

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA



TESIS

*“FACTORES RELACIONADOS A LA ESQUIZOFRENIA EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE JAÉN, 2020”*

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

GABRIELA ESTEFANÍA RUIZ QUIROZ

ASESOR:

Mg. SEGUNDO MANUEL VEGA PIZÁN

CÓDIGO ORCID: 000-0002-1837-8963

CAJAMARCA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mis amados padres, por ser mi principal fuente de motivación para alcanzar cada una de mis metas, por su paciencia y apoyo incondicional durante todos estos años, pero principalmente por el amor con el que me educaron.

A mi padre, Vicente Ruiz Morales, por ser mi guía, figura e inspiración, quien motivó mi formación médica.

A mi madre, Maruja Quiroz Pompa, por ser mi más grande amiga, pilar fundamental en mi vida.

A mis queridos hermanos William, Raquel, Fernando y Rodrigo, por ser mis compañeros de vida y haberme enseñado tanto con su amor incondicional y su apoyo permanente.

A mis adorados sobrinos, Anderson y Luciana, quienes han llegado al mundo a llenarnos la vida de dicha y alegría.

A nuestro ángel en el cielo, amada Pierina.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su infinito amor y por brindarme salud, pero principalmente por el hogar al que me envió.

A mis padres, porque jamás han soltado mi mano y por todo el esfuerzo que ha implicado educarme.

A mis hermanos, porque aún en nuestras diferencias, hemos encontrado la forma de apoyarnos incondicionalmente.

Al Dr. Daniel Celestino Díaz, mi maestro, quien desinteresadamente me brindó su apoyo y concretó mi formación médica durante mi internado hospitalario.

A la Dra. Erika Zamora, quien fue mi tutora de internado, por su orientación académica y respaldo permanente, para finalmente convertirse en una gran amiga.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	8
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
ANTECEDENTES.....	11
BASES TEÓRICAS.....	15
DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS.....	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	27
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	27
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	32
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	38
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N°1: Estadística del género de los pacientes.....	32
Tabla N°2: Estadística del lugar de residencia de los pacientes.....	32
Tabla N°3: Estadística del grado de instrucción.....	32
Gráfico N°1: Gráfico circular del recuento de los diagnósticos.....	33
Tabla N°4: Recuento estadístico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia frente a la edad de presentación.....	33
Tabla N°5: Recuento estadístico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia frente al género del paciente.....	34
Tabla N°6: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus la presencia o no de antecedentes familiares de esquizofrenia.....	34
Tabla N°7: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus el ser producto de un embarazo no deseado.....	34
Tabla N°8: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus la edad materna en la que fueron concebidos.....	35
Tabla N°9: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus el consumo de algún tipo de sustancia.....	35
Tabla N°10: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus el haber sido víctima de algún tipo de violencia.....	35
Tabla N°11: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus a ser inmigrantes.....	35
Gráfico N° 2: Gráfico de barras de la frecuencia de los factores en el diagnóstico de esquizofrenia.....	36
Tabla N° 12: Prevalencia de la esquizofrenia para el año 2020.....	37

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores relacionados con el diagnóstico de esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020. **METODOLOGÍA:** Estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Muestra: 272 historias clínicas. Se utilizó fichas de recolección procesadas en el programa SPSS. **RESULTADOS:** La frecuencia del factor herencia familiar está presente en el 63% y aumenta 1.7 más veces en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El género femenino representa el 64%, es decir, 1.8 veces más que en los varones. La inmigración representa el 1.5%. Un 4% afirma ser consumidor de sustancias tóxicas. El ser violentado o haberlo sido, una frecuencia de 12.5%. Ser producto de un embarazo no deseado, representa el 88%. El ser producto de un embarazo adolescente es igual a 67.5%. **CONCLUSIONES:** Para el 2020, la mayor afluencia de pacientes al Centro Comunitario de Salud Mental de Jaén, está representado por el género femenino con un 63.2%, la edad promedio es de 27.9 años, provienen de la periferie el 69.5% y poseen un grado de instrucción a nivel primario el 53.7%. Dentro los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, prima el género femenino con un 64% y principalmente jóvenes, con un 53.5%. Los tres factores que con mayor frecuencia se encuentran con el diagnóstico de esquizofrenia son: el ser producto de un embarazo adolescente con un 88%, el ser producto de un embarazo no deseado con un 67.5% y finalmente el tener antecedentes familiares de esquizofrenia con un 63%. La prevalencia de esquizofrenia fue de 73.53 por cada 100 pacientes.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, factor, joven, femenino, violencia, inmigración, embarazo no deseado, embarazo adolescente, herencia familiar, consumo de sustancias tóxicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the factors germane to the diagnosis of schizophrenia in the Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020. **METHODOLOGY:** Observational, descriptive and retrospective study. Sample: 272 medical records. Collection cards processed through the SPSS program were used. **RESULTS:** The frequency of the family inheritance factor is present in 63% and increases 1.7 times more in patients diagnosed with schizophrenia. The female gender represents 64%, that is, 1.8 times more than males. Immigration represents 1.5%. 4% claim to be a consumer of toxic substances. Being violent or having been, a frequency of 12.5%. Being the product of an unwanted pregnancy a represents 88%. Being the product of a teenage pregnancy is equal to 67.5%. **CONCLUSIONS:** By 2020, the largest influx of patients to the Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, is represented by the female gender with 63.2%, the average age is 27.9 years, 69.5% come from the periphery and 53.7% have a degree of education at the primary level. Within the patients diagnosed with schizophrenia, the female gender prevails with 64% and mainly 53.5%. The factors that are most frequently found with the diagnosis of schizophrenia are: being the product of a teenage pregnancy with 88%, being the product of an unwanted pregnancy with 67.5% and finally having a family history of schizophrenia with 63%. The prevalence of schizophrenia is 73.53 per 100 patients.

KEY WORDS: Schizophrenia, factor, young, female, violence, immigration, unwanted pregnancy, teenage pregnancy, family inheritance, consumption of toxic substances.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia está enmarcada como un trastorno psiquiátrico, el cual involucra principalmente psicosis crónica o recurrente (1).

La OMS refiere que, la esquizofrenia es un trastorno mental grave, en el cual veremos múltiples características, algunas de ellas son un gran disturbio de la personalidad, del pensamiento, de las percepciones, del lenguaje, de emociones, e incluso, de la conciencia sobre sí mismo, por lo tanto, se concluye que llegará a presentar un conjunto de conductas alteradas (2).

La OMS considera que es uno de los trastornos médicos más incapacitantes y económicamente desastroso; clasificado como una de las 10 enfermedades principales que contribuyen a la carga mundial de morbilidad (2).

Es así que, en el Perú, y específicamente en la ciudad de Jaén-región Cajamarca, no somos ajenos a la presencia de esta patología y las consecuencias ya descritas.

Por todo lo anteriormente mencionado, éste trabajo está orientado a identificar a los pacientes con esquizofrenia, de entre todas las atenciones brindadas a los pacientes el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén en el año 2020.

Los casos analizados serán los que llegaron a la atención en el Centro de Salud Comunitario Mental de Jaén durante el 2020.

El rango de tiempo usado en este trabajo retrospectivo será de todos los casos que se hayan presentado a lo largo del año 2020 en el Centro de salud mental comunitario de Jaén.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores relacionados a la esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020?

