta para que los entrevistados puedan tener una idea previa de la entrevista.

Se solicitó autorización a la Red Norte y Sur, así como a las gerencias de los CSMC (Cusco, Santiago y San Sebastián) respectivamente quienes nos brindaron la base de datos y se pudo realizar el llenado de la ficha de recolección. Una vez conformados los casos y controles, se procedió a realizar las entrevistas a los pacientes.

3.5. Plan de análisis de datos

Una vez recolectado la información de los datos requeridos mediante la ficha de recolección de datos se codificaron las fichas con una numeración, se realizó un filtrado y descarte de las fichas mal llenadas, seguidamente se ingresaron los datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel™ para luego codificar las variables antes de ser sometidas a análisis con el programa STATA/IC v16.

Análisis univariado

Se realizó una descripción general de las características de la población estudiada. A todas las variables numéricas se les realizó la prueba de normalidad de Anderson-Darling para determinar la medida de tendencia central (Moda, Mediana y Promedio o Media) que se utilizó dependiendo de la distribución normal o no normal de los datos. Con respecto a las variables categóricas se utilizó frecuencias en porcentajes y números enteros.

Análisis bivariado

Se realizó buscando la asociación entre la variable dependiente y las variables independientes. Las variables categóricas se analizaron mediante la tabla tetracórica, donde se determinó las medidas de asociación, el Odds Ratio (OR). Se aplicó test estadísticos y pruebas de hipótesis a todas las variables considerando el valor de $p < 0.05$ así como el intervalo de confianza del 95% (IC95%) indicando su límite inferior y superior.

OR: 0.00; IC95% (LI – LS); $p < 0.05$

	ESQUIZOFRÉNICOS	NO ESQUIZOFRÉNICOS
Presencia de factor asociado	a	b
Ausencia de factor asociado	c	d

Tabla 2: Modelo de tabla tetracórica

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados y discusión

4.1.1. Descripción general

De las 390 fichas recolectadas, se seleccionaron 346 para el análisis final después de descartar las fichas incompletas o mal llenadas, lo que arrojó los siguientes resultados: de los 173 casos de esquizofrenia (EQZ), 160 (92.4%) corresponden a la variedad Paranoide, 10 (5.8%) a la Hebefrénica y 3 (1.8%) a la Indiferenciada. Además, la información sobre los 173 pacientes estudiados fue proporcionada por un familiar en 164 casos (95%), mientras que en el grupo de control fue en 51 pacientes (29.4%). Se dio prioridad a la intervención de un familiar en los casos, debido a la deficiencia cognitiva asociada a la enfermedad ⁽²⁴⁾, con el objetivo de minimizar los sesgos, mientras que en los controles no se consideró indispensable debido a que se trata de pacientes sin ningún diagnóstico de enfermedad mental.

4.1.2. Edad actual y edad de debut

Tabla 3: Distribución de edad de debut

Distribución de edad de debut de los pacientes						
EDAD	CASOS			CONTROLES		
	Femenino	Masculino	%	Femenino	Masculino	%
10-15 años	12	9	12%	2	0	1%
16-20 años	10	49	34%	3	1	2%
21-25 años	20	24	25%	8	6	9%
26-30 años	6	8	8%	6	6	7%
31-35 años	7	2	5%	18	19	21%
36-40 años	6	6	6%	15	16	18%
41-50 años	9	5	8%	20	22	24%
>50 años	0	0	0%	11	20	18%
TOTAL	173		100%	173		100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Al someter la edad actual y la edad de inicio a la prueba de normalidad de Anderson-Darling, se obtuvo una distribución no normal en ambas variables. Por lo tanto, la mediana de edad en el momento de la entrevista es de 36 años para los casos y 41 años para los controles.

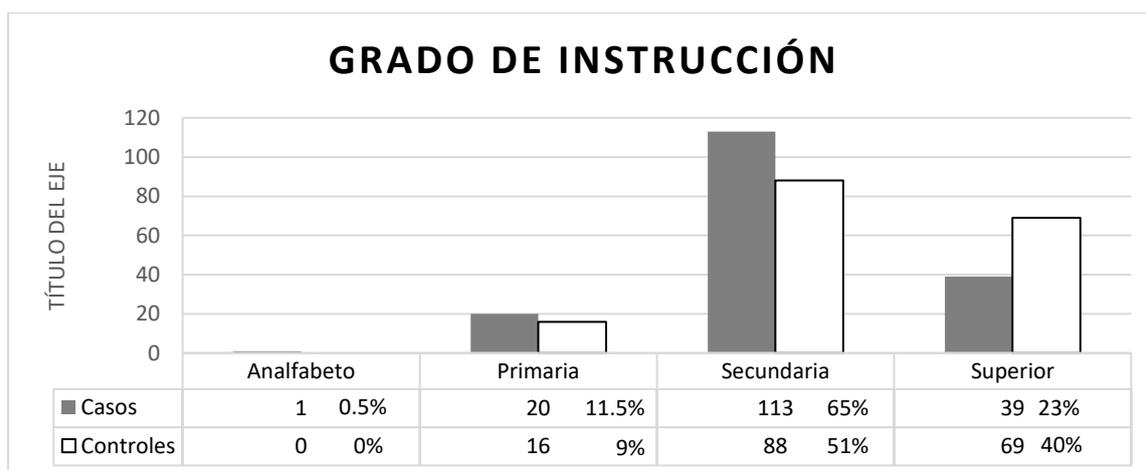
Además, la mediana de la edad de inicio para los casos de sexo masculino fue de 20 años (véase tabla 3), mientras que para los casos de sexo femenino fue de 23.5 años. Esta diferencia contrasta con los controles, cuya mediana de edad de inicio fue de 40 años en hombres y 36 años en mujeres. Estudios recientes han encontrado que la edad media de inicio de la esquizofrenia es más temprana en hombres, aproximadamente

entre los 18 y 25 años, en comparación con las mujeres, que tienden a presentar un inicio más tardío, entre los 25 y 30 años ⁽¹⁷⁾.

En este estudio particular, se observó una mediana de edad de inicio más baja en mujeres en comparación con otras poblaciones estudiadas ⁽¹⁷⁾. Esta discrepancia podría atribuirse a la prevalencia de una estructura patriarcal en la población analizada, donde las mujeres tienen roles predominantemente limitados al ámbito personal, familiar y comunitario, en igualdad relativa con los hombres. Esta situación puede predisponerlas a ser víctimas de factores que aumentan el riesgo de enfermedades mentales, como la esquizofrenia, tales como la violencia y eventos traumáticos, que ocurren a edades más tempranas y de manera más frecuente en comparación con otras poblaciones estudiadas, como aquellas en Europa y Norteamérica, donde la igualdad de género está más establecida ⁽³⁵⁾. En el 2023 se reportó que el 35.6 % de las mujeres sufrieron de violencia por su pareja o algún miembro de su familia ⁽⁴³⁾.

4.1.3. Grado de instrucción, Condición laboral y Estado marital

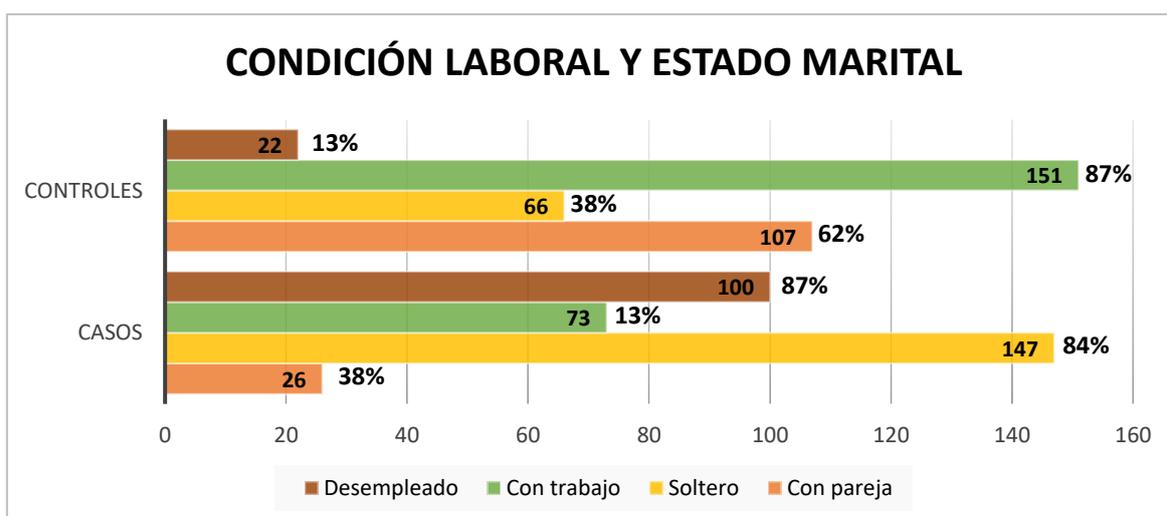
Gráfico 1: Distribución del grado de instrucción



Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto al grado de instrucción (véase gráfico 1) se observó que la mayoría de los casos alcanzaron sólo hasta el nivel secundario (n=113 65%) mientras que sólo 39 (22.5%) de ellos alcanzaron el nivel superior, una frecuencia similar a los controles donde la mayoría de ellos alcanzaron solo hasta el nivel secundario(n=88 51%) seguidos por aquellos que alcanzaron el nivel superior (n= 69 39%); sin embargo, se aprecia una diferencia entre los casos y controles que lograron un grado de instrucción superior viendo que los pacientes con EQZ que alcanzaron el nivel superior son 17% menos que los controles con el mismo grado de instrucción.

Gráfico 2: Distribución de la Condición laboral y Estado marital



Fuente: Ficha de recolección de datos

El Gráfico 2 revela una marcada disparidad en el estado marital entre los casos y los controles. Se observa que el 84% (n=147) de las personas con esquizofrenia son solteras, en comparación con solo el 38% (n=66) de los controles. Además, solo el 13% (n=73) de los casos tienen empleo, mientras que el resto se encuentran desempleados. Esta proporción es significativamente diferente en los controles, donde el 87% (n=151) tiene algún tipo de empleo.

Los anteriores gráficos evidencian que los pacientes esquizofrénicos de nuestra población de estudio tienen una limitación en el desarrollo personal como muchos estudios lo demostraron ⁽⁴⁴⁾. Estos datos revelan el nivel de limitación en el desarrollo académico y personal de los pacientes con esquizofrenia, como consecuencia de la limitada cobertura en salud mental hasta la década pasada ⁽⁴⁵⁾. A nivel mundial, ha habido avances significativos en el manejo de la esquizofrenia en términos de eficacia y adherencia al tratamiento ⁽⁴⁶⁾. Sin embargo, esta población estudiada no se ha beneficiado de tales mejoras, lo que ha resultado en complicaciones y limitaciones en su calidad de vida y desarrollo personal, especialmente en aquellos pacientes con una larga historia de la enfermedad.

A pesar de estas dificultades, al comparar el nivel educativo y la situación laboral de estos pacientes con estudios previos ⁽³⁵⁾⁽⁴⁴⁾, se observa una mejora en el panorama del desarrollo académico y personal. Esto indica un progreso gradual de las estrategias implementadas, dejando atrás la época en la que estos pacientes quedaban completamente incapacitados. Sin embargo, también evidencian que aún queda un largo camino por recorrer para lograr un sistema óptimo capaz de obtener mejores resultados.

4.1.4. Asociación del sexo

Tabla 4: Distribución según el sexo

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
MASCULINO	103	59%	90	52%	193
FEMENINO	70	41%	83	48%	153
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=1.98 Pr>chi2=0.159					

Fuente: Ficha de recolección de datos

No se encontraron diferencias significativas de género entre casos y controles (véase tabla 4), con una razón de probabilidades (OR) de 1.3 (IC95%: 0.86-2.12, $p=0.15$). Sin embargo, en los pacientes con esquizofrenia, se observó una relación de 3 a 2 entre los sexos masculino y femenino, respectivamente. Los estudios llevados a cabo en Europa Occidental han llegado a la conclusión de que cada país y región estudiada presenta diferentes características de distribución en cuanto al género⁽²⁴⁾. Se encontró una diferencia predominante hacia el sexo masculino en algunas regiones. En esta población estudiada, se observa una prevalencia similar de la esquizofrenia entre ambos géneros. Esto se debe a que la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en nuestro país no está plenamente establecida como práctica dentro de la comunidad. Las mujeres aún se encuentran en gran medida sometidas y son víctimas de violencia física y psicológica, factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales como la esquizofrenia⁽³⁵⁾. Por lo tanto, la prevalencia de esta enfermedad en mujeres se asemeja a la del sexo masculino.

4.1.5. Asociación del Nivel socioeconómico

Tabla 5: Distribución del nivel socioeconómico

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
POBRE	71	41%	12	7%	96
NO POBRE	102	59%	161	93%	250
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=55.18 Pr>chi2=0.000					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto al nivel socioeconómico el análisis muestra que (véase tabla 5), los pacientes clasificados como pobre estarían 9.3 veces más propensos a tener esquizofrenia comparados con aquellos con nivel socioeconómico no pobre (IC95%: 4.7-19.7, $p<0.01$). Algunos autores indican que la pobreza traería consigo factores multidimensionales que apoyarían el desarrollo de la EQZ posteriormente, más aún cuando el paciente tiene antecedente familiar de EQZ⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾. Mientras que otros estudios

refutan concluyendo que no habría asociación entre un nivel socioeconómico bajo propiamente dicho ⁽⁴⁹⁾.

En los últimos años, ha habido un impulso hacia la atención integral de la salud, lo que ha llevado a una intervención multidisciplinaria que involucra tanto a la familia como al entorno del paciente ⁽²²⁾. En nuestro país, la pobreza se destaca como un importante factor de riesgo para las enfermedades mentales, como la EQZ. La falta de recursos económicos conlleva problemas como la violencia doméstica, niveles educativos bajos entre los padres y otros miembros de la familia, así como dificultades para satisfacer necesidades básicas como la alimentación y la vivienda saludable ⁽⁴⁸⁾. Estas dificultades generan constantemente estrés, ansiedad y depresión en los miembros de la familia, lo que resulta en un ambiente familiar poco saludable e inseguro. La pobreza también influye en el desarrollo de la EQZ desde las etapas prenatales y gestacionales, ya que la falta de una nutrición adecuada, suplementación y control prenatal adecuado puede contribuir a la fisiopatología de esta enfermedad ⁽³¹⁾. Sumado a esto, los factores ambientales asociados a la pobreza facilitan el desarrollo de enfermedades mentales como la EQZ, la depresión y la ansiedad, por ello nuestro país sigue implementando estrategias para minimizar la pobreza con resultados poco efectivos.

4.1.6. Asociación de la procedencia

Tabla 6: Distribución de la procedencia

Distribución de la procedencia de los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
RURAL	26	15%	16	9%	42
URBANA	147	85%	157	91%	304
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=2.71 Pr>chi2=0.099					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Al realizar el análisis de casos y controles (véase tabla 6), según la procedencia en zona rural o urbana, se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y la EQZ (OR: 1.7 IC95%: 0.85-3.6, p=0.09). Esto difiere de los hallazgos de otros estudios que indican que la zona urbana se relaciona con la esquizofrenia, el estrés y la ansiedad, debido a su entorno estresante y contaminado, que predispone a enfermedades de salud mental ⁽²⁷⁾⁽⁴⁷⁾. Consideremos que la población de estudio presenta una alta tendencia migratoria y no hay una localización específica de radicación a lo largo de la vida de los individuos, ya que las personas de estudio residen tanto en la ciudad como en el campo y se cree que esta variabilidad podría influir en los resultados del presente análisis.