3. JUSTIFICACIÓN

Son apenas hasta hace unos pocos años que se ha empezado a comprender la real necesidad de una adecuada salud mental, por lo que el conocer los factores que guardan relación con la presencia de esquizofrenia, se convierte en esencial para su diagnóstico y tratamiento temprano, disminuyendo el impacto social y económico, tanto para el entorno familiar como para la sociedad y el estado, hasta incluso, el hecho de poder realizar una intervención temprana sobre estos factores de riesgo y evitar el camino hacia la esquizofrenia.

Acorde con la realidad que se vive en la provincia de Jaén, vemos el gran número de casos de pacientes psiquiátricos que llegan a atención en el centro comunitario de salud mental, siendo este el único centro especializado en esta parte de la región, por lo que la afluencia es permanentemente alta; frente a esa necesidad, es que se ve propicio el realizar el presente trabajo, con la intención de que este proyecto abra paso a más trabajos de investigación similares, con los cuáles se busque identificar los factores predisponentes para la esquizofrenia, dado que es una patología con mucha incidencia en la provincia de Jaén, de esa forma sumar benéficamente a la salud mental de la misma y en cierta medida cimentar las bases de futuras investigaciones en el área.

4. OBJETIVOS:

a. GENERAL: Determinar los factores relacionados con el diagnóstico de esquizofrenia en el Centro de salud mental comunitario de Jaén, 2020.

b. ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas (edad, género, grado de instrucción y procedencia) de los pacientes que con mayor frecuencia acuden por atención en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020.

- Determinar grupo etario y de género, que se encuentran mayormente afectados con el diagnóstico de esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020.

- Valorar los factores que con mayor frecuencia están presentes en el diagnóstico de esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020.

-Determinar la prevalencia de esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

a) ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Según Quinde Quinde P y Aguilera Justillo J. (3), en su estudio descriptivo sobre los factores asociados a la esquizofrenia en pacientes adultos varones, en el cual se indica que tomando partida de las múltiples referencias de la etiología que se tienen respecto a esta patología, y mediante la recolección de datos a través de 40 historias clínicas, se encuentra que, el 37% de ellos cursa con un progenitor con diagnóstico establecido de esquizofrenia, mientras que un 45% de ellos, cursa mas bien con un diagnóstico relacionado con factores funcionales o bioquímicos, seguido del 25% con algún antecedente de infección viral, finalmente será menos frecuente la desnutrición materna con un 10%. Así también se suman algunos tipos de comorbilidades en estos pacientes, como epilepsia (45%), hipertiroidismo (30%) e hipotiroidismo (15%) y diabetes mellitus tipo II (10%). Finalmente se concluye que la presencia de familiares consanguíneos con la enfermedad, al igual que factores de riesgo gestacionales y nutricionales; son antecedentes en las historias personales de estos pacientes. Así mismo, se observa la presencia de uno o más enfermedades endocrinas en seis de cada diez pacientes, y cuatro de cada diez padecen epilepsia.

En el estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos-contróles de Palenzuela Ramos Y, Moreira Díaz L, Dorta Correa Y. (4), con un universo de 203 pacientes, 79 casos y 79 controles, donde estos dos últimos datos corresponden a la muestra. De lo cual, se

evidencia el antecedente familiar de esquizofrenia, 58(36.7%) pacientes para casos y 33 (20,9%) pacientes para controles, donde se concluye que es un factor altamente significativo. La personalidad premórbida, 70(44.3%) pacientes para casos y 47(29.7%) pacientes para controles, el estado civil soltero son 45(28.5%) pacientes para casos y 25(15.8%) pacientes para controles, haber cursado con algún evento estresante en 72(45.6%) pacientes para casos y 35(22.2%) pacientes para controles y la familia disfuncional 62(39.2%) pacientes para casos y 45(28.5%) pacientes para controles, todos ellos, factores no genéticos asociados.

Para Sanyer Bohórquez AL y Herrera Montesdeoca AC (5), en su estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional; donde fueron evaluados 113 pacientes esquizofrénicos, de los cuales, 36.28% consumían sustancias psicotrópicas, con mayor frecuencia, fue el alcohol, 78.05%. El 68.29% está representado por el sexo masculino y está asociado al uso de drogas ($p=0.03$). La edad promedio de los consumidores fue de 43.40 años. La edad promedio al momento de diagnosticar la esquizofrenia fue de 27.51 años en consumidores y 24.89 en los que no lo son; no hay diferencias significativas ($t=-0.068$ $p=0.946$). Respecto al grado de instrucción, la mayoría cursaron hasta bachillerato y tienen nivel socioeconómico medio, no se evidenció asociación. Llegando así a conclusión de que la prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas en esquizofrénicos fue del 36.28% y el alcohol fue la sustancia más usada. El factor de riesgo más importante para el estudio fue ser hombre; mientras que para el resto de factores no encontró asociación al consumo de sustancias.

b) ANTECEDENTES NACIONALES:

En el estudio de San Martín Narrea V. (6), respecto a la violencia doméstica asociada a la esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa, de tipo cuantitativo, observacional y transversal analítico; se tiene que del total de la muestra, el 92% de acompañantes sufren o sufrieron algún tipo de violencia doméstica durante su vida, se obtiene una frecuencia de 61,3% de pacientes que sufren esquizofrenia, en los cuales, la violencia psicológica mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,025$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de ésta ($PR=1,745$, $IC:1,071-2,843$), la violencia sexual mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,00$) incrementando así en 12,7 veces la posibilidad de ésta ($PR=1,745$, $IC:4,941 - 32,708$) y finalmente la violencia patrimonial mostró significancia estadística a ésta ($p=0,018$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,103 - 2,917$).

Para Gonzáles García GM (7) en su estudio de tipo descriptivo epidemiológico no experimental; tenemos que, presenta un total de 16670 pacientes, de los cuales 435 desarrollaron esquizofrenia; el sexo masculino representó el 52% y el femenino un 48%; la edad más representativa para ambos sexos fue en el rango de 21 a 40 años; los pacientes que habitaban en zona urbana estuvieron representada por el 80.9% y sólo el 32% presentaron antecedentes familiares. Respecto a la clínica de presentación, el 40% manifiesta alucinaciones; el 69.9 % desarrolló esquizofrenia paranoide y un 16.7% presentó una asociación con hipertensión arterial.

Moncada Moreno A (8), en su estudio de casos y controles en el que se incluyeron a 245 pacientes con edades entre 15 a 50 años, según criterios de selección, los cuales se dividieron en 2 grupos: el primero de pacientes con esquizofrenia y pacientes sin esta patología; aplicándose el odds ratio y la prueba estadística chi cuadrado; obteniéndose como resultados a pacientes con esquizofrenia y una frecuencia de dependencia a marihuana de 18.4%; y a pacientes sin esquizofrenia y frecuencia de dependencia a la marihuana de 15.3%. Concluyendo así, que la dependencia a la marihuana no es factor de riesgo para la esquizofrenia, con un odds ratio de 1.25 (0,55- 2,83) IC 95%, el cual no fue significativo.

Es así, que Peña Freitas A. (9), evalúa los factores asociados al desarrollo de esquizofrenia con su estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Se incluyó a 354 pacientes, siendo 118 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, los casos y 236 pacientes con otro diagnóstico, los controles. Según el sexo, un 55.90% fueron varones en los casos y un 59.30% en los controles. De acuerdo al grupo etario en los casos, el 63.60% fueron jóvenes entre los 18-29 años y 64% en los controles. Los factores asociados a esquizofrenia fueron: el antecedente familiar (OR: 11.63, IC 95% 5.14-26.33; $p < 0.001$), la violencia en la infancia (OR: 1.97, IC 95% 1.01-3.82; $p < 0.048$) y la farmacodependencia (OR: 2.67, IC 95% 1.60-4.43; $p < 0.001$). Por lo que se concluye que los factores como el antecedente familiar de esquizofrenia, la violencia en la infancia y la farmacodependencia están asociados al desarrollo de esquizofrenia.