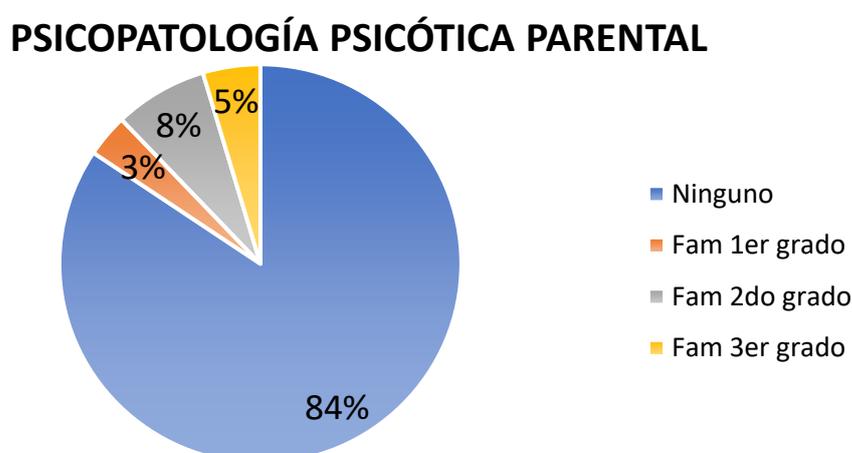
4.1.7. Asociación de la psicopatología psicótica parental

Tabla 7: Distribución de la procedencia

Distribución de la psicopatología psicótica parental de los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
FAMILIARES CON ESQUIZOFRENIA	28	16%	3	2%	31
NO EXPUESTOS	145	84%	170	98%	315
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi ² =22.15 Pr>chi ² =0.000					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 3: Frecuencias de antecedente familiar con esquizofrenia



Fuente: Ficha de recolección de datos

Las personas con antecedentes familiares de esquizofrenia (véase Tabla 7) tienen un riesgo 10.9 veces mayor de desarrollar esquizofrenia (IC95%: 3.25-57.07, $p < 0.01$) en comparación con aquellos sin dicho antecedente. Además, el 48% ($n=13$) de los casos con este antecedente tienen al menos un familiar de segundo grado (abuelos) con diagnóstico de EQZ, el 29% ($n=8$) tiene al menos un familiar de tercer grado (tíos) con EQZ y el resto presenta al menos un familiar de primer grado (padres) con EQZ (véase Gráfico 3). Varios estudios concluyen que el antecedente familiar constituye un factor altamente asociado a la esquizofrenia, llegando incluso a indicar un riesgo hasta 12 veces mayor en aquellos con familiares de primer grado con esquizofrenia ⁽¹⁷⁾⁽⁵⁰⁾, y que esta asociación, sumada a un evento desencadenante, activaría la patología ⁽⁵¹⁾. En nuestra población de estudio, se observa una relación asociada a los familiares de segundo grado; esta discrepancia podría deberse a la falta de conocimiento de la historia patológica familiar o a un diagnóstico inadecuado y oportuno de los familiares con EQZ.

La etiología hereditaria de la EQZ es un factor crucial en su fisiopatología e implica la alteración de varios genes ⁽⁵⁰⁾. Por tanto, resulta interesante notar que los parientes con

EQZ de primer grado son los menos frecuentes en esta población de estudio. No obstante, es importante recordar que las estrategias de captación y seguimiento de pacientes con EQZ crónica han sido implementadas recientemente y han recibido mayor atención en los últimos 5 años.

Si resaltamos que la esquizofrenia se caracteriza por ser una enfermedad con tendencia a la cronicidad y con una mortalidad temprana importante ⁽²¹⁾⁽⁵²⁾, sobre todo en la década pasada es posible considerar que muchos de estos familiares pudieron haber fallecido sin haber sido diagnosticados a tiempo. Esto podría explicar la falta de conocimiento y registro adecuado del árbol genealógico patológico de estos pacientes.

4.1.8. Asociación de la edad materna en el embarazo

Tabla 8: Distribución de la edad materna en el embarazo

Distribución de la edad materna en el embarazo					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
EDAD MATERNA < 21 AÑOS	38	22%	11	6%	49
EDAD MATERNA > 21 AÑOS	135	78%	162	94%	297
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=17.3 Pr>chi2=0.000					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tras el análisis, se observó que las personas cuyas madres tenían una edad igual o menor a 20 años durante la gestación del paciente (véase tabla 8) presentan un riesgo 4.1 veces mayor de padecer esquizofrenia (OR: 4.14; IC95%: 2.04-8.42; $p < 0.01$) en comparación con aquellas cuyas madres se encontraban en el rango de edad de 21 a 35 años. La edad materna menor o igual a 20 años se identifica como un factor asociado debido a que las medidas y cuidados tomados por la madre durante las etapas pre y gestacional contribuyen al adecuado desarrollo cerebral, lo cual está relacionado con la preparación psicológica y personal de la mujer según su edad ⁽¹⁷⁾. Además, algunos estudios sugieren que una edad materna entre 21 y 35 años podría tener un efecto protector (OR: 0.92) para la esquizofrenia ⁽¹⁶⁾.

Es crucial considerar la edad materna debido a que tanto en edades muy tempranas como en edades avanzadas existe una mayor probabilidad de que se produzcan mutaciones genéticas en los óvulos, las cuales pueden afectar el desarrollo del sistema nervioso central y aumentar el riesgo de esquizofrenia ⁽³¹⁾. Además, durante el embarazo pueden producirse cambios hormonales y metabólicos que influyan negativamente en la maduración cerebral del feto. Las gestaciones a edades muy tempranas tienen un mayor riesgo de exposición a estrés, consumo de sustancias, dieta poco saludable y cuidados inadecuados, los cuales pueden interactuar con la vulnerabilidad genética y aumentar el riesgo de esquizofrenia en el feto ⁽³²⁾.

4.1.9. Asociación del tipo de parto

Tabla 9: Distribución del tipo de parto

Distribución del tipo de parto de nacimiento de los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
NACIDOS POR CESAREA	9	5%	9	5%	18
NACIDOS POR PARTO VAGINAL	164	95%	164	95%	328
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=0.00 Pr>chi2=1.000					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Continuando con el tipo de parto, encontramos que no existe una asociación significativa entre el tipo de parto (véase tabla 9) y el desarrollo de la EQZ (OR: 1; IC95%: 0.34-2.92; $p=1$). Sin embargo, otros estudios también han reportado la ausencia de asociación, aunque algunos sugieren que el parto vaginal podría actuar como un factor protector⁽¹⁶⁾. En nuestra realidad cultural, aún enfrentamos desafíos con respecto a los partos institucionales, a diferencia de lo que sucede en países donde los partos en instituciones están ampliamente establecidos y controlados⁽⁵³⁾. Esta diferencia cultural puede afectar la capacidad de estudiar de manera más exhaustiva la relación entre el tipo de parto y la esquizofrenia.

Para mejorar el registro del tipo de parto en estos pacientes, es crucial contar con fuentes de información objetivas. Sin embargo, en nuestra población, la promoción del parto institucional sigue siendo un desafío debido a la diversidad cultural, ya que muchas comunidades tienen costumbres arraigadas en su cultura que dificultan el seguimiento objetivo de los embarazos y partos⁽⁵⁴⁾. Esto también contribuye a las tasas de mortalidad materna e infantil, que, aunque han disminuido, aún son significativas⁽⁵⁵⁾.

Además, un mejor registro de los nacimientos y sus complicaciones sería beneficioso, así como la mejora en la calidad de las historias clínicas utilizadas en nuestro sistema de salud, ya que actualmente limitan la capacidad para obtener datos objetivos sobre eventos pasados en los pacientes y realizar estudios retrospectivos de manera más precisa.

4.1.10. Asociación de la edad gestacional

Tabla 10: Distribución de la edad gestacional

Distribución de la edad gestacional de nacimiento de los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
NACIMIENTO PREMATURO	19	11%	4	2%	23
NACIDOS A TÉRMINO	154	89%	169	98%	323
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=10.48 Pr>chi2=0.001					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se descubrió que las personas nacidas con una edad gestacional inferior a las 37 semanas (véase tabla 10) presentan un riesgo 5.2 veces mayor de desarrollar esquizofrenia (OR: 5.2; IC95%: 1.67-21.4; $p < 0.01$). Aunque este resultado ha sido cuestionado por otros estudios que no encontraron una asociación significativa, investigaciones más recientes respaldan lo encontrado (OR: 1.35), basándose en una alteración en la formación del sistema nervioso central en pacientes nacidos prematuramente ⁽¹⁶⁾⁽²⁴⁾.

Los bebés que nacen prematuramente muestran un desarrollo cerebral incompleto en comparación con los bebés que nacen a término, lo que puede resultar en alteraciones en la formación y el funcionamiento del sistema nervioso central, aumentando así la predisposición al desarrollo de esquizofrenia más adelante ⁽¹⁶⁾. Además, se ha demostrado que los genes asociados con la esquizofrenia representan un factor de riesgo para el parto prematuro. Esto, combinado con el hecho de que el parto prematuro puede ser el resultado de eventos como estrés, falta de oxígeno e infecciones durante el embarazo⁽²⁶⁾, los cuales también pueden llevar a complicaciones durante el parto, crea un ciclo vicioso asociado con esta enfermedad. Es importante considerar que los recién nacidos prematuros son más vulnerables a las infecciones, lo que aumenta el riesgo de daño cerebral en estos individuos.

En resumen, el grado de daño cerebral, especialmente en la región del hipocampo, aumenta el riesgo de iniciar eventos psicóticos, lo que se suma al alto riesgo genético asociado con la esquizofrenia ⁽³¹⁾.

4.1.11. Asociación del consumo de marihuana

Tabla 11: Distribución del consumo de marihuana

Distribución del consumo de marihuana de los pacientes							
			CASOS		CONTROLES		TOTAL
CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MARIHUANA		DE	41	24%	5	3%	46
SIN ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MARIHUANA		DE	132	76%	168	97%	300
TOTAL			173	100%	173	100%	346
Chi2=32.49 Pr>chi2=0.000							

Fuente: Ficha de recolección de datos

El consumo de sustancias tóxicas como la marihuana y su asociación con el desarrollo de la EQZ ha sido un importante tema de estudio y debate. Se observó que los pacientes con esquizofrenia tienen alta frecuencia de antecedente de consumo de marihuana,

pero no se logró establecer una asociación definitiva ⁽⁵⁶⁾. Al realizar el análisis de datos se evidenció que las personas que consumen marihuana (véase tabla 11) al menos una vez tienen 10.4 veces más riesgo de desarrollar esquizofrenia (OR: 10.43 IC95%: 3.9-34.58, $p < 0.01$) comparado con aquellos que nunca lo consumieron.

En nuestro país, el uso de marihuana es mayor en comparación con otras drogas y está en aumento, especialmente entre los jóvenes y adolescentes de áreas urbanas ⁽⁵⁷⁾. Además, la marihuana está siendo empleada cada vez más como una terapia paliativa para diversas enfermedades, lo que contribuye a su popularidad en la población ⁽⁵⁸⁾.

La posible relación entre el consumo de marihuana y la esquizofrenia podría explicarse por la combinación de sus efectos psicoactivos y la predisposición genética o eventos estresantes experimentados por un individuo ⁽⁵⁹⁾. Los efectos psicoactivos de la marihuana pueden interferir en el desarrollo cerebral, especialmente si se consume a una edad temprana y de manera prolongada ⁽⁵⁹⁾. Sin embargo, su asociación con la esquizofrenia estaría más relacionada con la suma de estos efectos junto con la susceptibilidad genética del individuo, que podría actuar como un desencadenante para el inicio de los síntomas esquizofrénicos ⁽⁶⁰⁾. Además, los eventos traumáticos experimentados durante la infancia o adolescencia pueden interactuar con los efectos psicoactivos de la marihuana y desencadenar la enfermedad ⁽⁶⁰⁾.

4.1.12. Asociación del evento traumático

Tabla 12: Distribución del antecedente de evento traumático

Distribución del antecedente de evento traumático en los pacientes						
	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
CON ANTECEDENTE DE EVENTO TRAUMÁTICO	159	91%	129	74%	288	
SIN ANTECEDENTE DE EVENTO TRAUMÁTICO	14	9%	44	26%	58	
TOTAL	173	100%	173	100%	346	
Chi ² =18.64 Pr>chi ² =0.000						

Fuente: Ficha de recolección de datos

En relación al evento traumático (véase tabla 12), se observó una asociación significativa entre dicha variable y la esquizofrenia, con un riesgo aumentado de 3.8 veces (IC95%: 1.9-7.9, $p < 0.01$) en individuos que experimentaron algún tipo de trauma durante la infancia o adolescencia en comparación con aquellos que no lo hicieron. En los últimos años, se ha prestado una creciente atención al papel del trauma infantil como un factor de riesgo para enfermedades mentales como la esquizofrenia, especialmente cuando se combina con la predisposición genética ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶²⁾.

El trauma experimentado durante la infancia puede provocar respuestas extremas de estrés en personas genéticamente susceptibles o estar asociado con otros factores que pueden afectar negativamente el funcionamiento del sistema nervioso, aumentando así el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia ⁽²⁷⁾. Este impacto puede ser más pronunciado cuando los eventos traumáticos ocurren durante la infancia o adolescencia, períodos críticos de desarrollo cerebral, donde pueden influir negativamente en la regulación de los niveles hormonales, como el cortisol, que a su vez pueden alterar la expresión de genes asociados con la esquizofrenia ⁽⁴⁷⁾. Además, estos eventos traumáticos pueden interactuar con factores genéticos y no genéticos preexistentes en el individuo, desencadenando así eventos psicóticos.

4.1.12.1. Asociación de la violencia sexual

Tabla 13: Distribución de la violencia sexual

Distribución de la violencia sexual en los pacientes						
	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
CON ANTECEDENTE DE VIOLENCIA SEXUAL	33	19%	2	1%	35	
SIN ANTECEDENTE DE VIOLENCIA SEXUAL	140	81%	171	99%	311	
TOTAL	173	100%	173	100%	346	
Chi ² =30.55 Pr>chi ² =0.000						

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tras examinar la violencia sexual como un evento traumático, (véase tabla 13) se reveló en este estudio que las personas que han experimentado violencia sexual al menos una vez en sus vidas tienen un riesgo 20 veces mayor de desarrollar esquizofrenia (OR: 20.15; IC95%: 4.9-175.2; p<0.01), siendo este el factor con mayor asociación. Sin embargo, algunos estudios recientes realizados en Europa Occidental no han encontrado una conexión entre la violencia sexual y la esquizofrenia ⁽²⁷⁾.

La prevalencia de la violencia sexual en nuestro país es un problema grave y subestimado, con datos subregistrados y subreportados que no reflejan las cifras reales, las cuales probablemente sean más altas de lo que se percibe ⁽⁶¹⁾. Se estima que las víctimas de violencia sexual son principalmente mujeres y niñas, aunque también incluyen hombres y niños. En nuestro país, persiste una cultura machista que restringe la libertad de expresión y una política que no brinda una protección óptima a las víctimas de violencia sexual. Los registros de este problema están considerablemente subestimados, lo que resulta en una falta de interés adecuado para abordar un problema tan devastador para las víctimas, quienes enfrentan un tormento de por vida debido a esta situación ⁽⁶¹⁾.

Es fundamental resaltar las graves repercusiones para la salud mental y el impacto duradero en las víctimas, y el hecho de mantener el silencio perpetúa los ciclos de violencia sexual en la sociedad. Este evento traumático podría sumir a las víctimas en un constante estado de estrés ⁽⁶²⁾, con un efecto tóxico mayor en el cerebro, especialmente cuando ocurre a una edad temprana, afectando la estructura y función cerebral a largo plazo causando alteraciones en el cerebro implicadas en la regulación emocional y percepción de la realidad dando paso al desarrollo de la esquizofrenia ⁽²⁷⁾. La violencia sexual como evento estresante continuo puede alterar la función de neurotransmisores cerebrales como la dopamina y la serotonina factores importantes en la fisiopatología de la esquizofrenia asociado a una predisposición genética ⁽⁴⁷⁾.