2.2. BASES TEÓRICAS

A. DEFINICIÓN: La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que involucra psicosis crónica o recurrente (1). Según la OMS, la esquizofrenia es un trastorno mental grave en el que existe un gran disturbio de la personalidad, como también del pensamiento, de percepciones, del lenguaje, de emociones, e incluso de la conciencia de sí mismo, por lo tanto, va a presentar un conjunto de conductas alteradas. así mismo, ésta considera uno de los trastornos médicos más incapacitantes y económicamente catastróficos; clasificado como una de las 10 enfermedades principales que contribuyen a la carga mundial de morbilidad (2).

B. EPIDEMIOLOGÍA: La esquizofrenia ocurre en todo el mundo. La prevalencia se aproxima al 1 % a nivel internacional (10), la incidencia se acerca a 1,5 por cada 10.000 personas (10), la edad de aparición suele ser durante la adolescencia; el inicio en la niñez y en la adultez, sobre los 45 años son raros. Con mayor frecuencia, a los hombres se les diagnostica esquizofrenia más que a las mujeres, con una relación de 1,4: 1 (11), siendo así que la OMS (2) refiere que encontraremos alrededor de 12 millones de hombres que la padecen y en mujeres será de 9 millones; también debemos tener en cuenta que las mujeres tienden a ser diagnosticadas más tarde en la vida que los hombres. La edad aproximada de inicio es entre 18 y 25 para los hombres y entre 25 y 35 para las mujeres, con un segundo pico que se produce alrededor de la menopausia (12). también se tiene indicios de que el pronóstico es peor en los hombres (13).

Según la OMS (2) (14), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. En América Latina

afecta a aproximadamente el 1% de la población según el informe de epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 a 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (2).

En el caso del Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (14), para el 2018 se estimó que había alrededor de 260 mil personas viviendo con esta enfermedad en el Perú, de los cuales, 32 mil no reciben el tratamiento adecuado en Lima, todo ello merma el desarrollo del país, sin embargo, el ministerio de salud señala que si un paciente esquizofrénico es tratado adecuadamente, puede tener una recuperación sintomática progresiva; lo que disminuiría el coste económico para el estado peruano.

AFECCIONES CONCURRENTES (15): las personas con esquizofrenia tienen tasas más altas de varios trastornos psiquiátricos que las personas sin esquizofrenia, que incluyen:

- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias.
- Problemas metabólicos y neurológicos.

C. PATOGÉNESIS: Aunque se desconoce con exactitud la patogenia del trastorno, se tiene casi con total seguridad que la esquizofrenia representa un síndrome compuesto por un conjunto de enfermedades que se presentarían con signos y síntomas con grandes similitudes, aun así, existe un cierto grado de heterogeneidad, dificultando el esclarecimiento de los

factores etiológicos y fisiopatológico (16). Además, la esquizofrenia parece ser una condición propiamente humana, lo que limita la utilidad de los modelos animales, complicando aún más el esclarecimiento de la etiopatofisiología de este trastorno (17).

Para la OMS (2), no se ha identificado un único factor. Se considera que la esquizofrenia puede estar provocada por la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales.

Factores psicosociales también podrían contribuir.

a. FACTORES DE RIESGO: Existe evidencia que sugiere que la fisiopatología de la esquizofrenia procede de una interacción enmarañada entre los genes y el medio ambiente (18), lo que complica los esfuerzos para diferenciar las contribuciones relativas de los factores de riesgo genéticos de los ambientales, por ejemplo, los factores ambientales pueden influir en la expresión genética del mismo modo que ésta puede influir en la respuesta a los factores ambientales estresantes; el resultado de la interacción entre factores de riesgo genéticos y externos es la interrupción del funcionamiento del circuito neuronal y del sistema de neurotransmisores, para así, dar paso a la esquizofrenia.

FACTORES GENÉTICOS (17) (18): La tasa de concordancia observada en gemelos monocigóticos, que comparten el 100% de sus genes, es de alrededor del 40 al 50%, mientras que la tasa de concordancia observada en gemelos dicigóticos, que comparten el 50% de sus genes, es de alrededor del 10 al 15%. Tales datos sugieren un fuerte componente genético de la esquizofrenia, sin embargo, no se han identificado los genes específicos involucrados en su etiología, aunque, se han utilizado enfoques de ligamiento genético o de genes candidatos.

FACTORES EXTERNOS

1. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS (19): aumentan al doble el riesgo de desarrollo posterior de esquizofrenia.

- Hemorragia.
- Trabajo prematuro.
- Incompatibilidad de grupos sanguíneos.
- Hipoxia fetal.
- Infecciones maternas, como la influenza y su relación con los nacidos a fines del invierno o principios de la primavera posiblemente reflejen una mayor exposición materna al virus durante el desarrollo neural prenatal, también se hace referencia a T. Gondi, herpes simple tipo 2, etc., entre otros, sin embargo, no se sabe con exactitud su mecanismo de daño.
- Producto de un embarazo no deseado.

2. INFECCIONES: varios hallazgos epidemiológicos sugieren un posible papel de ciertos agentes infecciosos como probables factores de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia, sin embargo, el mecanismo por el cual las infecciones aumentan el riesgo de esquizofrenia no está claro (20).

3. INFLAMACIÓN: el aumento de la activación del sistema inmunológico conduce a niveles más altos de citocinas proinflamatorias circulantes, y en la esquizofrenia se han observado con frecuencia niveles elevados de estas (21); las cuales pueden alterar la barrera hematoencefálica o ser producidas localmente en el SNC por la microglía activada y probablemente ser responsables de la psicosis, su exacerbación o deficiencias cognitivas (22). Aquí vemos algunos trastornos autoinmunitarios que se han asociado con una mayor prevalencia de esquizofrenia (23):

- Anemia hemolítica adquirida
- Penfigoide ampolloso
- Enfermedad celíaca
- Cistitis intersticial
- Tirotoxicosis

4. CONSUMO DE CANNABIS: el consumo de cannabis está estrechamente relacionado con la presencia de brotes psicóticos, que en tiempo llegan a convertirse en casos de esquizofrenia, sin embargo, la fisiopatología no está claramente establecida (24).

5. TABAQUISMO: En un estudio prospectivo que incluyó a más de 900.000 personas, la incidencia de esquizofrenia recién diagnosticada fue mayor en fumadores que en no fumadores (25).

6. INMIGRACIÓN: Los estudios han encontrado asociaciones entre la cantidad de discriminación social experimentada por los grupos de inmigrantes y las tasas de esquizofrenia en el grupo; es decir, los grupos de inmigrantes que experimentan más discriminación tienen tasas más altas de esquizofrenia que los grupos de inmigrantes que experimentan tasas más bajas de discriminación social (15). El mayor riesgo de esquizofrenia en inmigrantes puede estar relacionado con la deficiencia de vitamina d, especialmente entre las personas que se trasladan a latitudes más septentrionales (26).

7. NEURODESARROLLO Y NEUROPATOLOGÍA: La esquizofrenia es un trastorno del neurodesarrollo con cambios neuropatológicos que pueden comenzar en el útero (27).

8. LA VULNERABILIDAD A LOS INSULTOS: Tendrá base en pre o anomalías del desarrollo neurológico perinatal, por lo que es probable que conduzcan a una vulnerabilidad

a los insultos postpúberes, que contribuyen a la pérdida acelerada de materia gris y conectividad aberrante en las regiones prefrontales de los individuos vulnerables (28).

9. NEUROTRANSMISORES: Se da por la hipofunción de múltiples de ellos, tales como dopamina, glutamato, ácido gamma-aminobutírico y acetilcolina (29) (30) (31).

D. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (32) (33) (34): La esquizofrenia es un síndrome, por lo cual, los pacientes generalmente presentan un conjunto de síntomas.

a. SÍNTOMAS POSITIVOS: representan una exageración de los procesos normales, los que incluirán síntomas de distorsión de la realidad, de alucinaciones y delirios, así como pensamientos y comportamientos desorganizados.

- Alucinaciones: percepción de un proceso sensorial en ausencia de una fuente externa. Pueden ser auditivas, las cuales vendrán a ser las más comunes; visuales, somáticas, olfativas o gustativas.

- Delirios: definidos como una creencia falsa fija, es decir, resistente al cambio, incluso ante una abrumadora evidencia contradictoria; están presentes en aproximadamente el 80% de los pacientes (35).

Se clasifican en términos generales como extraños o no extraños. El primero se refiere a situaciones que son claramente inverosímiles y de un contenido no comprensible; lo segundo hace mención a una situación que, si bien no es cierta, es comprensible y cabe la posibilidad de ser cierta.

Respecto al contenido de las ideas delirantes a menudo se puede clasificar en cinco tipos, así tenemos las ideas de referencia - de las que se cree que todo evento al azar no existe, si no que incluyen al individuo de una manera especial, las grandiosas – en las que el paciente cree que tiene algún significado o don especial, las paranoicas – serán clínicamente importantes,

ya que estarán mediadas por el nivel de “desconexión” que le paciente pueda llegar a tener, las nihilistas – son creencias extrañas, respecto a que uno está muerto, la no existencia o que el cuerpo está desapareciendo y las erotomaníacas, donde el paciente creará erróneamente que ha formado una relación especial con alguien, cuando de ninguna manera es así.

• **Desorganización (36):** los pacientes con esquizofrenia suelen mostrar cierta desorganización en su pensamiento y/o comportamiento. Los comportamientos desorganizados se observan directamente, mientras que los pensamientos no. Así tenemos:

- Habla tangencial: la persona se aleja progresivamente del tema del cual se habla sin responder adecuadamente.

- Habla circunstancial: la persona terminará respondiendo una pregunta, pero de un modo muy indirecto.

- Descarrilamiento: la persona cambiará de forma repentina de tema sin ningún sentido.

- Neologismos: la creación de palabras nuevas e idiosincrásicas.

- Ensalada de palabras: las palabras se juntan sin ningún significado comprensible.

b. SÍNTOMAS NEGATIVOS (37): Vienen a ser una disminución o ausencia de los procesos normales, los que pueden ser primarios o de déficit - que tiende a agruparse en dos componentes: uno de síntomas de expresión disminuida y otro de abstinencia-apatía; y los secundarios, los que devendrán como resultado de los primarios.

c. DETERIORO COGNITIVO (38): Vendrá a ser reflejado en la aplicación de pruebas neuropsicológicas. Éstas generalmente suelen preceder a la aparición de síntomas positivos.

Por ejemplo:

✓ Velocidad de procesamiento.

✓ Memoria de trabajo.

✓ Atención.

- ✓ Aprendizaje verbal, visual y memoria.
- ✓ Razonamiento / funcionamiento ejecutivo.
- ✓ Comprensión verbal.
- ✓ Cognición social.

d. ANSIEDAD Y CAMBIOS EN EL ESTADO ANÍMICO: serán las características clínicas que principalmente estarán asociados a la esquizofrenia (15).

E. MANIFESTACIONES FÍSICAS ASOCIADAS

- ✓ Trastornos neurológicos: que serán característicos por presentar “signos blandos”, los que implican alteraciones sutiles de la integración sensorial, la coordinación motora, y la secuenciación, como ejemplos tenemos a la confusión derecha-izquierda, agrafostesia y estereognosia (39).
- ✓ Catatonia: puede presentarse como negativismo extremo o excitación catatónica, que sería representada por una actividad excesiva y sin propósito (35).
- ✓ Alteraciones metabólicas: la esquizofrenia es asociada con diabetes, hiperlipidemia e hipertensión (35).
- ✓ Suicidio: la tasa es mucho más alta que en la población general (40).

F. DIAGNÓSTICO (1): requiere de la presencia de síntomas característicos del trastorno, durante al menos seis meses en ausencia de otro diagnóstico.

Criterios de diagnóstico del DSM-V/Esquizofrenia (1):

- A. 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: (Al menos uno debe ser 1,2 o 3)
1. Delirios.

2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado.
 4. Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos.
- B. En una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de funcionamiento, ya sea el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, estarán marcadamente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio del cuadro. Tener en cuenta que cuando el inicio es en la niñez o la adolescencia, se evaluará la incapacidad para alcanzar el nivel esperado de logro interpersonal, académico u ocupacional.
- C. Los signos continuos de la alteración persisten durante al menos seis meses. El período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas, o menos, de llegarse a tratar con éxito; que cumplen con el criterio A, es decir, síntomas de la fase activa, y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales, durante los cuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o dos o más síntomas enumerados en el criterio a que se presentan de forma atenuada.
- D. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con características psicóticas se han descartado.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una condición médica general.
- F. Si el paciente tiene antecedentes de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se realiza solo si también están presentes delirios o alucinaciones prominentes durante al menos un mes o menos, si se tratara con éxito.

G. CLASIFICACIÓN: SEGÚN EL CIE-10 (41).

- a) Paranoico: presencia de delirios y alucinaciones, con mínimo deterioro cognitivo.
- b) Hebefrénico: de cambios afectivos prominentes, por lo que generalmente se diagnosticará en adolescentes y adultos jóvenes.
- c) Catatónico: caracterizado por una marcada alteración psicomotora, mantenimiento una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido y por realizar muecas llamativas.
- d) Depresión postesquizofrénica: período de ánimo depresivo que ocurre después de la resolución de una exacerbación psicótica aguda.
- e) Residual: etapa crónica, en la que ha habido una clara progresión desde una etapa temprana a una etapa posterior caracterizada por síntomas negativos a largo plazo
- f) Simple: viene a ser el cuadro de esquizofrenia residual sin haber experimentado previamente ninguna psicosis explícita.
- g) Indiferenciado: es la esquizofrenia que no se ajusta a ningún subtipo.

H. EVALUACIÓN (35,42):

El diagnóstico de esquizofrenia suele ser de exclusión. Ningún síntoma es patognomónico; sin embargo, existen alucinaciones y delirios específicos que son característicos de la enfermedad, conocidos como "síntomas de primer rango". No hay hallazgos de laboratorio, examen físico u otros biomarcadores específicos que sean útiles para hacer el diagnóstico.

La evaluación del paciente se basa en la entrevista de diagnóstico, complementada con información que el entorno nos pueda brindar. Los familiares o cuidadores suelen ser una buena fuente de información, así como los registros médicos, especialmente desde la presentación inicial de la enfermedad y la hospitalización más reciente.

Aún, si una persona niega los síntomas, a veces se observa que parece estar respondiendo a la estimulación interna, aunque pueden existir otras razones por las que una persona puede actuar de esta manera. El diagnóstico no debe basarse únicamente en estas observaciones, los comportamientos de una persona pueden proporcionar información útil sobre sus experiencias internas.