4.1.12.2. Asociación entre la violencia familiar

Tabla 14: Distribución de la violencia familiar

Distribución de la violencia familiar en los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
CON ANTECEDENTE DE VIOLENCIA FAMILIAR	111	64%	93	54%	204
SIN ANTECEDENTE DE VIOLENCIA FAMILIAR	62	36%	80	46%	142
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=3.8 Pr>chi2=0.049					

Fuente: Ficha de recolección de datos

En cuanto a la violencia familiar como un factor estresante, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la esquizofrenia (véase tabla 14) (OR: 1.5; IC95%: 0.9-2.4; p=0.49). De hecho, se observó una distribución similar de violencia familiar tanto en los casos como en los controles, lo que sugiere que la violencia familiar podría ser un antecedente común en la población estudiada. Contrariamente, un estudio realizado en el Reino Unido encontró una asociación entre la violencia familiar en la infancia y la esquizofrenia, lo que contrasta con este resultado ⁽²⁷⁾.

Las discrepancias en los resultados podrían atribuirse al contexto particular de la población estudiada, la cual se caracteriza por una alta incidencia de pobreza, una cultura machista, niveles educativos deficientes y un sistema de atención médica multidisciplinaria débil. Por lo general, las víctimas de violencia familiar suelen ser mujeres y niños, aunque los hombres también pueden ser afectados por este problema ⁽⁴⁷⁾. A pesar de la implementación de leyes para combatirla, la violencia familiar está arraigada en aspectos culturales y sociales que perpetúan la desigualdad de género y el desequilibrio de poder en las relaciones familiares. Para abordar este problema de

manera efectiva, se requiere no solo una legislación sólida, sino también un compromiso continuo y unificado de todos los sectores de la sociedad ⁽⁶²⁾.

4.1.12.3. Asociación del abandono de padres

Tabla 15: Distribución del antecedente de abandono de padres

Distribución del antecedente de abandono de padres de los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
CON ANTECEDENTE DE ABANDONO DE PADRES	70	40%	38	22%	108
SIN ANTECEDENTE DE ABANDONO DE PADRES	103	60%	135	78%	238
TOTAL	173		173		346
Chi2=13.7 Pr>chi2=0.000					

Fuente: Ficha de recolección de datos

En relación con el abandono o fallecimiento de al menos uno de los padres (véase tabla 15), se encontró que las personas que experimentaron este antecedente tienen un riesgo 2.4 veces mayor de desarrollar esquizofrenia en comparación con aquellos que no sufrieron este trauma (IC95%: 1.47-3.98, $p < 0.01$). A pesar de que este factor ha sido objeto de pocos estudios, los resultados han sido contradictorios y complejos, sin llegar a establecer una relación sólida con la esquizofrenia ⁽¹⁵⁾.

La asociación encontrada en nuestro estudio sugiere que este evento desencadena una serie de factores estresantes y traumáticos en la vida del individuo, lo que contribuye a la inestabilidad emocional y social, como la sensación de falta de seguridad y pertenencia, aspectos asociados a la esquizofrenia. Es importante considerar que el abandono o fallecimiento de un padre conlleva una situación de estrés multifactorial que desempeña un papel significativo, sumado a la predisposición genética en el inicio de eventos psicóticos⁽⁴⁷⁾.

4.1.12.4. Asociación del acoso escolar

Tabla 16: Distribución del antecedente acoso escolar

Distribución del antecedente acoso escolar en los pacientes					
	CASOS		CONTROLES		TOTAL
CON ANTECEDENTE DE ACOSO ESCOLAR	10	6%	6	5%	16
SIN ANTECEDENTE DE ACOSO ESCOLAR	163	93%	167	95%	330
TOTAL	173	100%	173	100%	346
Chi2=1.05 Pr>chi2=0.305					

Fuente: Ficha de recolección de datos

Finalmente, el acoso escolar durante la infancia o adolescencia como un evento estresante no mostró asociación con la esquizofrenia según el análisis realizado en este estudio (véase tabla 16) (OR: 1.7; IC95%: 0.54-5.84; p=0.3). Aunque el acoso escolar ha sido objeto de numerosas investigaciones, su relación con la esquizofrenia no está claramente establecida. Sin embargo, estudios recientes sugieren que, aunque no se encontró una asociación entre el acoso escolar durante la infancia y la esquizofrenia, sí se encontró una asociación cuando el acoso ocurrió a partir de los 14 años de edad ⁽⁶³⁾.

El autor considera que en el contexto de la población estudiada, que se caracteriza por ser un entorno donde la violencia se considera como algo normal desde el ámbito familiar. Es posible que los pacientes no mencionen el acoso escolar como un antecedente traumático debido a que perciben estos eventos como situaciones normales. Es esencial implementar una educación en salud mental con estrategias más efectivas que intervengan desde edades tempranas, ayudando a las víctimas de eventos traumáticos durante la infancia y adolescencia a reconocerlos, reportarlos y buscar ayuda, lo que permitiría una intervención efectiva desde etapas tempranas con el objetivo de brindar una atención integral de salud, comenzando por la prevención. De ese modo al realizar estudios posteriores de este factor se podría establecer una asociación con la EQZ con mayor objetividad.

4.2. Conclusiones

El factor con mayor nivel de asociación en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es la violencia sexual.

La principal característica sociodemográfica en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es la pobreza.

La principal característica genética en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es la psicopatología psicótica parental de segundo grado.

La principal característica materno perinatal en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es parto prematuro.

La principal característica ambiental en pacientes con esquizofrenia de tres Centros de Salud Mental Comunitarios de la Ciudad de Cusco, 2021-2023 es la violencia sexual y consumo de marihuana.

4.3. Sugerencias

Al Ministerio de Salud Peruano

1. Se sugiere modernizar y sistematizar las historias clínicas en los establecimientos de salud para lograr un seguimiento más objetivo de los pacientes y sus respectivas patologías.
2. Se sugiere mejorar e implementar la infraestructura de los establecimientos de salud correspondientes diseñada para la atención de pacientes con enfermedad mental.
3. Se sugiere el abastecimiento de los CSMC con medicación moderna y de mayor eficacia con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes con EQZ y lograr un desarrollo personal óptimo.
4. Se sugiere mejorar la implementación de políticas y programas que promuevan la educación sexual integral, campañas para aumentar la conciencia pública, servicios de apoyo y ayuda para las víctimas, así como un sistema judicial eficaz que asegure la rendición de cuentas y proteja los derechos humanos de cada individuo

A los Centros de Salud Mental Comunitarios

1. Se sugiere profundizar en la investigación de patologías del árbol genealógico de personas con enfermedades mentales desde el primer contacto.
2. Se sugiere implementar una nueva terminología para el manejo de esta enfermedad con el objetivo de minimizar la estigmatización invalidante del término “esquizofrenia”.

A la Facultad de Medicina Humana- UNSAAC

1. Se sugiere que al realizar investigaciones siguientes sobre el tema hacer un seguimiento prospectivo de las características materno perinatales para una mejor evaluación y minimizar el sesgo de memoria.
2. Investigar de manera individual la violencia sexual como factor asociado a la esquizofrenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La esquizofrenia [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 30 de enero de 2024].
2. Esquizofrenia [Internet]. Who.int. [citado el 30 de enero de 2024].
3. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Gob.es. [citado el 30 de enero de 2024].
4. Kohn R, Levav I, Almeida JMC, Vicente B, Andrade LH, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana De Salud Publica-pan American Journal of Public Health*. 2005;18:229–40.
5. Benavides-Portilla M, Beitia-Cardona PN, Osorio-Ospina C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Rev investig salud Univ Boyacá*. 2016;3(2):146–60.
6. Más de 280 mil peruanos sufren de esquizofrenia [Internet]. Gob.pe. [citado el 30 de enero de 2024].
7. Almenara E. Hospital Almenara de EsSalud alerta sobre incremento de pacientes con esquizofrenia Noticia Relacionadas EsSalud : Hospital Grau refuerza atención primaria a través de la atención integral. 2022;1-32. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010653.pub2>
8. Informe de la Oficina de Informática de la Dirección Regional de Salud Cusco 2024.
9. Quiñones ME, Rodríguez-Castañeda J, Leticia M, Quiñones CE, Esparza-Mantilla MR. Efecto genotóxico y la esquizofrenia en la adolescencia. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2022;15(1):42-5. DOI: 10.1093/schbul/sbac049
10. Centro de Salud Mental comunitario Cusco.Informe Nro 015-2024-GRSC/RSSCN/MR.CUSCO/SCMCC. Cusco: Red de Servicio de Salud Cusco Norte, 2024.
11. Espinoza D, Sosa C, Espinoza E, Sierra M. Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras / Schizophrenia associated factors on patients treated in Mario Mendoza Psychiatric Hospital, Honduras. *Rev. fac. cienc. méd.[Internet]*. 2015 [citado el 30 de enero de 2024]12(2): 10-18. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010653.pub2>
12. King M, Jones R, Petersen I, Hamilton F, Nazareth I. Cigarette smoking as a