La gravedad de los síntomas debe evaluarse en cada área que la enfermedad haya afectado, es decir: psicosis / trastorno del pensamiento, síntomas negativos, deterioro cognitivo, estado de ánimo / ansiedad.

La evaluación de una persona con esquizofrenia debe ser multidisciplinaria, e incluir medida de colesterol, glucosa en sangre, peso e IMC, prolactina, evaluación de alteraciones motoras y una prueba de detección de drogas en la orina.

I. TRATAMIENTO (43) (44):

Se basará principalmente en medicamentos antipsicóticos, ya sean de primera o segunda generación, considerados el tratamiento farmacológico de primera línea. Se ha demostrado en ensayos clínicos que son eficaces para tratar los síntomas y comportamientos asociados con el trastorno. Sin embargo, tienen efectos secundarios importantes, por lo que la evaluación y el manejo de estos efectos adversos, también serán una parte importante del tratamiento.

✚ Objetivos del tratamiento: minimizar los síntomas y las deficiencias funcionales, efectos secundarios de la farmacoterapia, evitar recaídas y promover una recuperación que permita la autodeterminación, la plena integración en la sociedad y el planteamiento de objetivos personales.

✚ Atención multidisciplinaria: se deberá individualizar, incluyendo farmacoterapia, intervención familiar y otros servicios comunitarios; los cuales se asocia con tasas de hospitalización menores, síntomas de enfermedad más bajos y mejores habilidades interpersonales y de la vida cotidiana.

✓ Selección: preferencia por agentes de segunda generación, porque tienden a causar menos síntomas extrapiramidales. La elección se basará en la familiaridad del médico con agentes específicos, las comorbilidades del paciente, los síntomas psiquiátricos, como el nivel de agitación y los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A. **ESQUIZOFRENIA:** es un trastorno psiquiátrico caracterizado por síntomas de psicosis crónica o recurrente. Se asocia comúnmente con deficiencias en el funcionamiento social y ocupacional. Es uno de los trastornos médicos más incapacitantes y económicamente catastróficos, clasificado por la organización mundial de la salud como una de las 10 principales causas de años perdidos por discapacidad en todo el mundo (2) (42).

B. **FACTOR:** viene a ser cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud (45).

CAPÍTULO III

III. HIPÓTESIS, FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

3.1. HIPÓTESIS (Acorde con las características del presente trabajo de investigación, el planteamiento de la hipótesis, queda exento)

3.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

❖ Variable 1: factores relacionados con la esquizofrenia

➤ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR			TIPO	FUENTE	
Variable 1	Factores relacionados con la esquizofrenia	Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se	La variable será analizada mediante la recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes del centro de salud mental comunitario – Jaén, 2020; a través de fichas de recolección de datos.	- GENÉTICOS:					Historia clínica	
				Edad	Ado.	Jov.	Adu.	Cuantitativa discreta		
				Género	F		M	Cualitativa dicotómica		
				Antecedente familiar de esquizofrenia	SÍ		NO	Cualitativa dicotómica		
				A	- Producto de embarazo no deseado	SÍ		NO		Cualitativa dicotómica
					- Producto de embarazo adolescente	SÍ		NO		

		asocian a un cierto tipo de daño a la salud. (45)		M	- Consumo de	SÍ	NO		
				B	sustancias				
				I	tóxicas				
				E	(cannabis,				
				N	tabaco,				
				T	alcohol)				
				A	-Violencia	SÍ	NO		
				L	intrafamiliar				
				E	y/u otro tipo				
				S	de violencia				
					-Inmigración				
						SÍ	NO		

CAPÍTULO IV

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TÉCNICAS DE MUESTREO: POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado en el Centro de Salud Comunitario Mental de Jaén, donde la información del número de atenciones brindadas durante el año 2020 será proporcionada por el área de estadística e informática de la DISA Jaén.

4.2. POBLACIÓN: Total de historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Jaén, 2020.

4.3. MUESTRA: Se utilizó una muestra de población finita, tomando como base a los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020.

4.4. TIPO DE MUESTRA: muestreo probabilístico aleatorio simple.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

4.5. TAMANO DE LA MUESTRA: 272 pacientes.

4.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

✓ Pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén durante el 2020, ya sea por la médico de familia o el médico psiquiatra: de acuerdo al curso de la vida, se tomó en cuenta a los pacientes adolescentes, jóvenes o adultos jóvenes y adultos, los cuales son pacientes continuadores, es decir, que permanentemente reciban atención en dicho centro de salud.

4.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

✓ Pacientes que fueron atendidos por un personal no médico en el centro de salud mental comunitario de Jaén durante el 2020 o que, de acuerdo a los cursos de la vida, no se encuentren considerados, o en su defecto, que ya no sean pacientes, es decir, que no sean continuadores de atención en el centro de salud.

4.8. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información que se obtuvo de las historias clínicas del Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, fue evacuada a una ficha de datos (Anexo 1), en el cual se incluyen diversos aspectos de interés para el desarrollo del presente proyecto.

Documentario: Historia Clínica.

4.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

El registro de datos fue consignado en las correspondientes fichas de recolección de datos que fueron procesados en un primer momento utilizando hojas de Excel, elaborando una base de datos; posterior a ello, se aplicó el paquete SPSS.

CAPÍTULO V

V. RESULTADOS

Tabla N°1: Estadística del género de los pacientes.

		GÉNERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	172	63.2	63.2	63.2
	Masculino	100	36.8	36.8	100.0
	Total	272	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°2: Estadística del lugar de residencia de los pacientes.

		LUGAR DE RESIDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Periferie	189	69.5	69.5	69.5
	Urbana	83	30.5	30.5	100.0
	Total	272	100.0	100.0	

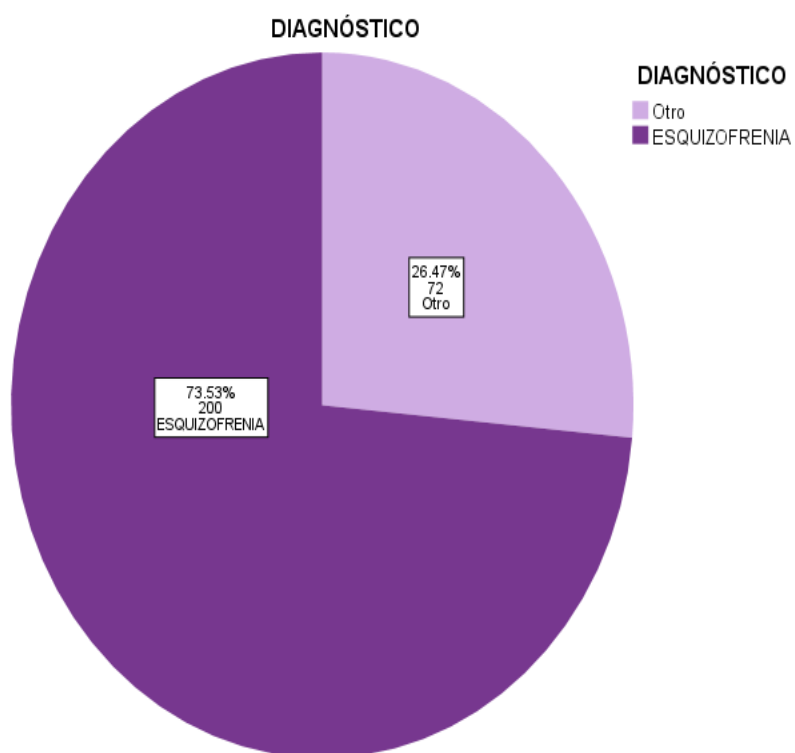
Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°3: Estadística del grado de instrucción.

		GRADO DE INSTRUCCIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	69	25.4	25.4	25.4
	Primaria	55	20.2	20.2	45.6
	Secundaria	146	53.7	53.7	99.3
	Superior	2	.7	.7	100.0
	Total	272	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N°1: Gráfico circular del recuento de los diagnósticos.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°4: Recuento estadístico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia frente a la edad de presentación.

EDAD		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
EDAD	Adolescente	17	34	51
	Joven	41	107	148
	Adulto	14	59	73
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°5: Recuento estadístico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia frente al género del paciente.

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
GÉNERO	Femenino	44	128	172
	Masculino	28	72	100
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°6: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus la presencia o no de antecedentes familiares de esquizofrenia.

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
¿El paciente tiene antecedentes familiares de ESQUIZOFRENIA?	NO	20	74	94
	SI	52	126	178
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°7: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus el ser producto de un embarazo no deseado.

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
¿El paciente fue producto de un embarazo no deseado?	NO	23	65	88
	SÍ	49	135	184
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°8: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus la edad materna en la que fueron concebidos.

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
¿El paciente es producto de una maternidad adolescente?	NO	9	24	33
	SÍ	63	176	239
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°9: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus el consumo de algún tipo de sustancia tóxica (alcohol, cannabis, tabaco, etc.).

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
¿El paciente consume algún tipo de sustancias tóxicas (alcohol,cannabis,tabaco)?	NO	67	192	259
	SÍ	5	8	13
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°10: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus el haber sido víctima de algún tipo de violencia.

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
¿El paciente ha sufrido de violencia (intrafamiliar y/o de otro tipo)?	NO	68	175	243
	SÍ	4	25	29
Total		72	200	272

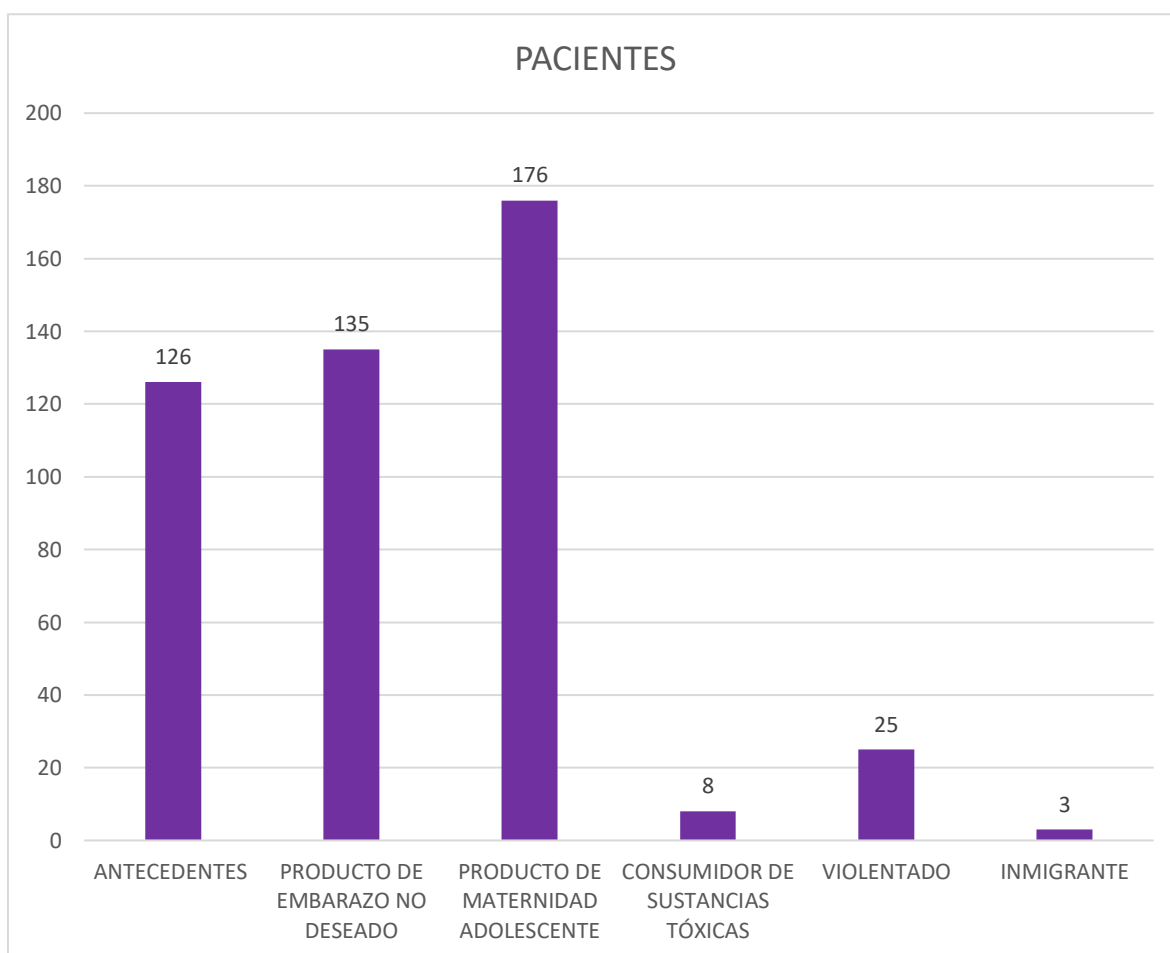
Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N°11: Tabla cruzada de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia versus a ser inmigrantes.

		DIAGNÓSTICO		Total
		Otro	ESQUIZOFRENIA	
¿El paciente es inmigrante?	NO	72	197	269
	SÍ	0	3	3
Total		72	200	272

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N° 2: Gráfico de barras de la frecuencia de los factores en el diagnóstico de esquizofrenia.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 12: Prevalencia de la esquizofrenia para el año 2020.

<p><u>PREVALENCIA</u></p> $P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermos}}{\text{Total de la población}} \times \text{Frecuencia}$ <p>Frecuencia= 100, 1000, 10000, etc. (Población)</p>	<p><u>PREVALENCIA</u></p> $P = \frac{200}{272} \times 100$ $P = 73.53$
---	--

CAPÍTULO VI

VI. DISCUSIÓN

Se incluyó para el análisis a un total de 272 historias clínicas del Centro de Salud Mental Comunitario de Jaén, 2020; entre las cuales se buscaron factores sociodemográficos, antecedentes familiares de esquizofrenia, el haber sufrido algún tipo de violencia, el ser producto de un embarazo adolescente o no deseado, ser consumidor de alguna sustancia tóxica o el ser inmigrante. De tal grupo, se halla que 200 pacientes poseen el diagnóstico establecido de esquizofrenia.

Dentro de los factores que guardan relación con la presencia de esquizofrenia, se reconoce mundialmente y con gran aceptación, al factor hereditario o genético, siendo así que el tener algún familiar afectado por esta patología, puede incrementar hasta 10 veces más la probabilidad de padecerla, principalmente si es de primer grado.

De tal forma, en nuestro estudio encontramos que este factor posee una frecuencia de 63% y está presente 1.7 veces más veces en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que en los pacientes con otro tipo de diagnóstico.