- risk factor for schizophrenia or all non-affective psychoses. *Psychol Med* [Internet]. 2021;51(8):1373–81. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291720000136>
13. Núñez Copo AC, Frómata Montoya C, Hechavarria Estenoz D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud “28 de septiembre”. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2013;29(2):141–50.
 14. Díaz LRM, Ramos YP, Correa YD. Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría. *Progaleno* [Internet]. 2020;3(2):76–86. DOI: 10.1186/s13643-021-01837-9
 15. Woolway GE, Smart SE, Lynham AJ, Lloyd JL, Owen MJ, Jones IR, et al. Schizophrenia polygenic risk and experiences of childhood adversity: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* [Internet]. 2022;48(5):967–80. DOI: 10.1093/schbul/sbac049
 16. Davies C, Segre G, Estradé A, Radua J, De Micheli A, Provenzani U, et al. Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(5):399–410. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30057-2
 17. Havdahl A, Wootton RE, Leppert B, Riglin L, Ask H, Tesli M, et al. Associations between pregnancy-related predisposing factors for offspring neurodevelopmental conditions and parental genetic liability to attention-deficit/hyperactivity disorder, autism, and schizophrenia: The Norwegian mother, father and child cohort study (MoBa). *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022;79(8):799. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.1728
 18. Niemelä S, Sourander A, Surcel H-M, Hinkka-Yli-Salomäki S, McKeague IW, Cheslack-Postava K, et al. Prenatal nicotine exposure and risk of schizophrenia among offspring in a national birth cohort. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016;173(8):799–806. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.15060800
 19. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de la Psicosis en el Primer y Segundo Nivel de Atención [Internet]. Perú: Dirección General de Salud de las Personas, MINSA; 2009.
 20. Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry* [Internet]. 2022;21(2):248–71. DOI: 10.1002/wps.20994
 21. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2014;10(1):425–48. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657

22. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 - 2021 (RM N° 356 - 2018/MINSA) Ministerio de Salud Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud; 2018. 96p.
23. Día Mundial de la Esquizofrenia: una enfermedad que llama a la reflexión y a desterrar estereotipos [Internet]. Gob.pe.
24. Amoretti S, Rabelo-da-Ponte FD, Garriga M, Forte MF, Penadés R, Vieta E, et al. Obstetric complications and cognition in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2022;52(14):2874–84. DOI: 10.1017/S0033291722002409
25. King M, Jones R, Petersen I, Hamilton F, Nazareth I. Cigarette smoking as a risk factor for schizophrenia or all non-affective psychoses. *Psychol Med* [Internet]. 2021;51(8):1373–81. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291720000136>
26. Lydholm CN, Köhler-Forsberg O, Nordentoft M, Yolken RH, Mortensen PB, Petersen L, et al. Parental infections before, during, and after pregnancy as risk factors for mental disorders in childhood and adolescence: A nationwide danish study. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2019;85(4):317–25. DOI: 10.1016/j.biopsych.2018.09.013
27. Liu Y, Mendonça M, Johnson S, O'Reilly H, Bartmann P, Marlow N, et al. Testing the neurodevelopmental, trauma and developmental risk factor models of psychosis using a naturalistic experiment. *Psychol Med* [Internet]. 2021;51(3):460–9. DOI: 10.1017/S0033291719003349
28. James B, Alcott V, Ruiz P. *Manual de Psiquiatría clínica*. 4ta edición. Nueva York: Kaplan y Sadock; 2018: 120-150.
29. Cañamares J.M, Castejón M.A, Florit A. *Psicología Clínica: Esquizofrenia*. 1ra edición. España: Editorial Síntesis; 2018:40-180.
30. Ortiz A, Gonzales A, Et al . *Fundamentos de la psiquiatría, bases científicas para el manejo clínico*. 1ra Edición. Colombia: Editorial Médica Panamericana;2014: 104-118.
31. Zhuo C, Li G, Lin X, Jiang D, Xu Y, Tian H, et al. Strategies to solve the reverse inference fallacy in future MRI studies of schizophrenia: a review. *Brain Imaging Behav* [Internet]. 2021;15(2):1115–33. DOI: 10.1007/s11682-020-00284-9.
32. Costas-Carrera A, Garcia-Rizo C, Bitanihirwe B, Penadés R. Obstetric complications and brain imaging in schizophrenia: A systematic review. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* [Internet]. 2020;5(12):1077–84. DOI:

10.1016/j.bpsc.2020.07.018

33. Soares-Weiser K, Maayan N, Bergman H, Davenport C, Kirkham AJ, Grabowski S, et al. First rank symptoms for schizophrenia. *Cochrane Libr* [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 15];2015(1). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010653.pub2>
34. Asociación Estadnuidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Guía. Arlington: American Psychiatric Association.
35. Ratanatharathorn A, Koenen KC, Chibnik LB, Weisskopf MG, Rich-Edwards JW, Roberts AL. Polygenic risk for autism, attention-deficit hyperactivity disorder, schizophrenia, major depressive disorder, and neuroticism is associated with the experience of childhood abuse. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];26(5):1696–705. DOI: 10.1038/s41380-020-00996-w
36. Transtornos mentales. Bvsalud.org.
37. Esquizofrenia. Bvsalud.org.
38. psicosis. Bvsalud.org.
39. Delirio. Bvsalud.org.
40. Alucinaciones. Bvsalud.org.
41. Violencia. Bvsalud.org.
42. Hernandez Sampieri R. Metodologia de la Investigacion. 6°. México: McGraw Hill Education; pag. 346-351. DOI: 10.1186/s13643-021-01837-9
43. El 35.6% de mujeres ha sido víctima de violencia familiar. (n.d.). Elperuano.Pe. Retrieved June 6, 2024, from <https://www.elperuano.pe/noticia/228821-el-356-de-mujeres-ha-sido-victima-de-violencia-familiar>
44. Davis BJ, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophr Res* 2020; 223:9. DOI: 10.1186/s13643-021-01837-9
45. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2006 [cited 2024 Jun 6];23(4):237–8.
46. Torres Lugo DJ, Castillo Ledo I, Rojas Díaz I, Masot Rangel A, Masot Torres SJ, Cabrera Pérez AE. La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Finlay* [Internet]. 2022;12(3):322–30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>

47. Martland N, Martland R, Cullen AE, Bhattacharyya S. Are adult stressful life events associated with psychotic relapse? A systematic review of 23 studies. *Psychol Med* 2020; 50:2302. DOI: 10.1186/s13643-021-01837-9
48. Quitian H, Ruiz-Gaviria RE, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016;45:31–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>
49. Morán-Mariños C, Alarcon-Ruiz CA, Alva-Diaz C. Pobreza y su influencia en el riesgo y daño familiar en un distrito de Lima, Perú: resultados por sectorización y atención primaria en salud. *Semergen* [Internet]. 2019;45(4):225–31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semERG.2019.02.007>
50. Leppert B, Millard LA, Riglin L, et al. A cross-disorder PRSpheWAS of 5 major psychiatric disorders in UK Biobank. *PLoS Genet*. 2020;16(5):e1008185. DOI: 10.1371/journal.pgen.1008185
51. Sallis HM, Croft J, Havdahl A, et al. Genetic liability to schizophrenia is associated with exposure to traumatic events in childhood. *Psychol Med*. 2021;51(11):1814–1821. DOI: 10.1017/S0033291720000537
52. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010; 24:81. DOI: 10.1177/1359786810385490
53. Meng X, Chen K, Yang C, et al. The Clinical Efficacy and Safety of Enhanced Recovery After Surgery for Cesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Studies. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8:694385. DOI: 10.3389/fmed.2021.694385
54. Brunton G, Wahab S, Sheikh H, Davis BM. Global stakeholder perspectives of home birth: a systematic scoping review. *Systematic Reviews* 2021;10(1):291. DOI: 10.1186/s13643-021-01837-9
55. La salud materna y neonatal es una tarea de todos. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2023 Feb. 9 [cited 2024 Jun. 6];11(4):7-8.
56. Rault O, Romeo B, Butlen-Ducuing F, et al. Impact of cannabis use and its cessation on the dosage and the efficacy of antipsychotic drugs in in- and outpatients with schizophrenia taking medication: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2022; 156:713. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.11.012