Es así que, para Quinde Quinde P y Aguilera Justillo J. (3), con su estudio realizado en Ecuador, el 37% de los pacientes con diagnóstico establecido de esquizofrenia, cursa con el antecedente de consanguineidad en al menos un progenitor. De la misma forma tenemos a Palenzuela Ramos Y, Moreira Díaz L, Dorta Correa Y. (4), con sus casos y controles llevados a cabo en Cuba, evidencian el antecedente familiar de esquizofrenia con 36.7% de pacientes para los casos y 20,9% pacientes para los controles, concluyendo que es un factor altamente significativo. Por el Perú, vemos que Peña Freitas A. (9) en otro estudio de casos y controles encuentra al antecedente familiar con una alta asociación a la esquizofrenia, coincidiendo

todos ellos con nuestros hallazgos; muy por el contrario, con Gonzáles García GM (7), quien refiere que solo el 32% de los pacientes presentaron el antecedente familiar.

Respecto a la edad entre los pacientes con esquizofrenia encontramos que el grupo etario con mayor frecuencia fueron los jóvenes (18-29 años), con un 53.5%; un resultado muy similar a como lo evidencia el estudio de Gonzáles García GM (7), en cual, la edad más representativa para ambos sexos fue en el rango de 21 a 40 años, al igual que Peña Freitas A. (9), donde menciona que para sus casos, halla que el 63.6% fueron jóvenes de entre 18 a 29 años. Así mismo, Sanyer Bohòrquez AL y Herrera Montesdeoca AC (5), encuentran que la edad promedio al momento de diagnosticar la esquizofrenia fue de 26.2 años.

En el caso del género, es el femenino quien representa una frecuencia de 64%, siendo que la esquizofrenia está presente 1.8 veces más que en los varones. Por el contrario que para Sanyer Bohòrquez AL y Herrera Montesdeoca AC (5), el 68.29% representa al sexo masculino, al igual que Gonzáles García GM (7), el cual menciona que el sexo masculino representó el 52% de los pacientes y que es el factor de riesgo más importante; de la misma forma, Peña Freitas A. (9), quien refiere que el 55.9% representa al género masculino en sus casos y el 59.3% en los controles.

La inmigración mostró una mínima frecuencia del 1.5% del total de pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Para el consumo de sustancias tóxicas, tenemos que tan solo el 4% afirma ser consumidor habitual, tal como para Moncada Moreno A (8), en su estudio de casos y controles, en el que se evidencia una frecuencia de dependencia a marihuana de 18.4% en los casos; de lo que concluye que no es un factor de riesgo para la esquizofrenia, con un odds ratio de 1.25. Al igual que para Sanyer Bohòrquez AL y Herrera Montesdeoca AC (5), quienes hallan que la

prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas en esquizofrénicos fue del 36.28%, sin embargo, no encontraron asociación de la esquizofrenia con esta.

Es muy bien sabido que la violencia deja grandes secuelas a lo largo de la vida, sin embargo, vemos que en el caso de los pacientes con esquizofrenia se presenta con una frecuencia de tan solo 12.5%, muy al contrario de lo que manifiesta San Martín Narrea V. (6) que obtiene una frecuencia de 61,3%, en los cuales, la violencia de tipo psicológica, sexual y patrimonial mostraron significancia estadística, incrementando así en 1.7, 12.7 y 1,7 veces, respectivamente, la posibilidad de padecer esquizofrenia; del mismo modo para Peña Freitas A. (9), quien refiere que halló la existencia de relación estadísticamente significativa entre estas dos variables con una frecuencia del 87.3%; así mismo, la presencia de violencia incrementa el riesgo de desarrollo de esquizofrenia en 1.97 veces más.

Ser producto de un embarazo no deseado arroja una frecuencia del 67.5%, similar al estudio de Quinde Quinde P y Aguilera Justillo J. (3), en el que se halla un 10% de factores gestacionales en los antecedentes de las historias de los pacientes.

Finalmente, encontramos que el factor con mayor índice, 88%, viene a ser: el ser producto de un embarazo adolescente; probablemente esto sea una consecuencia del haber concebido en una etapa donde el organismo necesita de la mayor cantidad de suplementos para completar su madurez, sin embargo, dada la gestación, ocurre una desorganización total del mismo, generando así, un daño intrauterino irreversible.

CAPÍTULO VII

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

1. De un consolidado global en el 2020, encontramos que la mayor afluencia de pacientes al Centro Comunitario de Salud Mental de Jaén, está representado por el género femenino (63.2%), con una edad promedio de 27.9 años, que en su gran mayoría provienen de la periferie (69.5%) y que poseen un grado de instrucción a nivel primario (53.7%), en el Centro Comunitario de Salud Mental de Jaén, 2020.

2. Dentro del total de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se evidencia que el mayor número viene representado por el género femenino (64%) y la edad representativa será de 18-29 años, es decir, que se encuentran en la etapa de la juventud (53.5%), en el Centro Comunitario de Salud Mental de Jaén.

3. Se evidencia que los factores que con mayor frecuencia van a estar presentes serán los ambientales, así tenemos, el ser producto de un embarazo adolescente con un 88%, el ser producto de un embarazo no deseado con un 67.5% y finalmente el tener antecedentes familiares de esquizofrenia con un 63%, en el Centro Comunitario de Salud Mental de Jaén, 2020.

4. La prevalencia de la esquizofrenia en el Centro Comunitario de Salud Mental de Jaén para el año 2020 es de 73.53 por cada 100 pacientes, notando así, que este diagnóstico ocupa casi las tres cuartas partes de la totalidad de atenciones brindadas durante tal año, es decir, que aproximadamente 3 de cada 4 pacientes que llegan a la consulta, padecen de esquizofrenia.

7.2. RECOMENDACIONES

1. Con los datos aquí presentados, se pone en evidencia la alta prevalencia de la esquizofrenia dentro de las afecciones mentales en la provincia de Jaén, haciendo necesaria la pronta participación de equipos multidisciplinarios para su diagnóstico y atención precoz, mejorando así la calidad de vida del paciente y sus aledaños.
2. Es importante resaltar la gran necesidad de realizar una intervención precoz en los adolescentes, concientizar de la realidad de la esquizofrenia y como guarda una estrecha relación tanto con los embarazos adolescentes como con un embarazo no deseado, generando así un espacio en el que ellos puedan sentirse en confianza, se desenvuelvan y se refuerce así las ideas de plantearse un plan de vida óptimo.
3. Ya que se identifica el principal tipo de población que concurre al Centro de Salud mental comunitario de Jaén, debemos tener mayor énfasis en ellos, para así realizar una referencia pronta y adecuada de sus diversos centros de salud correspondientes.
4. Una vez instaurado el tratamiento de elección para el paciente, se debe buscar a la brevedad la posible reinserción a la sociedad, para en la medida de lo posible, el paciente pueda llevar un día a día con normalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American association psychiatric. Manual de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Guía. Washington DC., London-England.
2. Organización mundial de la salud. Schizophrenia. [Online].; 2019. Acceso 05 de Noviembre de 2021. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>"
3. Quinde Quinde P, Aguilera Justillo J. Factores asociados a la esquizofrenia en pacientes adultos de la sala de emergencia en un hospital especializado en la ciudad de Guayaquil de octubre de 2016 a marzo de 2017. Tesis de grado. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7497>
4. Palenzuela Ramos Y, Moreira Díaz L, Dorta Correa Y. Factores de riesgo para el debut esquizofrénico en pacientes de un servicio de psiquiatría. Rev Progaleño. 2020; 3(2): p. 10.
5. Sanyer Bohòrquez AL, Herrera Montesdeoca AC. Consumo de sustancias psicotrópicas en pacientes con esquizofrenia en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2019. Tesis. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15381>
6. San Martín Narrea V. Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en acompañantes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Tesis. Perú: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2020. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2975>
7. Gonzáles García GM. Características clínico epidemiológicas de la esquizofrenia en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2008-2018. Tesis. Trujillo: Universidad César Vallejo, La Libertad; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/34650>
8. Moncada Moreno A. Dependencia a marihuana como factor de riesgo para esquizofrenia. Tesis. La Libertad: Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5621>
9. Peña Freitas A. Factores asociados al desarrollo de esquizofrenia en pacientes del Hospital Victor Larco Herrera durante el periodo de enero 2016-agosto 2019. Tesis. Perú: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2021. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/4350>
10. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. Epidemiologic Reviews. 2008; 30(1): p. 67-76.
11. Abel K, Richard D, Goldstein J. Sex differences in schizophrenia. International Review of Psychiatry. 2010; 22(5): p. 417-428.

12. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Guía. Arlington: American Psychiatric Association.
13. Grossman L, Harrow M, Rosen C, Faull R, Strauss G. Sex differences in schizophrenia and other psychosis disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Compr Psychiatry*. 2008; 49(6): p. 523-529.
14. Guzmán Mamamani R. Actitud del familiar hacia el paciente con esquizofrenia en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Tesis. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Metropolitana; 2018. Disponible: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/9310>
15. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Breier A, Carpenter Jr WT. Depressive symptoms and the deficit syndrome of schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 1994; 182(8): p. 452-455.
16. Fisher A, Carpenter Jr WT. Will the Kraepelinian dichotomy survive DSM-V. *Neuropsychopharmacology*. 2009; 34(9): p. 2081-2087.
17. Kringlen E. Twins studies in schizophrenia with special emphasis on concordance figures. *American Journal of Medical Genetics*. 2000; 97(1): p. 4-11.
18. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*. 2014; p. 421-428.
19. Clarke MC, Harley M, Cannon M. The role of obstetric events in schizophrenia. *Schizophr bull*. 2005; 32(1): p. 3-8.
20. Nielsen PR, Benros ME, Mortensen B. Hospital contacts with infection and risk of schizophrenia: a population-based cohort study with linkage of Danish national registers. *Schizophr Bull*. 2014;: p. 1526-1532.
21. Miller B, Buckley P, Seabolt W, Mellor A, Kirkpatrick B. Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biol Psychiatry*. 2011; 70(7): p. 663-671.
22. Monji A, Kato T, Kanba S. Cytokines and schizophrenia: microglia hypothesis of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009; 63(3): p. 257-265.
23. Chen Y, Wu C, Chen T, Liao K, Chen Y, Hwang C, et al. Comorbidity profiles among patients with bullous pemphigoid: a nationwide population-based study. *British Journal of Dermatology*. 2012; 165(3): p. 593-599.
24. Os J, Bak M, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002; 156(4): p. 319-327.

25. King M, Jones R, Peterse I, Hamilton , Fiona , Nazaret I. Cigarette smoking as a risk factor for schizophrenia or all non-affective psychosis. *Psychol Med.* 2020.
26. McGrath J, Eyles D, Pedersen C, Anderson C, Ko P, Burne T. Neonatal vitamin D status and risk of schizophrenia: a population-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(9): p. 889-894.
27. Weinberger D. On the plausibility "of the neurodevelopmental hypothesis" of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 1996; 14(3): p. 1S-11S.
28. Feinberg Y. Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *J Psychiatr Res.* 1982-1983; 17(4): p. 319-334.
29. Goldman-Rakic P, Castner S, Svensson T, Siever L, Williams G. Targeting the dopamine D1 receptor in schizophrenia: insights for cognitive dysfunction. *Psychopharmacology.* 2004; 174(1): p. 3-16.
30. Javitt DC, Zukin SR. Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(10): p. 1301-1308.
31. Hashimoto T, Volk D, Eggan S, Mirnics K, Pierri J, Sun Z, et al. Gen expression deficits in a subclass of GABA neurons in the prefrontal cortex of subjects with schizophrenia. *J Neurosc.* 2003; 23(15): p. 6315-6326.
32. Carpenter Jr W, Strauss J, Bartko J. The diagnosis and understanding of schizophrenia part I: use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. *Schizophr Bull.* 1974; 11(1): p. 37-49.
33. Bartko JJ, Strauss JS, Carpenter Jr WT. The diagnosis and understanding of schizophrenia, part II: Expanded perspectives for describing and comparing schizophrenic patients. *Schizophr Bull.* 1974; 11(1): p. 50-60.
34. Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ. The diagnosis and understanding of schizophrenia part III: Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr Bull.* 1974; 11(1): p. 61-69.
35. Andreasen N, Flaum M. Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophr Bull.* 1991; 17(1): p. 27-49.
36. Olse S, Andreasen N. Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. *Arch Gen Psychiatry.* 1982; 39(7): p. 789-794.
37. Blanchard JJ, Cohen AS. The Structure of Negative Symptoms Within Schizophrenia: Implications for Assessment. *Schizophrenia Bulletin.* 2006; 32(2): p. 238-245.

38. Nuechterlein K, Barch D, Gold J, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2004; 72(1): p. 29-39.
- 39 Heinrichs D, Buchanan R. Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1988; 145(1): p. 8-11.
40. Olfson M, Stroup S, Huang C, Wall M, Crystal S, Gerhard T. Suicide risk in medicare patients with schizophrenia across the life span. *JAMA Psychiatry*. 2021; 78(8): p. 876-885.
41. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. 2015; 1(554): p. 295-376.
42. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Nordentoft M. Frequency and predictive values of first rank symptoms at baseline among 362 young adult patients with first-episode schizophrenia Results from the Danish OPUS study. *Schizophr Res*. 2007; 97(1-3): p. 60-67.
43. Zhan JP, Gallego J, Robinson D, Malhotra A, Kane J, Corell C. Efficacy and safety of individual second-generation versus first-generation antipsychotics in first episode psychosis: a systematic review and metaanalysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013; 16(6): p. 1205-1218.
44. García-Herrera Pérez-Bryan JM, Hurtado Lara MM, Nogueras Morillas V, Quemada Gonzáles C, Rivas Guerrero F, Gálvez Alcaraz L, et al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS Y LA ESQUIZOFRENIA. Guía de práctica clínica. Málaga: Hospital Regional de Málaga. 2016; p. 82-462.
45. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15(4): p. 1.
46. Calandre EP, Manzanares Iribas J. Fármacos antipsicóticos. *Rev Asoc Neuropsiq*. 1992; 12(1): p. 1-9.
47. Perales A. Estudio sintomatológico comparativo entre esquizofrénicos oriundos de la costa y sierra del Perú. *Anales de Salud Mental*. Perú: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo, Lim; 1985.
48. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *THE LANCET*. 2009; 374(9690): p. 635-645.

ANEXOS:

Anexo N°1. Ficha de recolección de información de las historias clínicas

CRITERIOS	VALORACIÓN						
Edad	Adolescente: 12 a 17 años.		Joven: 18 a 29 años		Adulto: 30 a 59 años		
Sexo	Masculino			Femenino			
Grado de instrucción	Ninguna	Primaria	Secundaria		Profesional		
Zona de residencia	Urbana			Rural			
FACTORES	Genéticos			Ambientales			
	1. Antecedente familiar de esquizofrenia	SÍ	NO	Ginecoobstétricos		SÍ	NO
				1.Producto de embarazo no deseado			
		2.Producto de embarazo adolescente		SÍ	NO		
		Violencia intrafamiliar y/u otro tipo de violencia					
		Consumo de sustancias tóxicas (Cannabis, tabaco, alcohol)		SÍ	NO		
Inmigración							
DIAGNÓSTICO	Esquizofrenia		Otro				