57. Carracedo S. Consideraciones bioéticas sobre la relación médico-paciente para el uso del cannabis medicinal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019;36(2):334. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3293>
58. Bostwick JM. Blurred boundaries: The therapeutics and politics of medical marijuana. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2012;87(2):172–86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.10.003>
59. Hunt GE, Large MM, Cleary M, et al. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2018; 191:234. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011
60. Bahn S. Gene expression in bipolar disorder and schizophrenia: new approaches to old problems. *Bipolar Disord*. 2002;4 Suppl 1:70-2. DOI: 10.1034/j.1399-5618.4.s1.28.x
61. Gutiérrez M. La violencia sexual en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 6];67(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2338>
62. Kafka JM, Moracco KE, Graham LM, et al. Intimate Partner Violence Circumstances for Fatal Violence in the US. *JAMA Netw Open* 2023; 6:e2312768. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.12768
63. Pergola G, Papalino M, Gelao B, et al. Evocative gene-environment correlation between genetic risk for schizophrenia and bullying victimization. *World Psychiatry*.2019;18(3):366–367. DOI: 10.1002/wps.20685

ANEXOS

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023

Presentado por: Nuria Leticia Huanca Huirse

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	DIMENSIONES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS	
PG: ¿Cuáles son los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia	OG: Determinar los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia	HG: Los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023 son la pobreza, la psicopatología	VARIABLE DEPENDIENTE		Tipo de estudio		La ficha de recolección de datos consta de 38 ítems que se dividen en 5 dimensiones: datos del paciente que se subdividen en 5 indicadores, datos de la patología que se divide en 5 indicadores, los datos de los	
			Esquizofrenia	Un trastorno psiquiátrico grave de característica psicótico que consiste en abandono de la realidad con formación de delirios, alucinaciones,	Diagnóstico de esquizofrenia	Cuantitativo		
						Alcance		
						Analítico correlacional		
						Diseño de estudio		
Observacional no experimental								

Cusco, 2021-2023?	Cusco, 2021-2023	psicótica parental, parto prematuro y consumo de sustancias marihuana		desequilibrio emocional y conducta regresiva		Caso control retrospectivo	factores socioculturales que se subdivide en 10 indicadores, los datos de factores genéticos que se subdividen en 2 indicadores, datos de los factores maternoperinatales que se subdividen en 14 indicadores, datos de los factores ambientales y que se subdivide en 3 indicadores. Se realizará una solicitud al comité de bioética de la UNSAAC, así como también se solicitará autorización
PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023?	OE1: Identificar las características sociodemográficas en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023	HE1: La principal característica sociodemográficas en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023 es la pobreza	No interviniendo	VARIABLES INDEPENDIENTES		Unidad de análisis	
				Edad	___ años	Todos los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia	
				Estado civil	Con pareja Soltero		
				Grado de instrucción	Analfabeto	Población y muestra	
					Primaria		
Secundaria							
Superior	La población del presente estudio son pacientes atendidos entre el año 2021-2023 en los CSMC de Cusco, Santiago y San Sebastián						
Condición laboral	Con trabajo	CRITERIOS DE INCLUSION					
	Desempleado						
PE2: ¿Cuáles son las	OE2: Describir las	HE2: La principal característica		Edad de debut	-----años	CASOS	

características genéticas en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023?	características genéticas en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023	genética en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023 es la psicopatología psicótica parental.	socio demográfico	Sexo	Femenino	-Pacientes con diagnóstico principal de esquizofrenia -Pacientes que asistieron al menos a una atención en los CSMC de Cusco, Santiago y San Sebastián respectivamente en el periodo 2021-2023. -Pacientes cuya procedencia sea Cusqueña. -Pacientes cuya historia clínica esté completa (tengan registrados datos de dirección o teléfono).	A las gerencias de los CSMC respectivos para tener acceso a la base de datos y se pueda realizar el llenado de la ficha de recolección.
					Masculino		
				Nivel Socioeconómico	Pobre		
					No pobre		
			Procedencia	Rural			
				Urbano			
			Genético	Psicopatología psicótica parental	Si		
					No		
			Maternoperinatal	Edad materna	<21 años		
					20-35 años		
>35 años							
Tipo de parto	Vaginal						
	Cesárea						
Edad gestacional	>=37 semanas						
	<37 semanas	CONTROLES					
		Si					
PE3: ¿Cuáles son las características materno perinatales en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud	OE3: Precisar las características materno perinatales en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud	HE3: La principal característica materno perinatal en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia				Plan de Análisis de Datos	Una vez recolectado la información de los datos requeridos mediante la ficha de

mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023?	mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023	Cusco, 2021-2023 es el parto prematuro	Ambientales	Consumo de marihuana	No	-Pacientes con diagnóstico de reacción al estrés agudo -Pacientes que asistieron al menos a una atención en los CSMC de Cusco, Santiago y San Sebastián en el periodo 2021-2023. -Pacientes cuya procedencia sea Cusqueña. -Pacientes cuya historia clínica esté completa (tengan registrados datos de dirección o teléfono).	recolección de datos se codificaron las fichas con una numeración, seguidamente se ingresaron los datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel™ para luego codificar las variables antes de ser sometidas a análisis con el programa STATA/IC v16 Análisis univariado Se realizó una descripción general de las características de la población estudiada. A todas las variables
				Evento estresante	Violencia sexual		
					Violencia familiar		
					Abandono o fallecimiento de padres		
					Bullying		
PE4: ¿Cuáles son las características ambientales en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia	OE4: Determinar las características ambientales en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia	HE4: La principal característica ambiental en pacientes con esquizofrenia de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco, 2021-2023 es el					
					CRITERIOS DE EXCLUSION		

Cusco, 2021-2023?	Cusco, 2021-2023	consumo de marihuana				CASOS -Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal o hepática crónica adicional. -Pacientes que no logren terminar la entrevista. -Pacientes con quienes no se logre contacto o no sean ubicados.	numéricas se les realizó la prueba de Anderson-Darling para determinar qué medida de tendencia central (Moda, Mediana y Promedio o Media) y medida de dispersión (Desviación estándar y Rango intercuartílico) que se utilizará
					CONTROLES -Pacientes con diagnóstico de		

						<p>enfermedad renal o hepática crónica adicional.</p> <p>-Pacientes con antecedente de psicosis</p> <p>-Pacientes con quienes no se logre contacto o no sean ubicados.</p> <p>-Pacientes que no logren terminar la entrevista</p>	<p>dependiendo de la distribución normal o no normal de los datos. Con respecto a las variables categóricas se utilizó frecuencias en porcentajes.</p> <p>Análisis bivariado</p>
		JUSTIFICACION			MUESTRA		Se realizó buscando
		<p>La Esquizofrenia es un trastorno psicótico que puede presentarse como un único episodio remitir con el tratamiento o cronificar requiriendo tratamientos más agresivos.</p> <p>Es importante una adecuada intervención en pacientes esquizofrénicos optimizando el tratamiento para disminuir complicaciones tan graves como la mortalidad temprana</p>			<p>El método de muestreo será no probabilístico por ser caso control retrospectiva, el método que se usará es por conveniencia.</p>		<p>la asociación entre la variable dependiente y la variable independiente. Las variables</p>

		Este estudio nos ayudará a esclarecer la epidemiología de la esquizofrenia en Cusco, sobre todo nos mostrará el panorama de los pacientes esquizofrénicos atendidos en los centros de salud mental comunitarios de la zona rural, caracterizando los factores asociados a esta patología cuya evolución es tan incapacitante y sus complicaciones altamente mortales	Para realizar el cálculo de tamaño de muestral se utilizó el programa Epi Info TM versión 7.2.5.0 de la CDC-EEUU. Se utiliza el cálculo del tamaño de muestra del estudio transversal titulado “factores asociados a la esquizofrenia en pacientes atendidos en el hospital psiquiátrico Mario Mendoza, Honduras” Con un poder del 85% y un IC 99% se obtuvo una muestra total de 381 más el 10% de error.	categorías se analizaron mediante la tabla tetracórica, donde se determinó las medidas de asociación, el Odds Ratio (OR). Se aplicó test estadísticos y pruebas de hipótesis a todas las variables considerando el valor de $p < 0.05$ así como el intervalo de confianza del 95% (IC95%) indicando su límite inferior y superior
RESULTADOS		CONCLUSIONES		
Se obtuvo los datos de 390 pacientes de quienes quedaron 146 para el análisis, donde se vio una relación similar entre varones y mujeres con esquizofrenia y una mediana de edad de debut de 22.5 años. También se evidenció que los casos que alcanzan un grado de instrucción superior son 47% menos que los controles con el mismo grado de instrucción. Los factores asociados a la esquizofrenia fueron el nivel socioeconómico (OR: 9.3), la psicopatología psicótica parental (OR: 10.9), la edad gestacional (OR: 5.2), la edad materna (OR: 4.1) el consumo de marihuana (OR: 10.4), la violencia sexual (OR: 20.1) y el abandono o fallecimiento de padres (OR: 2.4)		El factor con mayor asociación encontrada en la población de estudio es la violencia sexual.		

ANEXO 2.- Instrumento de investigación

Consentimiento Informado para el Estudio

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Este estudio titulado "FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023" tiene como objetivo determinar los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes de tres centros de salud mental comunitarios de la provincia Cusco en el periodo 2021-2023.

Este proceso de intervención a otra persona se basa en el respeto de la privacidad de la información como a su confidencialidad, haciendo el compromiso que todo lo que sea recolectado no será publicado si no previa autorización de la persona; así mismo, se tomará en cuenta el respeto por los ideales culturales, religiosos y pensamientos de la persona entrevistada, apoyándonos en los conceptos escritos de las buenas prácticas clínicas y los acuerdos de respeto de los derechos según la declaración de Helsinki.

Toda la información es voluntaria y será manejada de manera absolutamente confidencial por quien realiza la investigación: "Nuria Leticia Huanca Huirse" (Estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco - UNSAAC).

Yo (Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS) _____

Declaro que:

- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
 - El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
 - Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
 - Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO (marcar lo que corresponda)

SÍ NO

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha

Firma.....

N° DE ENTREVISTA

I. DATOS DEL PACIENTE

1. DNI: _____ 3. Acompañante: _____
2. Telf.: _____ 4. Domicilio: _____
5. Procedencia: _____

II. DATOS DE LA PATOLOGÍA

6. Diagnósticos: _____ _____ _____	8. Tiempo de enfermedad: _____ 9. Forma de inicio: _____ 10. Tratamiento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especifique: _____ _____ _____
--	---

II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

11. Edad en años cumplidos: _____ años

12. Sexo: Masculino Femenino

13. Estado civil: Soltero Con pareja

14. Grado de instrucción:

<input type="checkbox"/>	Sin ningún grado de instrucción
<input type="checkbox"/>	Primaria completa o incompleta
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa o incompleta
<input type="checkbox"/>	Superior

15. Condición laboral: Desempleado
 Trabaja

16. ¿Cómo está clasificado su familia en SISFOH?
No pobre Pobre Pobreza Extrema

17. ¿En qué provincia nació, usted?.....

III. FACTORES GENÉTICOS

17. ¿Algún familiar tiene esquizofrenia?

NO Si Especifique: -----

18 ¿Algún familiar tuvo alguna vez un episodio de delirio o alucinaciones?

NO Si Especifique: -----

IV. FACTORES MATERNOOPERINATALES

19. ¿Cuántos años tenía su madre cuando estaba embarazada de Ud.? años

20. ¿Hubo alguna complicación durante el parto donde nació?

NO SI Especifique:.....

21. ¿Usted nació por parto vaginal o cesárea?

Vaginal: Cesárea

22. ¿A los cuántos meses o semana de embarazo nació usted?

< a 34 semanas (7 meses)

Entre 34 y 37 semanas (8 meses)

De 37 semanas (9 meses)

V. FACTORES AMBIENTALES

23. ¿Ha consumido o consume alguna de las siguientes sustancias? ¿Desde qué edad?

Bebidas alcohólicas desde los ____ años

Marihuana desde los ____ años

24. El paciente, ¿tuvo algún evento traumático en su vida que lo afectó emocionalmente?

SI No

Abandono o fallecimiento de los padres

Violencia sexual

Violencia física o psicológica

Bullying

Violencia familiar

ANEXO 3.- Cuadernillo de validación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE
MEDICINA HUMANA**



**CUADERNILLO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO “FACTORES
ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS
DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-
2023”**

Autor: Nuria Leticia Huanca Huirse

SOLICITUD:

Estimado(a) doctor (a) _____

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objetivo obtener la validación de la ficha de recolección de datos (cuestionario), que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

“FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023” Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación

INSTRUCCIONES

En las siguientes preguntas usted evaluará el cuestionario para poder validarlo. En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una "x" la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presenta en los casilleros siendo:

5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.

1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

Hoja de preguntas para la validación de la ficha de recolección de datos para la investigación sobre "FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud., que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud., que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud., que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud., si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. ¿Considera Ud., que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud., que las escalas de medición son pertinentes a los objetivo materia de estudio?					X

Laura Quintana Castro
 MEDICO PSIQUIATRA
 RNE. 00745

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?..... NINGUNO

Hoja de preguntas para la validación de la ficha de recolección de datos para la investigación sobre "FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud., que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud., que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					^
3. ¿Considera Ud., que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud., si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?				X	
5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				X	
6. ¿Considera Ud., que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				X	
8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9. ¿Considera Ud., que las escalas de medición son pertinentes a los objetivo materia de estudio?					X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse?



D. Duberly Sánchez Del Mar
 MEDICO PSIQUIATRA
 CMP. 52480 - RNE. 44015

Hoja de preguntas para la validación de la ficha de recolección de datos para la investigación sobre "FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud., que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud., que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud., que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud., si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. ¿Considera Ud., que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud., que las escalas de medición son pertinentes a los objetivo materia de estudio?					X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse? Ninguno


Dr. Luis Alberto Gonzales Vilca
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.M.P. 41976 R.M.E. 43310

Hoja de preguntas para la validación de la ficha de recolección de datos para la investigación sobre "FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud., que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud., que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud., que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud., si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. ¿Considera Ud., que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud., que las escalas de medición son pertinentes a los objetivo materia de estudio?					X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse? *Edwin*

Edwin
M. 2007
C.A.
C.A. 27201 RUC 31040

Hoja de preguntas para la validación de la ficha de recolección de datos para la investigación sobre "FACTORES ASOCIADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS DE LA CIUDAD DE CUSCO, 2021-2023"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud., que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud., que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud., que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud., si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud., que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. ¿Considera Ud., que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud., que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud., que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud., que las escalas de medición son pertinentes a los objetivo materia de estudio?					X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendría que implementarse o suprimirse? NINGUNO

Dra. Dina Eloella Concha
 Médico Psiquiatra
 C.M.P. 63732 H.M.E. 37506

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizó el método de “Distancia del punto medio”

PROCEDIMIENTO: Se construyó una tabla donde colocamos los puntajes de los ítems y sus respectivos promedios. Brindados por cuatro especialistas en el tema:

RESULTADOS:

ITEM S	EXPERTOS					PROME DIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	5	5	5
2	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	4	5
4	5	5	5	5	4	4.8
5	5	5	5	5	4	4.8
6	5	5	5	5	4	4.8
7	5	5	5	5	4	4.8
8	5	5	5	5	4	4.8
9	5	5	5	4	5	4.8